

Stationäre Wohngemeinschaften im Haus am Kappelberg: Die Lebensqualität der Bewohner im zeitlichen Verlauf

Ergebnisse teilnehmender Beobachtung mit Dementia Care Mapping

Arbeitsgruppe Psychiatrische Epidemiologie und Demographischer Wandel
Am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim

Dr. Martina Schäufele (Projektleitung) &
Ingrid Hendlmeier (wissenschaftliche Mitarbeiterin)



im Auftrag des

Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg

Falkertstraße 29, 70176 Stuttgart

Mai 2010

Korrespondenz:

Dr. Martina Schäufele

Arbeitsgruppe Psychiatrische Epidemiologie und Demographischer Wandel

Zentralinstitut für Seelische Gesundheit

Postfach 122120

D-68072 Mannheim

Martina.Schaeufele@zi-mannheim.de

Vorwort des Auftraggebers und Herausgebers der Studie

Zum Anlass der Studie

Im Januar 2008 konnte für die stationären Altenpflegeplätze des Haus am Kappelberg in Fellbach ein Ersatzneubau bezogen werden. Mit dem Einzug wurde die neue Konzeption der Stationären Wohngemeinschaften umgesetzt. In sieben Wohnungen wohnen jeweils 14 Bewohner. Für diese bedeutete der Umzug, sich nicht nur auf eine neue räumliche Umgebung einzustellen. Sondern für sie gab und gibt es ganz neue Möglichkeiten der Alltagsgestaltung. Zentrale Zielsetzung ist dabei, die institutionellen Zwänge für Bewohner möglichst weit zurückzudrängen, u.a. durch das Angebot von vielfältigen Entscheidungsmöglichkeiten bei Fragen des täglichen Lebens.

Aus betrieblicher und personeller Sicht bedeutete die neue Konzeption, einschneidende organisatorische Veränderungen umzusetzen. Eine wesentliche Neuerung war, dass Alltagsbegleiter einen eigenständigen Funktionsbereich repräsentieren. Jeder Wohnung ist ein Team von Alltagsbegleitern fest zugeordnet. Daneben gibt es die Mitarbeitenden des Pflorgeteams, das zentral organisiert ist und dessen einzelne Mitarbeitende zu Bewohnern in unterschiedlichen Wohnungen gehen.

Welche Auswirkungen die neue Konzeption auf die Bewohner hat, wurde in einer ersten Studie durch Dr. Martina Schäufele und Ingrid Hendlmeier vom ZI Mannheim im Jahr 2008 untersucht. Die Ergebnisse wurden unter dem Titel „Auswirkungen des Konzepts der stationären Wohngemeinschaften im Haus am Kappelberg auf die Bewohnerschaft. Eine quantitative Studie“ im Februar 2009 vom Wohlfahrtswerk veröffentlicht. Die Studie ist unter www.wohlfahrtswerk.de kostenlos zugänglich. Im dortigen Vorwort sind in der gebotenen Kürze weitere Informationen zur Konzeption enthalten, die deshalb hier nicht wiederholt werden.

Die hier vorgelegte neuerliche Untersuchung stellt inhaltlich gesehen Fortsetzung der 2008 durchgeführten Erhebungen ca. anderthalb Jahre später dar. Die teilnehmende Beobachtung mit Dementia Care Mapping (DCM) erstreckt sich in dieser neuerlichen Studie nun über alle sieben stationären Wohngemeinschaften und der Beobachtungszeitraum im Tagesverlauf wurde verlängert. Im Gegensatz zur ersten Studie wurde jedoch keine Vergleichseinrichtung berücksichtigt. Im Frühjahr 2008 war für Bewohner und Mitarbeitende die Situation noch relativ neu. Die Frage war, wie sich über ein Jahr später das Wohlbefinden der Bewohner darstellt.

Der methodische Vorteil des DCM ist, dass die Beobachtungsergebnisse und Erkenntnisse der Auswertung den Mitarbeitenden, insbesondere den Alltagsbegleitern eine konkrete Rückmeldung zum Bewohnerbefinden geben können und das Gespräch hierüber eine geeignete Grundlage für Qualitätsentwicklung darstellt. Deshalb haben die Evaluatorinnen dem Alltagsbegleiterteam jeder Wohnung die wohnungsbezogenen Ergebnisse einzeln vorgestellt und mit ihnen diskutiert.

Die Alltagsbegleiter im Haus am Kappelberg, die einen eigenen Funktionsbereich verantworten, haben eine intensive trägerinterne Qualifizierung erfahren, die durch hausinternes Training on the job und spezifisch auf das Konzept ausgerichtetes hausinternes Coaching ergänzt wird. Die Diskussion der Studienergebnisse dient der daneben erforderlichen kontinuierlichen Personalentwicklung im Arbeitsalltag.

Da die Bezeichnung „Alltagsbegleiter“ in Deutschland mittlerweile inflationär verwendet wird, soll hier ein spezieller Hinweis der Klarstellung dienen: Seit Sommer 2009 gibt es im Haus am Kappelberg für Pflegeheimbewohner mit Demenz, die die Kriterien nach § 45a SGB XI erfüllen, auch Leistungen durch „Betreuungsassistenten“. Diese nach § 87b SGB XI finanzierten Leistungen werden nicht von den Alltagsbegleitern erbracht. Die Betreuungsassistenten werden ausschließlich zur Einzelbetreuung und mit fest umrissenen Aufgaben eingesetzt. Ihre Qualifizierung erfolgt nach den gemäß § 87b SGB XI auf Bundesebene verabschiedeten Richtlinien. Sie ist keinesfalls gleichzusetzen mit der Qualifizierung der Alltagsbegleiter. Auch die internen Kriterien der Personalauswahl für Alltagsbegleiter und für Betreuungsassistenten unterscheiden sich deutlich.

Allgemein möchten wir mit der hier vorliegenden follow-up-Studie die noch spärlichen wissenschaftlichen Erkenntnisse über einen in deutschen Pflegeheimen immer noch neuen konzeptionellen Ansatz erweitern und die Qualitätsdiskussion in der Fachwelt über das Leben im Pflegeheim befruchten.

Wir beabsichtigen, auch zukünftig die Wirksamkeit des konzeptionellen Ansatzes unserer stationären Wohngemeinschaften mit wissenschaftlich fundierten Methoden zu hinterfragen und greifbar zu machen.

Dank

Finanziert wurde die Studie aus Eigenmitteln des Wohlfahrtswerks, wobei ein wesentlicher Teil der Kosten für die teilnehmende Beobachtung durch die ZI-Evaluatorinnen durch eine Einzelspende finanziert werden konnte. An dieser Stelle gilt unser ausdrücklicher Dank dem privaten Spender.

Allen Bewohnern gilt erneut unser Dank für die Akzeptanz der Anwesenheit von Wissenschaftlern im gemeinschaftlich genutzten Bereich ihrer Wohnung.

Den Mitarbeitenden des Haus am Kappelberg danke ich für ihre Unterstützung der Studie und ihr fortwährendes Engagement für ein möglichst hohes Wohlbefinden der Bewohner.

An Dr. Martina Schäufele und Ingrid Hendlmeier geht der Dank für den wie gewohnt strengen wissenschaftlichen Anspruch, die Zuverlässigkeit bei der Durchführung und die interessanten fachlichen Diskussionen.

Stuttgart, im Mai 2010

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'I. Hastedt', written in a cursive style.

Ingrid Hastedt
Wohlfahrtswerk für Baden Württemberg
Vorsitzende des Vorstands

Danksagung

Unser herzlichster Dank geht an:

- Die Bewohnern und Bewohnerinnen und ihren Alltagsbegleiter/innen für den herzlichen Empfang in ihren Wohnungen und die gute Verpflegung
- die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der stationären Pflegeeinrichtung Haus am Kappelberg für ihre freundliche Aufgeschlossenheit, ihr Interesse und ihre Bereitschaft, an der Studie mitzuwirken (v.a. Beurteilungen der Bewohnerschaft mit dem Pflege- und Verhaltensassessment)
- Herrn Mätzke, Frau Wacker, Frau Biber (alle Haus am Kappelberg, Fellbach) für die Koordination und engagierte Unterstützung vor Ort
- Frau Ingrid Hastedt (Vorstandsvorsitzende des Wohlfahrtswerks für Baden-Württemberg) für das Interesse und die Bereitschaft, Entwicklungen im Bereich der Altenpflege wissenschaftlich zu evaluieren und finanzielle Mittel dafür zur Verfügung zu stellen
- Dr. Teresa Kaufeler für ihre Mitwirkung beim Dementia Care Mapping

Dr. Martina Schäufele und Ingrid Hendlmeier

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	2
1.1	Untersuchungsziel	3
2	Methodisches Vorgehen	3
2.1	Untersuchungsdesign	3
2.2	Instrumente	4
2.3	Durchführung der Untersuchung	6
3	Beschreibung der Stichproben und Ergebnisse	6
3.1	Stichprobe.....	6
3.2	Ergebnisse – Unterschiede zwischen jetzigem Erhebungszeitpunkt (T3) und Erhebungszeitpunkt vor einem Jahr (T2).....	7
3.3	Ergebnisse - Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne demenzieller Erkrankung zum jetzigen Erhebungszeitpunkt (T3).....	13
4	Wohnungsspezifische Ergebnisse	17
5	Zusammenfassung und Diskussion	21
6	Literaturverzeichnis	26
7	Anhang A1	28
7.1	Wohnungsspezifische Rückmeldungen (anonymisiert)	28
7.1.1	Wohnung A.....	28
7.1.2	Wohnung B	30
7.1.3	Wohnung C.....	32
7.1.4	Wohnung D.....	34
7.1.5	Wohnung E	36
7.1.6	Wohnung F	38
7.1.7	Wohnung G.....	40
7.2	Personenbezogene Rückmeldungen (anonymisiert).....	42
7.2.1	Personen mit langer Anwesenheit und hohen WIB-Werten	42
7.2.2	Personen mit kurzer Anwesenheit und hohen WIB-Werten	43
7.2.3	Personen mit langer Anwesenheit und niedrigen WIB-Werten.....	44
7.2.4	Personen mit kurzer Anwesenheit und niedrigen WIB-Werten.....	46
8	Anhang A2: Verzeichnis der Abkürzungen	47
8.1	Das Dementia-Care Mapping (DCM): Die Codes der Verhaltenskategorien.....	47
8.2	Weitere Abkürzungen	48
9	Anhang A3: Glossar der statistischen und wissenschaftlichen Fachbegriffe	49

1 Einleitung

Die Entwicklung neuer Versorgungsmodelle für pflegebedürftige Menschen in Deutschland ist vielseitig und abhängig von den Wünschen und Bedürfnissen der pflegebedürftigen Menschen, den gesetzlichen Rahmenbedingungen sowie von der Ausrichtung und dem Leitbild der jeweiligen Träger.

Das Wohlfahrtswerk Baden-Württemberg hat mit dem Umbau der Einrichtung „Haus am Kappelberg“ (HaK) die Chance genutzt, Wohngemeinschaften im stationären Setting zu konzipieren und einzuführen. Da das stationäre Setting, insbesondere für hochaltrige Menschen mit schwerwiegenden Einbußen in den Bereichen der Kognition und Mobilität, nicht ohne weiteres durch alternative Versorgungsformen zu ersetzen ist (Wahl et al. 2009), erscheint es umso wichtiger, die stationäre Versorgung von pflegebedürftigen Menschen weiterzuentwickeln und neue Formen der Pflege, Betreuung und Versorgung zu erproben.

Stationäre Wohngemeinschaften sind darauf ausgerichtet, nicht Pflege und Versorgung, sondern Normalität und Alltagsbezug für die älteren pflegebedürftigen Menschen in den Mittelpunkt zu stellen. Kleinere Wohnbereiche, konzipiert als Wohnungen mit jeweils 14 Bewohnern und Bewohnerinnen, die Dezentralisierung der Wohnwirtschaft sowie die Zentralisierung der Pflege sollten einen Weg bieten, den Bewohnern und Bewohnerinnen einen hohen Grad an Autonomie und Selbstbestimmung auch in der Pflegebedürftigkeit zu erhalten.

Dementsprechend ist die Berufsgruppe der Alltagsbegleiter/innen (nicht gleichzusetzen mit §87b-Kräften) verantwortlich dafür, den Alltag in den Wohnungen gemeinsam mit den Bewohnern und Bewohnerinnen zu strukturieren und zu gestalten. Das vielseitige Tätigkeitsfeld umfasst die Strukturierung des Tages und die Begleitung im Alltag, beispielsweise: Anreichen von Getränken und Mahlzeiten, Lebensmitteleinkauf und Essenszubereitung oder Reinigung der Zimmer. Zum Tätigkeitsfeld genauso dazu gehören die Abstimmungsprozesse innerhalb der Gruppe, Angebote zu Aktivität und Betätigung sowie die Einbeziehung der Angehörigen.

Um die Entwicklung des Tätigkeitsprofils und die Qualifizierung der in diesem Bereich tätigen Personen sicherzustellen, erhalten die Alltagsbegleiterinnen ein begleitendes Coaching.

Die Pflege übernimmt die Grundpflege bei schwer pflegebedürftigen Personen sowie alle behandlungspflegerischen Aufgaben und arbeitet nach einem Tourenplan wie er in der ambulanten Pflege eingesetzt wird.

1.1 Untersuchungsziel

Etwa ein Jahr vor der aktuellen Untersuchung war bereits eine erste Studie zur Evaluation der stationären Wohngemeinschaften im HaK durchgeführt worden (Schäufele & Hendlmeier, 2008).

Hauptzielsetzung der zweiten Studie war es, zu überprüfen, ob durch die Festigung und Weiterentwicklung des Konzepts der nun seit 18 Monaten bestehenden stationären Wohngemeinschaften im HaK Veränderungen im Hinblick auf zentrale Ergebnismerkmale bei den rund 100 Bewohnerinnen und Bewohnern der sieben Wohnungen feststellbar sind und zwar im Hinblick auf:

- Das Auftreten von neuropsychiatrischen Symptomen bzw. herausforderndem Verhalten wie Apathie, Depression, motorische Unruhe oder Aggressivität
- Die Rate der freiheitsentziehenden und bewegungseinschränkenden Maßnahmen
- Einbindung von Angehörigen und Freiwilligen
- Anwesenheit in öffentlichen Bereichen (Gemeinschaftsräume und Flure in den Wohnungen)
- Beobachtetes Wohlbefinden (WIB-Werte)– individuell und wohnungsbezogen
- Vorkommen und Dauer von Distress
- Häufigkeit und Dauer von bestimmten Verhaltensweisen und Aktivitäten

Darüber hinaus interessierten Veränderungen in der Zusammensetzung der Bewohnerschaft im Hinblick auf soziodemographische Merkmale, im Grad der Pflegebedürftigkeit/ Einschränkungen in Alltagsaktivitäten und im Anteil der Menschen mit Demenz.

2 Methodisches Vorgehen

2.1 Untersuchungsdesign

Die erste Studie war als längsschnittliche Untersuchung mit Kontrollgruppe (traditionelle Pflegeeinrichtung) und zwei Erhebungszeitpunkten (T1, T2) angelegt. Die beiden Erhebungen im HaK erfolgten unmittelbar vor und fünf Monate nach dem Umzug in die neugebauten stationären Wohngemeinschaften. Die Kontrollgruppe wurde im gleichen Zeitabstand wiederholt untersucht.

Der Auftraggeber entschied sich bei der aktuellen Studie für eine Vollerhebung aller Bewohner und Bewohnerinnen der sieben Wohnungen des HaK. Eine Kontrollgruppe sollte nicht mehr untersucht werden.

Die Stichtagspopulation der aktuellen Studie (dritter Erhebungszeitpunkt = T3) setzte sich aus einer abhängigen Stichprobe (Personen, die bereits zu T1 und T2 in der Stichprobe waren) und einer unabhängigen Stichprobe (Personen, die zu T3 neu hinzu gekommen sind) zusammen. Da für eine solche Stichprobenzusammensetzung keine geeigneten Tests zur Verfügung stehen, war eine statistische Prüfung der Unterschiede zwischen den früheren und dem aktuellen Erhebungszeitpunkt nicht möglich.

Auf die geplante längsschnittliche Betrachtung der überlebenden Bewohner und Bewohnerinnen zwischen T2 und T3 musste aufgrund der geringen Anzahl der Personen, die schon beim zweiten Erhebungszeitpunkt im Jahr zuvor in den stationären Wohngemeinschaften im HaK lebten und mit dem Erhebungsverfahren DCM beobachtet werden konnten (N=19), verzichtet werden.

2.2 Instrumente

Die Erhebung der relevanten Merkmale bei der Bewohnerschaft sollte erfolgen durch:

a) Das Pflege- und Verhaltensassessment (PVA): Das PVA ist ein strukturiertes und erprobtes Assessment, das zur Bearbeitung durch qualifizierte Heimmitarbeiterinnen und -mitarbeiter vorgesehen ist, und zum Teil aus bereits etablierten Skalen besteht, zum Teil aus Skalen, die von unserer Arbeitsgruppe selbst entwickelt wurden (Weyerer et al. 2006). Die Gütekriterien, die bislang untersucht wurden, weisen zufriedenstellende bis gute Werte auf (Köhler et al. 2007; Köhler et al. 2010 im Druck). Mittels des PVA sollten bei jeder Bewohnerin und jedem Bewohner der stationären Wohngemeinschaften u.a. folgende Bereiche bezogen auf einen vierwöchigen Bezugszeitraum erhoben werden: Alltagskompetenz, Demenz und herausforderndes Verhalten. Die Entscheidung über das Vorliegen eines Demenz-Syndroms bei den Bewohnern und Bewohnerinnen erfolgte nach einem festgelegten Algorithmus auf der Grundlage der Beurteilungen der Pflegekräfte anhand der DSS (Demenzscreeningskala im PVA).

b) Das Dementia Care Mapping (DCM): Das DCM ist ein Beobachtungsverfahren, das durch geschulte Beobachter und Beobachterinnen in öffentlichen Bereichen von Pflegeeinrichtungen angewandt wird. Das Verfahren soll das Verständnis professioneller Pflegepraxis aus der Sicht und der persönlichen Erfahrung von Demenzkranken fördern (Bradford Dementia Group 1997). Darüber hinaus soll es Indikatoren zur Einschätzung des Wohlbefindens und der Lebensqualität von Demenzkranken in institutioneller Pflege liefern. Um Vergleiche mit den Daten aus der ersten und zweiten Erhebung zu ermöglichen, verzichtete das Untersu-

chungsteam auf die Anwendung der aktuellen Version DCM 8 und mappte nach der Vorläuferversion DCM 7. Hierbei werden auf der Grundlage operationalisierter Beobachtungen und Ratings die Aktivitäten und das Wohlbefinden der Bewohnerinnen und Bewohner in Intervallen von fünf Minuten über einen Zeitraum von mehreren Stunden erfasst. Das Wohlbefinden wird vom Beobachter auf einer mehrstufigen Skala (maximales Unwohlsein: - 5 bis maximales Wohlbefinden: + 5) für jede fünfminütige Beobachtungseinheit eingeschätzt (= well-being score). Das beobachtbare Verhalten wird ebenfalls pro Beobachtungseinheit nach bestimmten Regeln einer von 24 Verhaltenskategorien zugeordnet und mit dem dazugehörigen Befindlichkeitswert notiert. Dabei wird zwischen Verhaltenskategorien, die Genuss (einschl. Nahrungsaufnahme), Ausdrucksverhalten, zwischenmenschliche Interaktionen, Kreativität, Fortbewegung und alle andere wichtigen Formen von körperlicher und geistiger Aktivität (Typ-1-Verhalten) beschreiben, und Verhaltenskategorien, die sozialen Rückzug, Vernachlässigung und Stress (Typ-2-Verhalten) indizieren sollen, unterschieden. Als Ergebnisvariablen können verschiedene Maße gebildet werden, wie z.B. Befindlichkeitswerte („well-ill being scores“, abgekürzt WIB-Werte) und Häufigkeit von Typ-1 bzw. Typ-2-Verhalten (% der Zeit, die mit bestimmtem Verhalten verbracht wurde).

Bei der aktuellen Untersuchung wurde neben den Verhaltenskategorien und dem Wohlbefinden auch das Verhalten der Alltagsbegleiterinnen und der Pflegekräfte gegenüber den Bewohnern und Bewohnerinnen systematisch beobachtet und nach den Kategorien des DCM 8 Manuals im Sinne der personenzentrierten Pflege nach Kitwood kodiert. Hierbei erfolgt eine Unterscheidung in das „Personsein“ fördernde Verhaltensweisen, die „positiven Aufwerter“, und in das „Personsein“ behindernde Verhaltensweisen, die „personalen Detraktionen“. Die Interaktionen dienen auch als Abbildung der Professionalität im Umgang mit dementiell Erkrankten. Die Evaluation der Bewohner-Mitarbeiter-Interaktionen sollte insbesondere in die wohnungsspezifischen Rückmeldungen seitens der Mapperinnen an die Teams der Alltagsbegleiter und Alltagsbegleiterinnen einfließen und für das Coaching genutzt werden.

In Abweichung von der Vorgehensweise bei der ersten Evaluation sollte auf Wunsch des Auftraggebers zudem die Beobachtung mittels des Dementia Care Mapping a) von 6 auf jeweils 10 Stunden pro Tag erhöht und b) auf zwei Tage pro Wohnung ausgedehnt werden. Letztere Erweiterung sollte die Wahrscheinlichkeit von zufälligen Befunden, die durch Besonderheiten eines Tages zustande kommen können, verringern.

Untersuchungen weisen daraufhin, dass sich das DCM als Forschungsinstrument zur Beurteilung von Wohlbefinden und Lebensqualität eignet und zufriedenstellende psychometrische Eigenschaften, wie z.B. ausreichend hohe Reliabilitäten, aufweist (Fossey et al. 2002).

2.3 Durchführung der Untersuchung

In die Untersuchungsgruppe wurden alle Bewohner und Bewohnerinnen aufgenommen, welche am jeweils ersten Beobachtungstag des DCM in der jeweiligen Wohnung lebten.

Das Pflege- und Verhaltensassessment wurde im Anschluß für alle Bewohner und Bewohnerinnen durch die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen (Pflegekräfte und Sozialdienst) des Hauses am Kappelberg durchgeführt.

In das Dementia Care Mapping wurden alle Bewohner und Bewohnerinnen eingeschlossen, die sich im Beobachtungszeitraum (9,5 Stunden pro Tag zwischen 10.00 Uhr und 20:00 Uhr) in den öffentlichen Räumlichkeiten der Wohnungen aufhielten. Pro Wohnung wurden jeweils zwei Mappings an zwei verschiedenen Tagen im Abstand von zwei bis drei Wochen durch drei ZI-Mitarbeiterinnen durchgeführt. Die Gesamtbeobachtungsdauer addierte sich so auf 19 Stunden pro Bewohner oder Bewohnerin.

Nach einer ersten Auswertung der DCM-Daten erfolgten zwei Monate nach der Beobachtung die wohnungsspezifischen Rückmeldungen an die Alltagsbegleiter/innen und zwar im Hinblick auf die Aktivitäten/ Verhaltensweisen, das Wohlbefinden und die Anwesenheit in öffentlichen Räumen der einzelnen Bewohner und Bewohnerinnen. Ebenso gab es eine Rückmeldung bezüglich der personalen Aufwender und Detraktionen, welche im Kontakt zwischen Alltagsbegleitern/Pflegekräfte und jeweiligem Bewohner zu beobachten waren.

Diese Einzelrückmeldungen dienten als Grundlage für das Coaching der Wohnungsteams, das im Konzept der stationären Wohngemeinschaften angelegt ist und einrichtungsintern organisiert wird. Die wohnungsspezifischen Rückmeldungen finden sich anonymisiert im Anhang des Abschlussberichtes.

3 Beschreibung der Stichproben und Ergebnisse

3.1 Stichprobe

Im Erhebungszeitraum (Mitte August bis Mitte September 2009) konnten im Haus am Kappelberg 94 Personen in die Untersuchung eingeschlossen werden.

Von den 94 Personen in der aktuellen Untersuchung lebten 30,9% schon zum ersten Erhebungszeitraum – T1 (November/Dezember 2007), 34,0% zum zweiten Erhebungszeitraum – T2 (Mai 2008) und 35,1% neu zum aktuellen Erhebungszeitpunkt- T3 (August/ September 2009) im HaK (Tab. 1).

Von den ursprünglich 84 Bewohner und Bewohnerinnen, die beim zweiten Erhebungszeitpunkt erfasst worden waren, lebten noch 62. Die Sterberate der damaligen Stichtagspopulation lag nach 15 Monaten demnach bei 26,2%.

Wie schon bei den ersten beiden Erhebungen konnten nicht alle Bewohner und Bewohnerinnen in die DCM-Beobachtung aufgenommen werden, da sie sich z.B. aufgrund von Bettlägerigkeit oder anderen Gründen nicht in öffentlichen Räumen aufhielten oder sich im Krankenhaus befanden.

Tabelle 1: Überblick über Stichprobenzusammensetzung zu T3 im Hinblick auf T1 und T2

	N=94 (100%)	Davon mit DCM
Bewohnerschaft zu T1 – T2 – T3	29 (30,9%)	19
Bewohnerschaft zu T2 – T3	32 (34,0%)	23
Bewohnerschaft nur zu T3	33 (35,1%)	32

3.2 Ergebnisse – Unterschiede zwischen jetzigem Erhebungszeitpunkt (T3) und Erhebungszeitpunkt vor einem Jahr (T2)

Die Beschreibung der Bewohnerschaft zum jetzigen dritten Erhebungszeitpunkt zeigt, dass sich im Vergleich zum Erhebungszeitpunkt ein Jahr zuvor Veränderungen in der Zusammensetzung der Bewohnerschaft abzeichnen (Tab. 2). Der Anteil der Bewohner und Bewohnerinnen mit Demenz hat sich deutlich erhöht (80,9% versus 75%), damit verbunden auch die durchschnittliche Demenzschwere der Untersuchungsgruppen (7,6 P. im Vergleich zu 6,0 P.; höhere Punktzahl in der DSS = schwerere Demenz). Bei der Mobilität zeigte die aktuelle Bewohnerschaft weniger Beeinträchtigungen. In der aktuellen Erhebung konnten 46,3 % noch 50 Meter und mehr gehen und 14,7% waren bettlägerig im Vergleich zu 41,7% gehfähiger Bewohner und Bewohnerinnen und 23,8% bettlägeriger Bewohner und Bewohnerinnen zu T2. Das Alter (zu beiden Zeitpunkten 84,3 Jahre) sowie der Grad der Pflegebedürftigkeit (Barthel-Index 37,2 und 36,8 Punkte) waren indes nahezu identisch.

Tabelle 2: Beschreibung der Stichprobe zu T3 und T2 – Demographische Merkmale, Alltagsaktivitäten, Demenz

Insgesamt, N (%)		T3	T2
		94 (100,0)	84 (100)
Durchschnittsalter	M (SD) (in Jahren)	84,3 (8,0)	84,3 (8,7)
Aufenthaltsdauer in der Einrichtung	M (SD) (in Jahren)	1,9 (2,4)	2,2 (3,2)
Geschlecht, weiblich	% Personen	81,1	78,6
Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten nach Barthel-Index (mod.)	M (SD); (0-100 P.) <i>geringere Werte= stärker beeinträchtigt</i>	37,2 (31,5)	36,8 (30,2)
Bettlägerigkeit (weniger als 3h außerhalb des Betts)	% Personen	14,7	23,8
Gehfähigkeit (mind. 50 Meter)	% Personen	46,3	41,7
Demenzsyndrom	% Personen	80,9	75,0
Demenzschwere (DSS)	M (SD); (0-14 P.) <i>geringere Werte= weniger beeinträchtigt</i>	7,6 (4,6)	6,0 (4,4)

Zwar war zu T3 eine geringere Einbindung von Angehörigen (87,4% versus 97,6%) in die Pflege und Betreuung der Bewohner und Bewohnerin festzustellen, die aber durch eine deutlich stärkere Einbindung von Ehrenamtlichen (86,3% versus 44%) konterkariert wurde (Tab. 3).

Das Auftreten von neuropsychiatrischen Symptomen, in der Pflege auch herausforderndes Verhaltensweisen genannt, unterscheidet sich unerwartet deutlich zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten. In der aktuellen Untersuchung fanden sich jeweils erheblich weniger Personen, die nach den Beurteilungen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen anhand des PVA in den letzten vier Wochen neuropsychiatrische Symptome (herausfordernde Verhaltensweisen), wie motorische Unruhe, Apathie, Reizbarkeit, Angst, Schlafstörungen oder depressive Stimmung, aufwiesen. So war z.B. der Anteil von Personen, bei denen die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen depressive Symptome wahrgenommen hatten, von 66,7% (T2) auf 14,8 % (T3) zurückgegangen und der Anteil von Personen mit Schlafstörungen hatte sich von 46,4% (T2) auf 12,3% (T3) verringert (Tab. 3).

Die Fixierungsrate, d.h. der Anteil von Bewohner und Bewohnerinnen, die innerhalb des vierwöchigen Bezugszeitraums mit Gurten oder Stecktischen fixiert worden waren, hatte sich zwischen T2 und T3 erfreulicherweise von 15,5% auf 11,7% reduziert.

Tabelle 3: Beschreibung der Stichprobe zu T3 und T2 – Soziale Kontakte, herausforderndes Verhalten und Fixierung

Insgesamt, N (%)		T3	T2
		94 (100,0)	84 (100)
Kontaktaufnahme zu Personal (nimmt gerne und häufig Kontakt auf)	% Personen	55,8	50,6
Kontaktaufnahme zu Mitbewohnern (nimmt gerne und häufig Kontakt auf)	% Personen	35,8	36,7
Besuche von außerhalb (mindestens 1x wöchentlich)	% Personen	75,7	69,0
Einbindung von Angehörigen (mehrmals monatlich)	% Personen	87,4	97,6
Einbindung von Freiwilligen (mehrmals monatlich)	% Personen	86,3	44,0
Neuropsychiatrische Symptome			
Apathie	% Personen	30,9	50,0
Aggression	% Personen	30,9	31,0
Motorische Unruhe	% Personen	21,0	35,7
Depression	% Personen	14,8	66,7
Reizbarkeit	% Personen	14,8	42,9
Angst	% Personen	14,8	45,2
Enthemmung	% Personen	13,6	<i>Keine Vergleichswerte</i>
Schlafstörung	% Personen	12,3	46,4
Fixierung mit Gurt im Bett oder (Roll-) stuhl	% Personen	11,7	15,5

Das Merkmal „Anwesenheit in den öffentlichen Bereichen der Wohnungen“, was in aller Regel die Anwesenheit im Wohnzimmer bzw. im angrenzenden Flurbereich betrifft, kann aufgrund der unterschiedlichen Beobachtungsdauern (19 Stunden versus 6 Stunden) zwischen den beiden Studien nicht direkt verglichen werden.

Eine prozentuale Umrechnung der durchschnittlichen Anwesenheitsdauern auf den jeweiligen Gesamtbeobachtungszeitraum ergibt für T3: 47,5% der gesamten Beobachtungszeit wurden von der Bewohnerschaft im öffentlichen Bereich verbracht (Tab. 4). Zu T2 betrug der korrespondierende Anteil 50%. Demnach bestanden bezüglich der Anwesenheitsdauer keine nennenswerten Unterschiede zwischen den beiden Studien.

Tabelle 4: Beschreibung der Stichprobe zu T3 und T2 – Anwesenheit im öffentlichen Raum

Insgesamt, N (%)		T3	T2
		94 (100,0)	84 (100)
Anwesenheit im öffentlichen Bereich, gesamt	% Personen (für mind. 5 Min. im Verlauf des Beobachtungszeitraums)	85,6	78,6
Anwesenheitsdauer im öffentlichen Bereich pro Person	M (SD) in Stunden (0,1-19 h)	9,3 (5,3)	<i>Keine Vergleichbarkeit, da kürzere Beobachtungsdauer</i>
	% der Beobachtungszeitdauer	47,5 (von 19 Stunden)	50,0 (von 6 Stunden)
Anwesenheit im öffentlichen Bereich, weniger als 2 Stunde	% Personen (im Verlauf des Beobachtungszeitraums)	15,5	<i>Keine Vergleichbarkeit, da kürzere Beobachtungsdauer</i>
Anwesenheit im öffentlichen Bereich, zwischen 2 und 14 Stunden	% Personen (im Verlauf des Beobachtungszeitraums)	61,9	<i>Keine Vergleichbarkeit, da kürzere Beobachtungsdauer</i>
Anwesenheit im öffentlichen Bereich, mehr als 14 Stunden	% Personen (im Verlauf des Beobachtungszeitraums)	22,7	<i>Keine Vergleichbarkeit, da kürzere Beobachtungsdauer</i>

Nicht alle Bewohner und Bewohnerinnen konnten in die Beobachtungsstudie mit dem Dementia Care Mapping (DCM) eingeschlossen werden. Von den 94 Bewohnern und Bewohnerinnen der Gesamtstichprobe konnte für 78 (85,6%) an mindestens einem der Beobachtungstage das Wohlbefinden sowie das Verhalten beurteilt werden.

Das Wohlbefinden drückt sich im individuellen WIB-Quotienten aus, der sowohl für die Gesamteinrichtung als auch für die einzelnen Wohnungen aggregiert werden kann. Der durchschnittliche WIB-Quotient bezogen auf die gesamte (gemappte) Bewohnerschaft des HaK ist im Vergleich zur vorherigen Untersuchung etwas niedriger (1,27 versus 1,53) (Tab. 5). Wohnungsbezogene Auswertungen ergaben, dass die WIB-Quotienten zwischen den sieben Wohnungen zu T3 von 0,78 bis 1,71 schwankten. Zu T2 reichte die Spanne von 1,09 bis 2,13. Im Vergleich zu T2 nahmen die WIB-Quotienten in fünf Wohnungen ab, in zwei Wohnungen verbesserten sie sich.

Eine genauere Analyse des Wohlbefindens ergab, dass der prozentuale Anteil der Zeit (an der Beobachtungszeit), die insgesamt in Wohlbefinden verbracht wurde, zu T3 im Vergleich zu T2 von 92,5% auf 88,7 % abnahm. Ein Rückgang war insbesondere bei der Zeit, die in großem Wohlbefinden (WIB-Werte von +3 und +5) verbracht wurde, zu verzeichnen (von 30,2% auf 21,2%). Parallel dazu hatte sich zu T3 auch die Zeit in Unwohlsein erhöht (von 7,5% auf 11,3% der beobachteten Zeitabschnitte). Da eine Zunahme der Demenzschwere in der Regel mit einer Abnahme des WIB-Quotienten verbunden ist, ist der Rückgang des

durchschnittlichen WIB-Quotienten zwischen T2 und T3 im HaK möglicherweise durch die Erhöhung des Anteils Demenzkranker und die ausgeprägtere Demenzschwere in der Bewohnerschaft zu T3 (Tabelle 2) erklärbar. Da entsprechende statistische Analysen zur Überprüfung dieser Hypothese aufgrund der Stichprobenbeschaffenheit nicht durchgeführt werden konnten, bleibt diese Interpretation im Bereich des Spekulativen.

Tabelle 5: DCM-Auswertung hinsichtlich Wohlbefinden zu T3 und T2

Insgesamt, N (%)		T3	T2
		82 (100,0)	66 (100,0)
Gesamtwohlergehen (Möglicher Wertebereich: -5 bis +5)	Gruppen-WIB-Wert (Min – Max) <i>(Sum. WIB-Werte : Sum. beobacht. Zeitabschnitte)</i>	1,27 (0,45-2,65)	1,53
	Wohnungs- Gruppen- WIB-Werte, <i>geordnet nach Größe zu T3; höherer Wert = größeres Wohlbefinden</i>	0,78 1,02 1,03 1,29 1,34 1,70 1,71	1,79 1,50 1,13 1,48 2,13 1,36 1,09
Wohlbefinden (=Positive WIB-Werte)	Durchschnittliche Dauer; M (SD); in Stunden (0,1-19 h)	9,7 (3,6)	<i>Keine Vergleichbarkeit, da kürzere Beobachtung</i>
	% beobacht. Zeitabschnitte	88,7	92,5
Großes Wohlbefinden (hoher positiver WIB-Wert von +3 oder +5 für mindest. 5 Minuten)	% Personen	98,8	93,9
	Durchschnittliche Dauer; M (SD); in Stunden (0,1-19 h)	2,3 (1,8)	<i>Keine Vergleichbarkeit, da kürzere Beobachtung</i>
	% beobacht. Zeitabschnitte	21,2	30,2
Sehr großes Wohlbefinden (höchster positiver WIB-Wert (+5) für mindest. 5 Minuten)	% Personen	58,5	37,9
	Durchschnittliche Dauer; M (SD); in Stunden (0,1-19 h)	0,2 (0,3)	<i>Keine Vergleichbarkeit, da kürzere Beobachtung</i>
	% beobacht. Zeitabschnitte	1,7	4,1
Unwohlsein (= negative WIB-Werte (-1, -3, -5) für mind. 5 Minuten)	% Personen	87,8	57,6
	Durchschnittliche Dauer; M (SD); in Stunden (0,1-19 h)	1,2 (1,5)	<i>Keine Vergleichbarkeit, da kürzere Beobachtung</i>
	% beobacht. Zeitabschnitte	11,3	7,5
Personen mit sehr großem Unwohlsein (=höchster negativer WIB-Wert (-5))	% Personen	8,5	0,0

Auch hinsichtlich der Verhaltenskategorien, welche die Aktivitäten und Verhaltensweisen der Bewohner und Bewohnerinnen beschreiben, zeigt sich, dass sich im Vergleich zur Erhebung

ein Jahr zuvor aktuell mehr Personen fanden, die Typ 2- Verhalten (Zustände des sozialen Rückzugs, des Unbeteiligtseins oder Distresses) zeigten: 70,7% versus 54,4%. Auch Distress allein wurde anteilmäßig bei mehr Personen beobachtet: (61% versus 42,4%). Die Zeitdauer solcher Zustände war jedoch sehr gering: Typ 2-Verhalten war für beide Erhebungstage zusammen im Mittel für weniger als eine Stunde (50 Minuten) und Distress im Mittel für eine halbe Stunde (31,5 Minuten) zu beobachten.

Tabelle 6: DCM-Auswertung hinsichtlich Aktivitäten und Verhaltensweisen zu T3 und T2

Insgesamt, N (%)		T3	T2
		82 (100,0)	66 (100)
Personen mit Typ 1-Verhalten (mod) (für mindest. 5 Minuten) (A,B,E,F,G,H,I,J,K,L,M,O,P,R,S,T,X)	Durchschnittliche Dauer; M (SD); in Stunden (0,1-19 h)	9,34 (3,8)	<i>Keine Vergleichbarkeit, da kürzere Beobachtung</i>
	% beobacht. Zeitabschnitte	71,9	87,0
Personen mit Typ 2-Verhalten (mod) (für mindest. 5 Minuten) (C,D,U,W,Y)	% Personen	70,7	54,4
	Durchschnittliche Dauer M (SD); in Minuten (5 – 1140 Min.)	50,2 (72,6)	<i>Keine Vergleichbarkeit, da kürzere Beobachtung</i>
	% beobacht. Zeitabschnitte	7,8	6,8
Personen im Distress (C+D) (für mindest. 5 Minuten)	% Personen	61,0	42,4
	Durchschnittliche Dauer M (SD); in Minuten (5 – 1140 Min.)	31,5 (48,6)	<i>Keine Vergleichbarkeit, da kürzere Beobachtung</i>
	% beobacht. Zeitabschnitte	4,8	2,5
Häufigstes beobachtetes Verhalten Auf passive Weise einbezogen sein	% beobacht. Zeitabschnitte	22,1	22,4
Essen und Trinken	% beobacht. Zeitabschnitte	22,1	19,9
Verbaler oder nonverbaler Austausch – mit anderen agieren ohne Aktivität	% beobacht. Zeitabschnitte	13,8	15,9
Selbstständige Fortbewegung	% beobacht. Zeitabschnitte	9,4	8,4
Beschäftigung mit Medien (Lesen, TV)	% beobacht. Zeitabschnitte	6,8	3,9
Schlafen/ Dösen in öffentlichen Räumen	% beobacht. Zeitabschnitte	6,6	7,4
Mit allen Sinnen genießen	% beobacht. Zeitabschnitte	4,0	6,7
Zurückgezogen/ unbeteiligt sein	% beobacht. Zeitabschnitte	3,9	2,1
Hauswirtschaftliche/ handwerkliche Tätigkeiten	% beobacht. Zeitabschnitte	2,6	1,4

Hinsichtlich der Aktivitäten und gezeigten Verhaltensweisen gab es fast keine Veränderungen gegenüber T2. Die häufigsten Aktivitäten in der Bewohnerschaft überhaupt waren und blieben „auf passive Weise einbezogen sein“ sowie „Essen und Trinken“ (Tab. 6). Insgesamt

wurden jeweils 22,1% der gesamten Beobachtungszeit (max. 19 Stunden) mit diesen Aktivitäten verbracht. In absteigender Rangfolge und parallel zur früheren Erhebung schlossen sich verbaler und nonverbaler Austausch (13,8%), selbstständige Fortbewegung zu Fuß oder im Rollstuhl (9,4%) und Beschäftigung mit Medien (6,8%) an.

Auch bei dem langen Beobachtungszeitraum von mehr als 9 Stunden pro Tag war der Anteil der beobachteten Zeitabschnitte, der mit Dösen oder Schlafen im öffentlichen Raum verbracht wurde, mit 6,6% gering. Mit allen Sinnen genießen (Sitzen auf dem Balkon, schöne Aussicht genießen) war mit 4% häufiger als hauswirtschaftliche Tätigkeiten (2,6% der beobachteten Zeitabschnitte).

Andere, eher biographieorientierte Aktivitäten waren fast nicht zu beobachten: Singen oder Gedichte aufsagen (0,4% der beobachteten Zeitabschnitte) und Handarbeiten (0,1% der beobachteten Zeitabschnitte).

3.3 Ergebnisse - Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne demenzieller Erkrankung zum jetzigen Erhebungszeitpunkt (T3)

Ein Vergleich zwischen Bewohnern und Bewohnerinnen mit Demenz und ohne Demenz (Tab. 7) erbrachte - außer dem Lebensalter und dem Auftreten von neuropsychiatrischen Symptomen - keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen. Obwohl zum Teil beträchtliche Unterschiede zwischen den Gruppen bestanden, erreichten diese keine statistische Signifikanz: Prozentual gesehen waren die Bewohner und Bewohnerinnen mit Demenz weniger in die Betreuung durch Ehrenamtliche eingebunden (82,7% versus 100%) und sie nahmen seltener von sich aus Kontakt zum Personal (53,3% versus 72,2%) und zu den Mitbewohnern (32,0% versus 55,6%) auf. Auch bei der Fixierung mit Gurten und Stecktisch unterschieden sich die Gruppen anteilmäßig deutlich: Es wurden ausschließlich Bewohner und Bewohnerinnen mit Demenz fixiert und zwar 13,3%. Beträchtlich war der Unterschied hinsichtlich des herausfordernden Verhaltens, erfasst mit dem Neuropsychiatrischen Inventar, das signifikant häufiger bei den Personen mit Demenz angegeben wurde.

Tabelle 7: Vergleich zwischen demenzkranken und nicht demenzkranken Bewohner/innen zu T3

Insgesamt, N (%)		Bewohner/in mit Demenz 75 (100,0)	Bewohner/in ohne Demenz 18 (100,0)	P
Durchschnittsalter	M (SD) Jahre	85,4 (7,2)	79,2 (9,8)	** ¹
Geschlecht, weiblich	% Personen	81,3	77,8	n.s. ²
Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten nach Barthel-Index (mod.)	M (SD) (0-100 P. <i>geringere Werte= stärker beeinträchtigt</i>)	35,0 (29,8)	50,0 (35,6)	n.s. ¹ .061
Bettlägerigkeit	% Personen	16,0	11,1	n.s. ²
Gehfähigkeit	% Personen	48,0	44,4	n.s. ²
Besuche von außerhalb (mind. 1x wöchentlich)	% Personen	77,0	88,9	n.s. ²
Einbindung von Angehörigen	% Personen	85,3	94,4	n.s. ²
Einbindung von Ehrenamtlichen	% Personen	82,7	100	n.s. ² .059
Kontaktaufnahme zu Mitbewohner/innen (nimmt häufig Kontakt auf)	% Personen	32,0	55,6	n.s. ² .057
Kontaktaufnahme zu Personal (nimmt häufig Kontakt auf)	% Personen	53,3	72,2	n.s. ²
Fixierung mit Gurt	% Personen	13,3	0	n.s. ² .086
Neuropsychiatrische Symptome (Neuropsychiatrisches Inventar; NPI-Score 0-144 P.)	M (SD)	9,4 (9,3)	2,0 (3,6)	**
Durchschnittliche Anwesenheitszeit im öffentlichen Bereich	M (SD) (in Stunden)	9,4 (5,6)	9,7 (4,2)	n.s. ¹

¹=t-Test; ²= χ^2 -Test; ***=<0.001; **=<0.01; *=<0.05; n.s.>0.05=nicht signifikant; 0.05 bis 0.10=tendenziell signifikant;

Bei der Unterstichprobe, die mit dem DCM beobachtet werden konnte, zeigten sich Gruppenunterschiede zwischen Demenzkranken und nicht Demenzkranken (Tab. 8). Unwohlsein und weitere Typ 2-Verhaltensweisen dauerten bei den Demenzkranken durchschnittlich erheblich signifikant länger an (beide p-Werte <0.05). Auch bei den Interaktionsmustern der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zeigten sich signifikante Unterschiede: Menschen mit Demenz erhielten einerseits signifikant mehr positive Aufwörter, wurden also in ihrem „Personsein“ gefördert. Andererseits waren sie aber ebenso signifikant häufiger mit personalen Detraktionen konfrontiert, d.h. sie wurden in ihrem „Personsein“ behindert.

Ogleich der deutliche Unterschied zwischen den beiden Gruppen hinsichtlich des Grades der Pflegebedürftigkeit statistisch nicht signifikant wurde, erschien es angezeigt, die Unterschiede unter statistischer Kontrolle der Pflegebedürftigkeit nochmals zu prüfen. Die Zahlen im Normaldruck zeigen die Werte im direkten Vergleich, die Zahlen im Kursivdruck die adjustierten Werte (die Angaben zur statistischen Signifikanz beziehen sich auf die Ergebnisse nach statistischer Kontrolle). In der Kovarianzanalyse fanden sich nur noch signifikante Unterschiede hinsichtlich der Interaktionsmuster der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen.

Tabelle 8: Vergleich zwischen demenzkranken und nicht demenzkranken Bewohner/innen zu T3 – Ergebnisse der DCM-Beobachtung

Insgesamt, N (%)		Bewohner/in mit Demenz 62 (100,0)	Bewohner/in ohne Demenz 18 (100,0)	p ¹
Anwesenheitsdauer im öffentlichen Bereich pro Person	Durchschnittliche Dauer M (SD); in Stunden (0,1-19 h)	11,3 (3,9) <i>11,2 (0,5)²</i>	10,5 (3,9) <i>9,8 (1,0)²</i>	n.s.
Personen mit Typ 1-Verhalten (mod) (für mindest. 5 Minuten) (A,B,E,F,G,H,I,J,K,L,M,O,P,R,S,T,X)	Durchschnittliche Dauer M (SD); in Stunden (0,1-19 h)	9,5 (3,8) <i>9,6 (0,5)²</i>	9,2 (4,0) <i>9,0 (0,9)²</i>	n.s.
Personen mit großem Wohlbefinden (hoher positiver WIB-Wert von +3 oder +5 für mindest. 5 Minuten)	Durchschnittliche Dauer M (SD); in Stunden (0,1-19 h)	2,2 (1,8) <i>2,3 (0,2)²</i>	2,7 (1,9) <i>2,6 (0,4)²</i>	n.s.
Personen mit Typ 2-Verhalten (mod) (für mindest. 5 Minuten) (C,D,U,W,Y)	Durchschnittliche Dauer M (SD); in Stunden (0,1-19 h)	1,0 (1,3) <i>0,9 (0,1)²</i>	0,3 (0,6) <i>0,4 (0,2)²</i>	n.s.
Personen mit Unwohlsein (= negative WIB-Werte (-1, -3, -5) für mind. 5 Minuten)	Durchschnittliche Dauer M (SD); in Stunden (0,1-19 h)	1,5 (1,6) <i>1,4 (0,2)²</i>	0,5 (1,0) <i>0,6 (0,3)²</i>	n.s. .058
Personen im Distress (C+D) (für mindest. 5 Minuten)	Durchschnittliche Dauer M (SD); in Minuten (0,1-19 h)	35,2 (51,0) <i>31,6 (5,8)²</i>	16,0 (33,0) <i>20,2 (10,6)²</i>	n.s.
Positive Aufwörter in der Betreuungs- und Pflegepraxis im öffentlichen Bereich	M (SD) (im Verlauf von 19 h; kodiert nach DCM 8)	19,6 (10,9) <i>19,6 (1,3)²</i>	12,9 (5,3) <i>13,3 (2,5)²</i>	*
Personale Detraktionen in der Betreuungs- und Pflegepraxis im öffentlichen Bereich	M (SD) (im Verlauf von 19 h; kodiert nach DCM 8)	4,7 (3,5) <i>4,6 (0,5)²</i>	1,4 (1,6) <i>1,6 (0,8)²</i>	**

¹=ANCOVA unter Kontrolle von Grad der Selbstständigkeit (Barthel-Index); ***=<0.001; **=<0.01; *=<0.05; n.s.>0.05=nicht signifikant; 0.05 bis 0.10= tendenziell signifikant; ²=adjustierte Werte

Eine Analyse der Interaktion der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen mit den anwesenden Bewohnern und Bewohnerinnen erfolgte auf der Grundlage der Vorgaben des Manuals der

Dementia Care Mapping Version 8. Die Positiven Aufwerter und Personalen Detraktionen spiegeln die direkte Interaktion und Kommunikation mit dem Bewohner und der Bewohnerin wider und beziehen sich auf Kategorien, die im Sinne der personenzentrierten Pflege nach Kitwood/ Bradford Group förderlich oder hinderlich zum „Personsein“ von Menschen mit Demenz beitragen.

Da die positiven Aufwerter (PA) nach DCM 8 in der Operationalisierung nicht eindeutig sind, wurden diese für die Auswertung nur summiert. Als positiver Aufwerter wurde nur kodiert, was über den „normalen höflichen“ Umgang hinausgeht. Es fiel auf, dass zwei Dritteln der Bewohner und Bewohnerinnen (68,3%) mit keinen, sehr wenigen oder wenigen positiven Aufwertern begegnet wurde (Tab. 9). 20,7% der Personen erlebten viele, 7,3% zahlreiche und 3,7% sehr viele positive Aufwerter. Am häufigsten zu beobachten waren „Erleichtern“ (z.B. Essen und Trinken in angenehmer Art reichen), „Einbeziehen“, „Verhandeln“ (z.B. Wünsche und Bedürfnisse erfragen und diese berücksichtigen) sowie „Freude/Spaß haben“. Bewohner und Bewohnerinnen mit Demenz kamen deutlich häufiger in den Genuß von positiven Aufwertern, d.h. die Interaktionen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen unterstützten sie in ihrem „Personsein“.

Tabelle 9: „Personsein“-fördernder Umgang mit Bewohnern und Bewohnerinnen zu T3

Anzahl der PA im jeweiligen Beobachtungszeitraum	Gesamt 80 (100,0) %	Bewohner/in mit Demenz 62 (100,0) %	Bewohner/in ohne Demenz 18 (100,0) %
keine	8,5	8,1	11,1
Sehr wenige PA (1-10)	22,0	21,0	27,8
Wenige PA (11-20)	37,8	32,3	55,6
Einige PA (21-30)	20,7	24,2	5,6
Zahlreiche PA (31-40)	7,3	9,7	0
Sehr viele PA (41 und mehr)	3,7	4,8	0

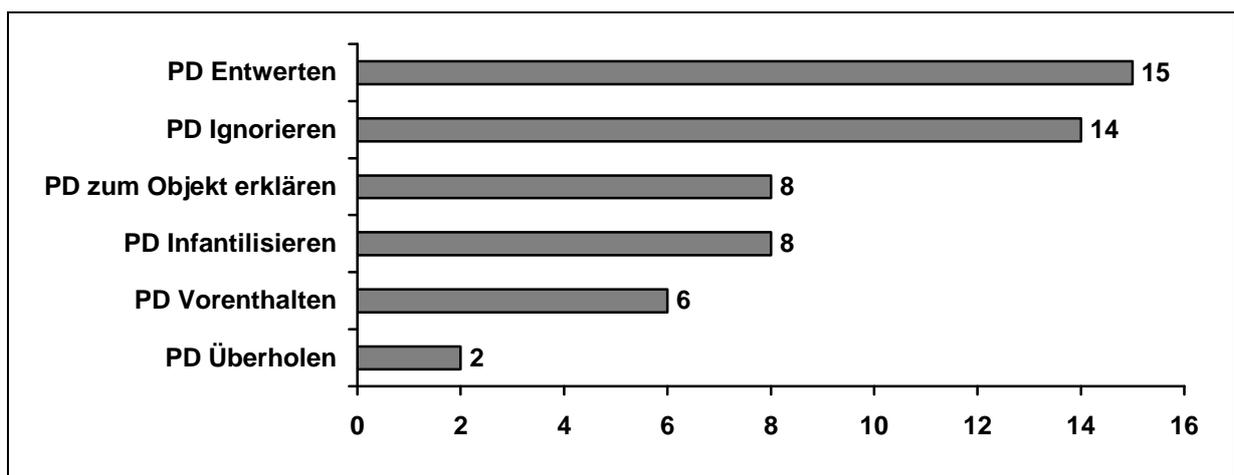
Die personalen Detraktionen (PD) waren zwar bei insgesamt 49 Bewohnern und Bewohnerinnen (=59,8%), jedoch bezogen auf den Beobachtungszeitraum von 19 Stunden in der Gesamtzahl nur selten (N=53) zu beobachten. Dies spricht für eine gute Betreuungsqualität. Zu beobachten waren:

- PD Entwerten – z.B. wird Wirklichkeit des demenzkranken Bewohners nicht anerkannt, invalidierender Umgang
- PD Ignorieren – z.B. wird das Essen hingestellt, ohne eine Beziehung zur Bewohnerin aufzunehmen; Bewohner ruft oder will etwas tun, ohne dass darauf reagiert wird. Pflegekräfte reichen Medikamente ohne Worte und ohne in Beziehung zur Person zu

- PD zum Objekt erklären – z.B. nehmen Pflegekräfte den Rollstuhl, in dem eine Bewohnerin sitzt, und schieben sie ohne Erklärung auf die Toilette oder ins Zimmer
- PD Infantilisieren – Bewohner werden z.B. mit verniedlichenden Koseworten angesprochen und ohne Aufforderung durch die Person umarmt, obgleich dieselbe Person im Kontakt mit anderen auf ihren Namen reagierte
- PD Überholen – z.B. erklärt Betreuungsperson/ Pflegekraft erklärt in zu schnellem Tempo, so dass der Bewohner der Erklärung nicht folgen und diese auch nicht umsetzen kann.

In Tabelle 10 sind die personalen Detraktionen, die beobachtet wurden, nach der Häufigkeit darstellt.

Tabelle 10: „Personsein“-hindernder Umgang mit Bewohnern und Bewohnerinnen zu T3 (Anzahl PD in 19 Stunden Beobachtungszeitraum)



4 Wohnungsspezifische Ergebnisse

Bei den wohnungsspezifischen Analysen der Beobachtungsdaten, deren Ergebnisse den Teams der einzelnen stationären Wohngemeinschaften rückgemeldet wurden, wurden Unterschiede in folgenden Bereichen festgestellt: Anwesenheit im öffentlichen Raum, Wohlbefinden und Einbindung der Bewohnerschaft in Aktivitäten. Es lag also nahe zu untersuchen, ob sich auch bei den Bewohnermerkmalen Unterschiede zeigen. Die wohnungsspezifischen Ergebnisse in diesem Kapitel sind wie die Darstellung der Wohnungsrückmeldungen im Anhang anonymisiert.

Tatsächlich resultierten signifikante Unterschiede zwischen den Wohnungen im Hinblick auf bestimmte Bewohnermerkmale (Tab. 11): Anteil von Personen mit Demenz in der Wohnung

(Spanne zwischen 46,2% und 100%), durchschnittliche Demenzschwere (Spanne zwischen 3,3 P und 10,4 P.) und Schwere der neuropsychiatrischen Symptome (Spanne zwischen 3,8 P. und 11,7 P.). Auch die Unterschiede beim Anteil der Personen, die weniger als 3 Stunden am Tag außerhalb des Bettes verbrachten (Spanne zwischen 0 % und 35,7%), waren signifikant.

Hinsichtlich der Anwesenheit im öffentlichen Raum gab es keine signifikanten Unterschiede in der Anzahl der Personen, die sich für mindestens 5 Minuten am Tag außerhalb ihres Zimmers aufhielten.

Tabelle 11: Vergleich zwischen den Wohnungen – alle Bewohner und Bewohnerinnen zu T3

Insgesamt, N (%)		WG A (N=14)	WG B (N=14)	WG C (N=14)	WG D (N=12)	WG E (N=14)	WG F (N=14)	WG G (N=14)	P ¹
Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten nach Barthel-Index	M (SD) (0-100 P.) <i>geringere Werte= stärker beeinträchtigt</i>	36,1 (27,8)	39,6 (30,2)	54,2 (33,5)	37,5 (38,4)	26,4 (29,8)	42,5 (29,1)	23,3 (27,9)	<i>n.s.</i> ¹
Bettlägerigkeit (<3h am Tag außerhalb des Bettes)	% Personen	7,1	28,6	7,7	0,0	35,7	0,0	21,4	<i>∗</i> ²
Demenzsyndrom	% Personen	92,9	92,9	46,2	81,8	85,7	64,3	100	<i>∗∗</i> ²
Demenzschwere	M (SD) (0-14 P.) <i>geringere Werte= weniger beeinträchtigt</i>	9,2 (4,8)	8,7 (4,0)	3,3 (3,7)	6,1 (3,7)	7,9 (4,6)	6,7 (4,7)	10,4 (3,5)	<i>∗∗</i> ¹
Neuro-psychiatrische Symptome (NPI-Q-NH)	M (SD) (NPI-Score 0-144 P.) <i>geringere Werte= weniger beeinträchtigt</i>	11,7 (10,6)	11,4 (9,2)	3,8 (4,6)	6,6 (8,7)	11,6 (11,4)	4,1 (7,3)	5,8 (5,2)	<i>∗</i> ¹
Anwesenheit im öffentlichen Raum	% Personen	92,9	85,7	92,9	75,0	71,4	92,9	85,7	<i>n.s.</i> ²

¹=ANOVA; ²= χ^2 -Test; *∗∗∗*=<0.001; *∗∗*=<0.01; *∗*=<0.05; *n.s.*>0.05=nicht signifikant; 0.05 bis 0.10=tendenziell signifikant;

In Tabelle 12 finden sich die Werte für die Personen, die in die DCM-Beobachtung eingeschlossen werden konnten. Auch bei dieser Gruppe waren die Unterschiede hinsichtlich Demenzschwere sowie neuropsychiatrischen Symptomen weiterhin signifikant. Hinsichtlich der Anwesenheitszeiten waren jedoch große Unterschiede feststellbar. Zudem differierte die durchschnittliche Anwesenheitsdauer der beobachteten Bewohnerschaft im öffentlichen Raum bei einer Beobachtungsdauer von ca. 19 Stunden zwischen 7,6 Stunden (Spanne der jeweiligen Bewohnern 3,9 -11,7 h) und 13,1 Stunden (10,8h – 15,7 h).

Tabelle 12: Vergleich zwischen den Wohnungen zu T3 – Merkmale der mit DCM beobachtbaren Personen

Insgesamt, N (%)		WG A (N=13)	WG B (N=12)	WG C (N=13)	WG D (N=9)	WG E (N=10)	WG F (N=13)	WG G (N=12)	P ¹
Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten nach Barthel-Index	M (SD) (0-100 P.) <i>geringere Werte= stärker beeinträchtigt</i>	38,9 (26,8)	42,9 (30,9)	52,9 (34,7)	46,7 (40,0)	29,5 (32,5)	43,5 (30,1)	28,0 (28,4)	n.s.
Demenzschwere	M (SD) (0-14 P.) <i>geringere Werte= weniger beeinträchtigt</i>	8,9 (4,8)	8,4 (4,1)	3,3 (3,8)	5,2 (3,2)	7,9 (4,9)	6,2 (4,5)	9,8 (3,4)	**
Anwesenheitsdauer im öffentlichen Bereich pro Person	Durchschn. Dauer M (Range); in Stunden (0,1- 19 h)	11,6 (2,6 - 15,7)	11,5 (1,1 - 17,0)	7,6 (3,9 - 11,7)	13,1 (10,8 - 15,7)	11,0 (5,3 - 15,3)	10,7 (3,9 - 17,0)	11,6 (3,9 - 16,5)	*
Neuro-psychiatrische Symptome (NPI-Q-NH)	M (SD) (0-144 P.) <i>geringere Werte = weniger beeinträchtigt</i>	11,7 (11,0)	12,1 (9,5)	3,3 (4,3)	6,3 (8,0)	12,3 (11,6)	4,0 (7,5)	6,5 (5,2)	*

¹=ANOVA; ***=<0.001; **=<0.01; *=<0.05; n.s.>0.05=nicht signifikant; 0.05 bis 0.10= tendenziell signifikant;

Das Ziel von weitergehenden Vergleichsanalysen war, Hinweise darauf zu finden, ob die Wohnungszugehörigkeit und damit die Gestaltung des Tages durch die Alltagsbegleiter und Alltagsbegleiterinnen bzw. Pflegekräfte Einfluss auf lebensqualitätsbezogene Ergebnisvariablen (WIB-Quotient, Dauer des Unwohlseins, Distress, „Personsein“-förderndes und –behinderndes Interaktionsmuster) nimmt.

Aus diesem Grund wurden -soweit möglich – bewohnerbezogene Unterschiede (Demenzschwere, Grad der Pflegebedürftigkeit, Anwesenheitsdauer im öffentlichen Bereich) zwischen den Wohnungen, von denen anzunehmen ist, dass sie die Ergebnisvariablen beeinflussen, statistisch kontrolliert. Da die Demenzschwere mit dem Grad der Pflegebedürftigkeit korreliert, wurde auf eine dritte Kovariate verzichtet. Die Werte in der Tabelle 13 beschreiben die Mittelwerte ohne Berücksichtigung (=Normaldruck) sowie mit Berücksichtigung (Kursivdruck) der Gruppenunterschiede in der Demenzschwere und der Aufenthaltsdauer (=adjustierte Werte).

Tabelle 13: Vergleich zwischen den Wohnungen zu T3 – Wohlergehen der mit DCM beobachtbaren Personen

Insgesamt, N (%)		WG A (N=13)	WG B (N=12)	WG C (N=13)	WG D (N=9)	WG E (N=10)	WG F (N=13)	WG G (N=12)	P
Gesamtwohlergehen (Möglicher Wertebereich: -5 bis +5)	Gruppen-WIB-Wert (Min – Max) (Sum. WIB-Werte : Sum. beobacht. Zeitabschnitte)	1,34 (0,99 – 1,90)	1,03 (0,55 – 1,78)	1,70 (1,23 – 2,65)	1,71 (0,85 – 2,50)	1,29 (0,49 – 1,88)	1,02 (-1,06 – 2,35)	0,78 (0,45 – 1,60)	--
Personen mit Typ 1-Verhalten (mod) (für mindest. 5 Minuten) (A,B,E,F,G,H,I,J,K,L,M,O,P,R,S,T,X)	Durchschn. Dauer M (SD); in Stunden (0,1-19 h)	10,3 (3,7) 10,1 (0,5) ²	9,8 (4,7) 28,1 (11,7)	7,4 (3,2) 9,5 (0,5) ²	12,3 (2,0) 5,5 (1,9)	8,9 (3,6) 9,0 (0,5)	8,9 (4,2) 9,0 (0,5)	8,6 (3,5) 8,6 (0,5)	n.s. ¹
Personen mit großem Wohlbefinden (hoher positiver WIB-Wert von +3 oder +5 für mindest. 5 Minuten)	Durchschn. Dauer M (SD); in Stunden (0,1-19 h)	2,9 (1,4) 2,9 (0,4)	1,8 (1,3) 1,7 (0,4)	2,6 (1,3) 3,0 (0,4)	4,3 (2,1) 4,1 (0,5)	2,6 (2,0) 2,6 (0,4)	1,5 (2,1) 1,5 (0,4)	1,0 (0,5) 1,1 (0,4)	*** ¹
Personen mit Typ 2-Verhalten (mod) (für mindest. 5 Minuten; C,D,U,W,Y)	Durchschn. Dauer M (SD); in Stunden (0,1-19 h)	0,7 (0,7) 0,5 (0,3)	1,0 (1,5) 0,8 (0,3)	0,2 (0,4) 0,7 (0,3)	0,5 (0,7) 0,3 (0,4)	1,0 (1,2) 0,9 (0,3)	0,7 (0,7) 0,8 (0,3)	1,9 (2,0) 1,6 (0,3)	n.s. ¹
Personen mit Unwohlsein (= negative WIB-Werte (-1, -3, -5) für mind. 5 Minuten)	Durchschn. Dauer M (SD); in Stunden (0,1-19 h)	1,0 (0,9) 0,7 (0,3)	1,8 (1,9) 1,5 (0,4)	0,2 (0,4) 1,1 (0,4)	0,7 (0,8) 0,5 (0,5)	1,5 (1,5) 1,3 (0,4)	1,3 (1,9) 1,5 (0,3)	2,2 (1,8) 1,8 (0,4)	n.s. ¹
Personen im Distress (C+D) (für mindest. 5 Minuten)	Durchschn. Dauer M (SD); in Minuten (0,1-19 h)	14,6 (20,1) 8,9 (11,3)	32,9 (46,0) 28,1 (11,7)	2,3 (4,8) 22,7 (12,7)	26,1 (39,4) 10,3 (14,8)	32,5 (34,5) 30,8 (12,7)	35,8 (38,8) 38,7 (11,2)	78,8 (85,0) 71,2 (12,0)	* ¹
Neuropsychiatrische Symptome (NPI-Q-NH)	M (SD) (0-144 P.)	11,7 (11,0) 9,7 (2,0)	12,1 (9,5) 10,6 (2,1)	3,3 (4,3) 7,9 (2,3)	6,3 (8,0) 9,2 (2,6)	12,3 (11,6) 11,5 (2,3)	4,0 (7,5) 5,1 (2,0)	6,5 (5,2) 3,5 (2,1)	n.s. ¹ .08
Positive Aufwörter in der Betreuungs- und Pflegepraxis im öffentlichen Bereich	M (SD) (im Verlauf von 19 h; nach DCM 8)	21,5 (10,5) 20,2 (2,3)	19,6 (10,7) 17,8 (2,4)	11,2 (3,2) 17,7 (2,8)	28,2 (11,5) 27,7 (2,9)	16,4 (5,4) 15,7 (2,6)	12,6 (7,4) 13,3 (2,3)	19,2 (11,8) 17,1 (2,4)	* ¹
Personale Detraktionen in der Betreuungs- und Pflegepraxis im öffentlichen Bereich	M (SD) (im Verlauf von 19 h; nach DCM 8)	1,5 (0,7) 2,1 (1,9)	3,5 (3,5) 3,0 (0,8)	1,3 (1,7) 3,0 (1,0)	7,0 (2,7) 5,5 (1,9)	6,6 (3,9) 6,1 (0,9)	3,4 (2,6) 3,6 (0,8)	5,9 (2,6) 4,0 (1,1)	n.s. ¹

¹=ANCOVA: unter Kontrolle von Demenzschwere und Aufenthaltsdauer im öffentlichen Bereich;
***=<0.001; **=<0.01; *=<0.05; n.s.>0.05=nicht signifikant; 0.05 bis 0.10= tendenziell signifikant;

Die Ergebnisse (Tabelle 13) zeigen, dass auch nach der statistischen Kontrolle noch signifikante Unterschiede zwischen den Wohnungen bestehen und zwar hinsichtlich: der Zeitab-

schnitte mit großem Wohlergehen (WIB-Werte +3 und +5), der Anzahl der positiven Aufwörter sowie bei der Dauer des Zustandes der Bewohner und Bewohnerinnen im Distress (Verhalten C+D). Die ehemals signifikanten wohnungsspezifischen Unterschiede bei der Anzahl der Personalen Detraktionen, der Dauer des Unwohlseins, der Dauer des Typ2-Verhaltens (u.a. zurückgezogen sein, Distress, Selbststimulation) und der neuropsychiatrischen Symptome (herausforderndes Verhalten; NPI-Score) konnten mit der Demenzschwere und der Aufenthaltsdauer im öffentlichen Bereich erklärt werden.

5 Zusammenfassung und Diskussion

Ziel der Untersuchung war es, zu überprüfen, wie sich das Konzept der nun seit 18 Monaten bestehenden stationären Wohngemeinschaften auf zentrale Ergebnismerkmale bei den rund 100 Bewohnern und Bewohnerinnen auswirkt. Im Blickpunkt waren:

- Die aktuelle Zusammensetzung der Bewohnerschaft
- Auftreten von neuropsychiatrischen Symptomen und Fixierungsrate,
- Einbindung von Angehörigen und Freiwilligen

Durch die Festigung des Konzeptes waren zu erwarten:

- Längere Aufenthaltszeiten im öffentlichen Raum
- Größeres Wohlbefinden
- Weniger Unwohlsein und Distress
- Zunahme der Einbindung und Aktivitäten

Zur Datenerhebung wurde einerseits ein Pflege- und Verhaltensassessment durch die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Einrichtung HaK ausgefüllt. Desweiteren wurden mit dem Beobachtungsverfahren Dementia Care Mapping (DCM) die Aufenthaltszeiten im öffentlichen Bereich, Wohlbefinden, Aktivitäten, Distress sowie die Interaktion mit der Bewohnerschaft beurteilt. Dazu waren die Beobachterinnen in jeder Wohnung an zwei Tagen für jeweils 9,5 Stunden anwesend.

Es konnten 94 Bewohner und Bewohnerinnen in die Studie aufgenommen werden und innerhalb dieser Gruppe 82 Personen mit DCM beobachtet werden. Mit 85,6% waren dieses Mal mehr Personen in den öffentlichen Räumen anwesend.

Die vergleichende Untersuchung zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten wird ohne statistische Prüfung der Ergebnisse dargestellt, da es sich um eine Mischgruppe aus Längsschnittstichprobe und Querschnittsstichprobe handelt.

Zusammensetzung der Bewohnerschaft der stationären Wohngemeinschaften

Die Zusammensetzung der Bewohnerschaft in den sieben stationären Wohngemeinschaften hat sich im Verlauf eines Jahres verändert: Der Anteil der Menschen mit einer Demenz ist angestiegen, gleichermaßen hat die durchschnittliche Schwere der dementiellen Veränderungen zugenommen. Nach wie vor gibt es bettlägerige Personen in den stationären Wohngemeinschaften, jedoch mit 14,7% deutlich weniger als vor einem Jahr, als fast ein Viertel der Bewohner und Bewohnerinnen bettlägerig war. Diese Entwicklung ist umso erfreulicher, da der Grad der Pflegebedürftigkeit zu beiden Erhebungszeitpunkten fast identisch war (37,2 P. und 36,8 P.) und somit die Zahl der bettlägerigen Personen trotz gleicher Pflegebedürftigkeit reduziert werden konnte.

Hinsichtlich des Vorhandenseins von neuropsychiatrischen Symptomen fanden sich im zeitlichen Verlauf ebenfalls Veränderungen, die in ihrer Ausprägtheit überraschten. Zwar wurde auch diesmal am häufigsten apathisches Verhalten beschrieben, jedoch deutlich seltener als bei der Untersuchung vor einem Jahr (Reduktion von 50% auf 31%). Ein deutlicher Rückgang ist bei den weiteren emotionalen-affektiven Symptomen festzustellen: Rückgang der depressiven Symptome von 66,7% auf 14,8%, Reizbarkeit von 42,9% auf 14,8%, Angst von 45,2% auf 14,8%. Auch motorische Unruhe trat seltener auf (21% versus 35,7%), sowie Schlafstörungen (12,3% versus 46,6%), während aggressive Verhaltensweisen unverändert bei 31% der Bewohner und Bewohnerinnen beschrieben wurden.

Möglicherweise lassen sich diese Ergebnisse auf die unterschiedlichen Instrumente bei den beiden Erhebungszeitpunkten zurückführen. Zu T2 wurden die neuropsychiatrischen Symptome mit Items aus dem CAMDEX erhoben, während zu T3 die Kurzversion des Neuropsychiatrischen Inventars (NPI-Q-NH; Kaufer et al., 2000) verwendet wurde. Um die deutlich niedrigere Prävalenz besser interpretieren zu können, wurden Vergleiche mit einer repräsentativen Untersuchung in deutschen Pflegeheimen angestellt, in der die neuropsychiatrischen Symptome ebenfalls mit dem NPI-Q-NH erfasst wurden (Schäufele et al. 2009). Hierbei läßt sich feststellen, dass die Bewohnerschaft im Haus am Kappelberg ähnliche Raten aufweist wie durchschnittlich die Bewohnerschaft in deutschen Pflegeheimen hinsichtlich:

- aggressivem/ agitiertem Verhalten (29,3% vs. 30,9%)
- Apathie (30,5% vs. 26%),
- Enthemmung (13,6% vs. 14,8%)

Andere herausfordernde Verhaltensweisen wurden im HaK jedoch deutlich seltener beobachtet: depressive Stimmung (14,8% vs. 38,4%), Angst (14,6% vs. 19,6%), Reizbarkeit (14,6% vs. 32,7%), Schlafstörungen (12,2% vs. 19%) und Essstörungen (7,4% vs. 17,7%). Lediglich motorische Unruhe und Wanderverhalten wurden häufiger als in der bundesdeutschen Repräsentativstudie berichtet (20,7% vs. 11,2%). Insbesondere die deutlich niedrigere Prävalenz zu Störungen in Affekten und Stimmung (Niedergeschlagenheit, Gereiztheit, Angst) und bei den Essstörungen könnten als positive Auswirkungen des Konzepts der stationären Wohngemeinschaften interpretiert werden, die beim zweiten Erhebungszeitpunkt (noch) nicht zu beobachten waren. Nicht auszuschließen als Grund für die erheblichen Unterschiede in der Häufigkeit neuropsychiatrischer Symptome zwischen den Untersuchungszeitpunkten sind aber auch Beurteilungsfehler auf Seiten der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, die die entsprechenden Skalen im PVA bearbeitet haben.

Zentrale Indikatoren der Lebensqualität der Bewohnerschaft

Rate der freiheitsentziehenden und bewegungseinschränkenden Maßnahmen: 18 Monate nach dem Umzug war festzustellen, dass die Fixierungsrate (mit Gurt oder Stecktisch) von 15,5% auf 11,7% reduziert werden konnte, jedoch im Vergleich zu anderen Untersuchungen hoch ist. Die Fixierung betraf ausschließlich Menschen mit einer demenziellen Erkrankung und für diese Gruppe wurde in einer repräsentativen Untersuchung in deutschen Pflegeheimen eine durchschnittliche Fixierungsrate von 9,2% (bei einer Spanne von 0 – 28,6%) beschrieben (Schäufele et al. 2009).

Die Einbindung der Angehörigen hat sich in den 12 Monaten zwischen den beiden Untersuchungszeitpunkten auf immer noch sehr hohe 87,4% reduziert, gleichzeitig konnte jedoch die Beteiligung der Freiwilligen an der Betreuung der Bewohner und Bewohnerinnen verdoppelt werden (von 44,0% auf 86,3%).

Aufenthalt in öffentlichen Räumen

Wie oben beschrieben, nahm die Anzahl der Bewohner und Bewohnerinnen in den öffentlichen Räumen zu, bezüglich der Anwesenheitsdauer bestanden jedoch keine nennenswerten Unterschiede zwischen den beiden Studien. Obwohl auch Abendstunden (bis 20 Uhr) in die Beobachtung aufgenommen wurden, in denen sich in traditionellen Einrichtungen die Anzahl der Personen in den öffentlichen Räumen deutlich reduziert, kann aufgrund fehlender Vergleichsmöglichkeiten nicht eindeutig beurteilt werden, ob die Situation im HaK deutlich anders ist. Ob sich das Konzept der stationären Wohngemeinschaften in diesem Punkt weiterentwickelt hat, konnte ebenfalls nicht untersucht werden, da bei der Vorgängeruntersuchung die Zeiträume zwischen 17 und 20 Uhr nicht erfasst wurden. Beobachtet werden konnte le-

diglich, dass der Großteil der Bewohnerschaft nach dem Abendessen ins Zimmer oder zu Bett ging und lediglich drei und fünf Personen in den einzelnen Wohnungen im öffentlichen Bereich blieben.

Wohlbefinden

Das Wohlbefinden, abgebildet durch den WIB-Quotienten des DCM-Verfahrens, diente als Hauptindikator für die Lebensqualität der Bewohner und Bewohnerinnen. Im Schnitt war zwischen T2 und T3 eine Abnahme von 1,53 auf 1,27 festzustellen. Die Vermutung, dass sich nach einem Jahr das Konzept zu einer weiteren Verbesserung des (von außen zu beobachtenden) Wohlbefindens der Bewohner und Bewohnerinnen führt, bestätigt sich nicht. In einem vergleichbaren Setting (Pflegeheim mit Hausgemeinschaften) wird ein WIB-Quotient von 1,9 berichtet, während in einem traditionellen stationären Pflegeheim ein WIB-Wert von 0,8 beschrieben wird (Dühring 2006). Im DCM-Manual 7 wird zur Interpretation der WIB-Quotienten bei 1,5 – 2,0 von guten Werten, bei 0,9 bis 1,4 von befriedigenden Werten gesprochen (Bradford-Dementia Group 1997).

Eine genauere Analyse ergab, dass der Rückgang im durchschnittlichen WIB-Quotienten vor allem durch eine Abnahme der positiven Extremwerte (+3/+5) im Wohlbefinden sowie der Zunahme der negativen Befindlichkeitswerte (-1/ -3/ -%) bedingt wurde. Dass diese Abnahme dem zu T3 höheren Anteil der Menschen mit Demenz und -damit verbunden - der ausgeprägteren Demenzschwere geschuldet sind, stellt eine plausible aber im Rahmen dieser Untersuchung nicht zu klärende Begründung dar. Des Weiteren ist nicht abzuschätzen, inwieweit sich der verlängerte Beobachtungszeitraum beim DCM auf die WIB-Quotienten ausgewirkt hat. Da sich die Verlängerung auf die Abendstunden (17:00 bis 20:00) bezog, könnten sich demenzspezifische Störungen, die in dieser Tageszeit typischerweise zunehmen (z.B. „sun-downing-Syndrom“), negativ auf das durchschnittliche Wohlbefinden niedergeschlagen haben.

Die statistischen Analysen zu den Unterschieden zwischen den Wohnungen (Range der WIB-Quotienten von 0,78 bis 1,71) wiesen zwar daraufhin, dass die Demenzschwere als alleinige Erklärung von Unterschieden im WIB-Quotienten nicht ausreicht. Nichtsdestotrotz muss beachtet werden, dass es sich hier um indirekte Hinweise handelt, die nicht als kausale Erklärung herangezogen werden können.

Mit Unwohlsein, d.h. negativen WIB-Werten, assoziiert sind Verhaltensweisen der Typ 2 – Kategorie und vor allem Distress. Diese Verhaltensweisen waren aktuell bei mehr Personen und auch häufiger zu beobachten. Da passives Einbezogen sein (Kategorie B) auch dieses Mal - neben Essen und Trinken – die häufigste Verhaltenskategorie war, zeigt sich hier noch

Entwicklungspotential hin zum aktiven Beteiligt- und Tätigsein (Typ1-Kategorien). Positiv zu vermerken ist, dass die Dauer des Distress mit im Durchschnitt 31,5 Minuten in 19 Stunden Beobachtung nach wie vor sehr kurz ist. Im Vergleich mit der Studie von vor einem Jahr erhöhte sich der prozentuale Anteil bezogen auf die beobachteten Zeitabschnitte jedoch von 2,5% auf 4,8%.

Eine spannende Frage war, ob sich die Zielsetzung der Konzeption hinsichtlich einer Alltagsorientierung bei den Aktivitäten der beobachteten Bewohner und Bewohnerinnen niederschlagen würde und z.B. hauswirtschaftliche Tätigkeiten wie Kochen oder biographieorientierte Aktivitäten wie Singen häufiger zu beobachten sind. Zwar gab es eine Zunahme der hauswirtschaftlichen Tätigkeiten der Bewohner und Bewohnerinnen, der Anteil an den insgesamt beobachteten Zeitabschnitten war mit 2,6% jedoch gering. Offensichtlich reicht die Dezentralisierung der hauswirtschaftlichen Tätigkeiten wie Einkaufen, Kochen, Geschirr spülen und Zimmerreinigung alleine nicht aus, um pflegebedürftige Bewohner und Bewohnerinnen, von denen die Mehrzahl von einer fortgeschrittenen Demenz betroffen ist, aktiv am Alltag zu beteiligen. Vielmehr müssen konzeptionelle Überlegungen angestellt werden, wie dieses Element im Konzept der Stationären Wohngemeinschaften im Sinne einer aktiven Einbeziehung der Bewohner und Bewohnerinnen in die Alltagsgestaltung gelingen kann. Es muss jedoch auch in Betracht gezogen werden, dass einige Bewohner und Bewohnerinnen vielleicht gar nicht interessiert oder motiviert sind, sich an der Hausarbeit zu beteiligen. Nicht wenige Heimbewohner und – bewohnerinnen und /oder ihre Angehörigen sind der Auffassung, dass sie die Einrichtung für die Verrichtung dieser Tätigkeiten bezahlen und deshalb selbst keinen Beitrag dazu leisten möchten.

Interaktion mit Bewohnern und Bewohnerinnen

Erkenntnisse zum Umgang sowie der Interaktion zwischen Pflege- und Betreuungspersonen und den Menschen mit Demenz zeigen, dass es sogenannte „Personsein“-fördernde und „Personsein“-behindernde Verhaltensweisen gibt. Diese werden in der personenzentrierten Pflege als Personale Aufwerter (PA) und Personale Detraktionen (PD) bezeichnet. In der Untersuchung zeigte sich, dass bei einem Großteil der Bewohner und Bewohnerinnen keine bis nur wenige personale Aufwerter beobachtet wurden. Personale Aufwerter gehen über den „normal höflichen“ Umgang hinaus und müssen gezielt geübt und bewusst eingesetzt werden, um das „Personsein“ der Menschen mit Demenz zu erhalten und verbessern. Die Zahl der Personalen Detraktionen waren für den langen Beobachtungszeitraum sehr gering. Zwar wurden sie bei 60% der Bewohner und Bewohnerinnen beobachtet, jedoch in sehr geringem Umfang. Am häufigsten fiel auf: die „Wirklichkeiten“, d.h. das Erleben der Menschen mit Demenz wurde entwertet, die Personen waren in der Durchführung von Tätigkeiten „ne-

bensächlich“ (Ignorieren) oder wurden als Objekt behandelt. Auch Infantilisieren, ein häufig zu beobachtendes Verhaltensmuster im Umgang mit kognitiv beeinträchtigten Menschen, wurde häufiger beobachtet.

Potenziale der Weiterentwicklung in den stationären Wohngemeinschaften im HaK

Die Untersuchung zeigt, dass es merkbare positive Entwicklungen gibt, vor allem im Hinblick auf die Abnahme der neuropsychiatrischen Symptome, herausfordernden Verhaltensweisen, auf den Rückgang der Bettlägerigkeit und Fixierungsrate und auf die Erhöhung der Einbindung von ehrenamtlichen/ freiwilligen Kräften. Weitere Indikatoren einer guten Lebensqualität wie Wohlbefinden und aktive und einbeziehende Verhaltensweisen weisen jedoch auf Potentiale zur Weiterentwicklung in der Umsetzung der Konzeption hin. Leider konnte der WIB-Quotient für die gesamte Einrichtung von einem guten Wert nicht gesteigert werden, vielmehr wurde eine Abnahme auf einen nur noch befriedigenden Wert festgestellt.

Obgleich es sich beim Konzept der stationären Wohngemeinschaften um ein integratives Versorgungskonzept handelt, zeigte sich, dass es einerseits Wohnungen gibt, in denen (fast) ausschließlich Menschen mit einem Demenzsyndrom leben (92,9 – 100%), andererseits Wohnungen, in denen der Anteil der Menschen mit Demenz mit 46,2% deutlich unter dem Bundesdurchschnitt von 68,6% in stationären Pflegeeinrichtungen liegt (Schäufele et al. 2009). Ob die ungleiche Verteilung eine zufällige Entwicklung in Folge der Belegung freigewordener Plätze ist oder aus anderen Gründen zustande kam, war im Rahmen der Untersuchung nicht zu klären. Da Menschen mit einem Demenzsyndrom eine andere, zumeist intensivere Form der Begleitung, Betreuung, Aktivierung und Einbindung benötigen, ist es aber um so wichtiger, diese Unterschiede explizit zu machen. Zu prüfen ist in diesem Zusammenhang, ob den Alltagsbegleiter und Alltagsbegleiterinnen in den Wohnungen mit einem sehr hohen Anteil an Menschen mit Demenz mehr Ressourcen (Schulung, Personal, Methoden) zur Verfügung gestellt werden sollte.

6 Literaturverzeichnis

Bradford Dementia Group (1997). Arbeitsbuch - Demenzpflege evaluieren. Die DCM-Methode, siebte Auflage. Manual in der Übersetzung von Christian Müller-Hergl, IN VIA (Eigendruck).

Bradford Dementia Group (2005); Private Universität Witten/ Herdecke gGmbH, Fakultät für Medizin, Institut für Pflegewissenschaft (2008). Dementia Care Mapping (DCM) 8 Handbuch. (Eigendruck).

Dühning Angelika (2006). Macht das "Setting" den Unterschied? Der Beitrag der verschiedenen Formen der stationären Altenhilfe zur subjektiven und objektiven Lebenszufriedenheit dementiell erkrankter Menschen. Dissertation Universität Kassel.

Fossey, J., Lee, L., Ballard, C. (2002). Dementia Care Mapping as a research tool for measuring quality of life in care settings: psychometric properties. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17: 1064 - 1070.

Kaufer, D.I., Cummings, J.L., Ketchel, P., Smith, V., MacMillan, A., Shelley, T., Lopez, O.L., DeKosky, S.T. (2000). Validation of the NPI-Q, a Brief Clinical Form of the Neuropsychiatric Inventory. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience*, 12, 233-238.

Köhler, L., Weyerer, S. & Schäufele, M. (2007). Proxy screening tools improve the recognition of dementia in old-age homes: results of a validation study. *Age and ageing*, 36, 549-554.

Köhler, I., Schäufele, M., Hendlmeier, I., Weyerer, S. (2010). Praktikabilität und Reliabilität eines Pflege- und Verhaltensassessments (PVA) für stationäre Pflegeeinrichtungen. In: *Zeitschrift Klinische Diagnostik und Evaluation*, im Druck.

Schäufele, M., Köhler, L., Lode, S., Weyerer, S. (2009). Menschen mit Demenz in stationären Pflegeeinrichtungen: aktuelle Lebens- und Versorgungssituation. In: Schneekloth, U., Wahl, H-W. *Pflegebedarf und Versorgungssituation bei älteren Menschen in Heimen*. Kohlhammer Verlag, Stuttgart.

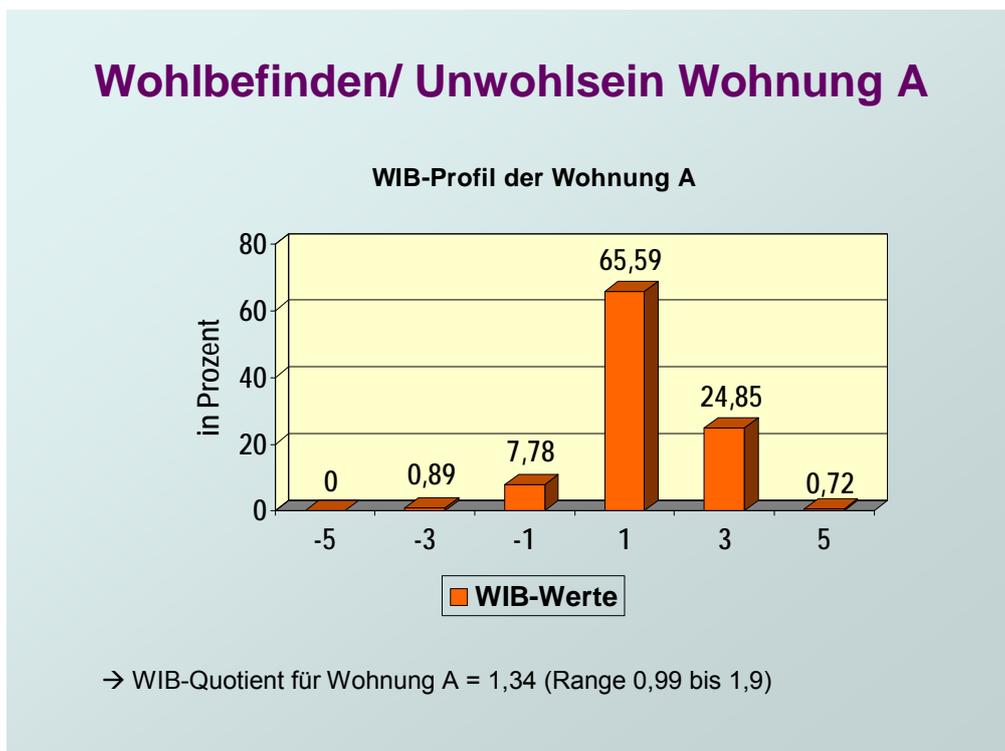
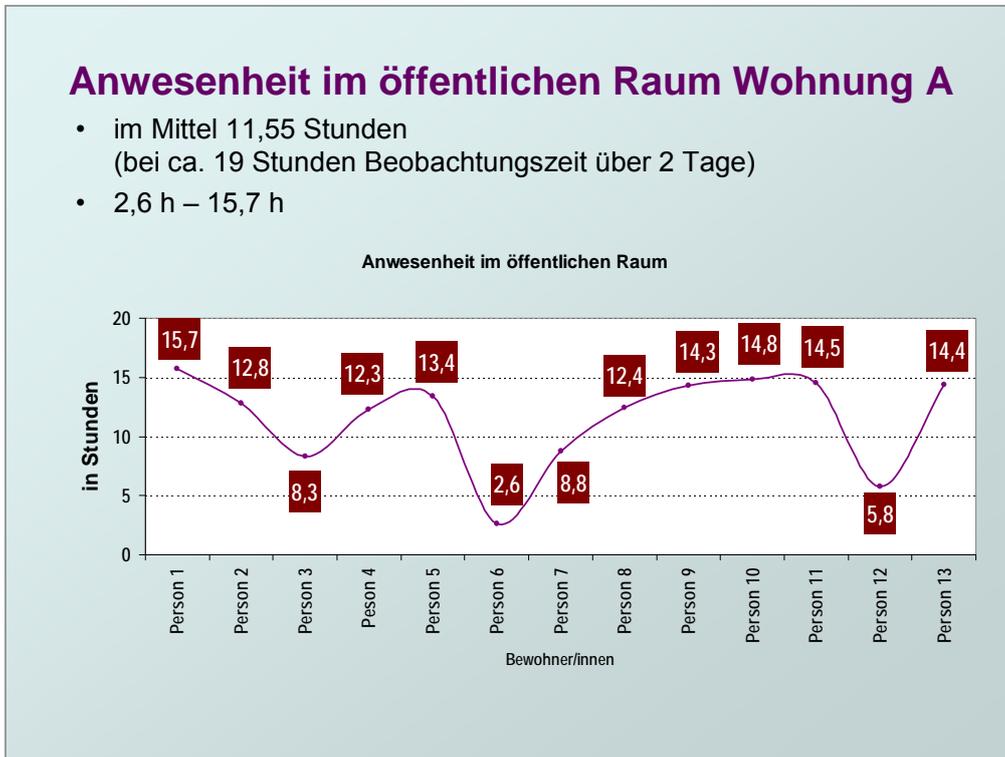
Wahl, H-W., Schneekloth, U. (2009). Der Hintergrund: Forschungen zur Lebensführung in stationären Einrichtungen. In: Schneekloth, U., Wahl, H-W. *Pflegebedarf und Versorgungssituation bei älteren Menschen in Heimen*. Kohlhammer Verlag, Stuttgart.

Weyerer, S., Schäufele, M., Hendlmeier, I., Kofahl, C. & Sattel, H. (2006). *Demenzkranken Menschen in Pflegeeinrichtungen. Besondere und traditionelle Versorgung im Vergleich*. Stuttgart: Kohlhammer.

7 Anhang A1

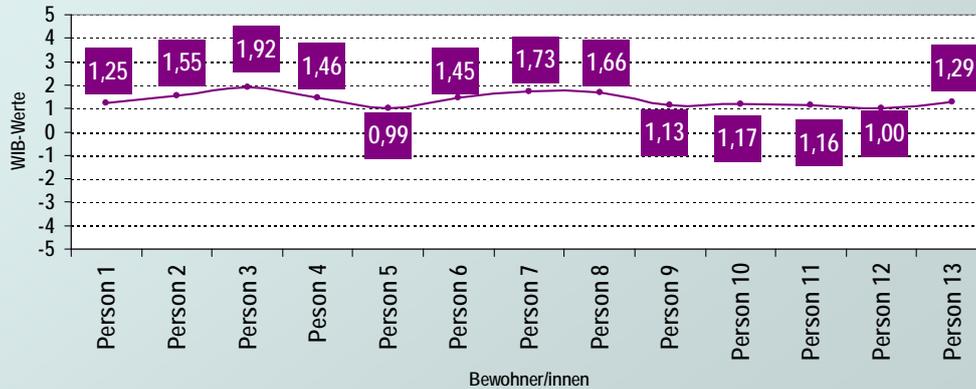
7.1 Wohnungsspezifische Rückmeldungen (anonymisiert)

7.1.1 Wohnung A

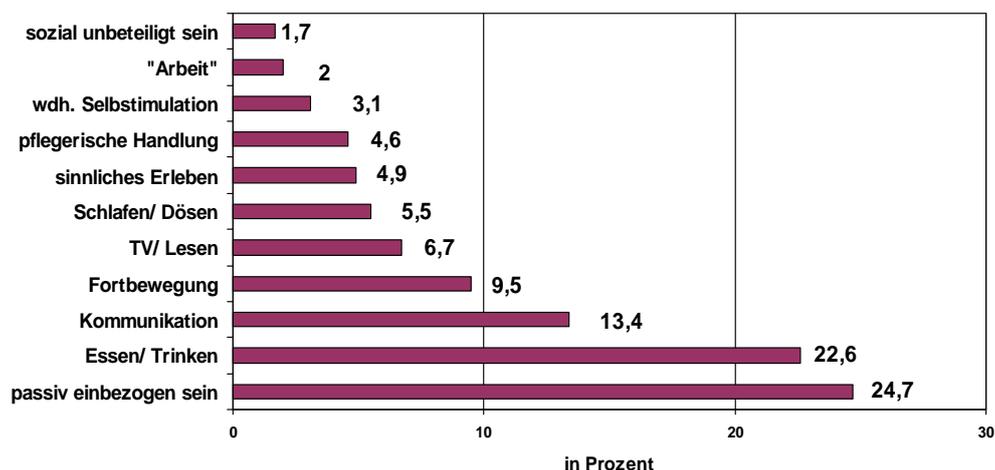


Wohlbefinden/ Unwohlsein Wohnung A

Wohlergehen der Bewohner und Bewohnerinnen
WIB-Werte



Aktivitäten und Verhaltensweisen Wohnung A



Welche Aktivitäten/ Verhaltensweisen wurden (fast) nicht beobachtet?

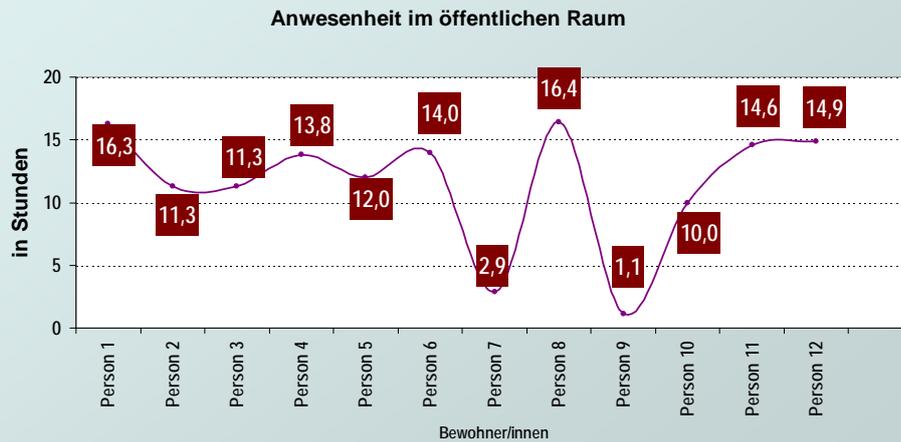
Fast nicht (<1,5%): Singen, Gymnastik, Distress

Gar nicht: Spielen, Handwerk/-arbeit, Kognition, Religion, Selbstpflege

7.1.2 Wohnung B

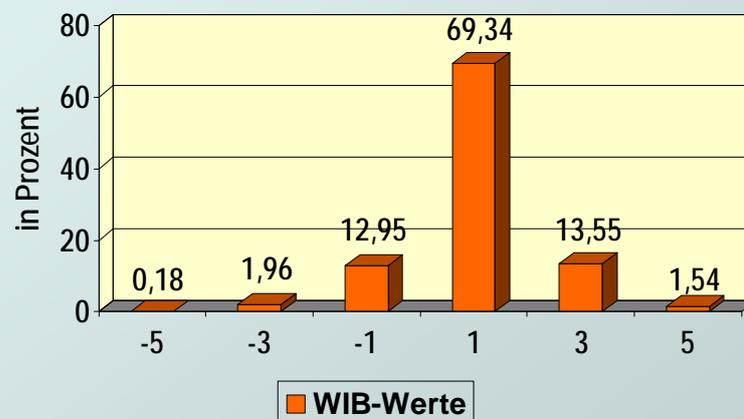
Anwesenheit im öffentlichen Raum Wohnung B

- im Mittel 11,5 Stunden
(bei ca. 19 Stunden Beobachtungszeit über 2 Tage)
- 1,1 h – 16,4 h



Wohlbefinden/ Unwohlsein

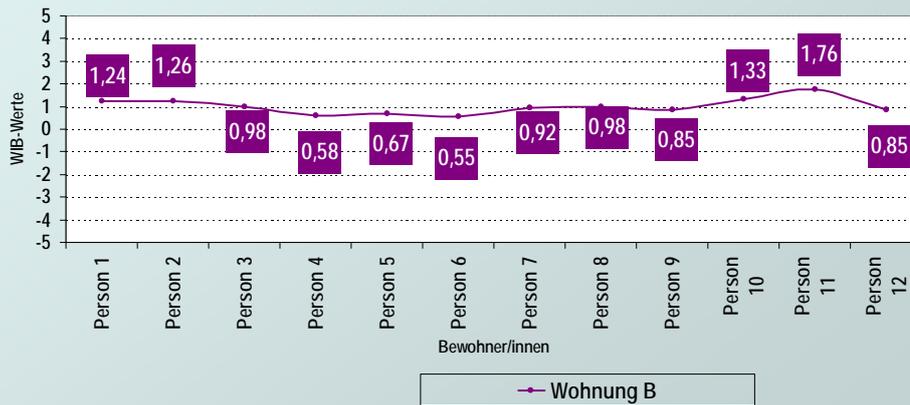
WIB-Profil der Wohnung B



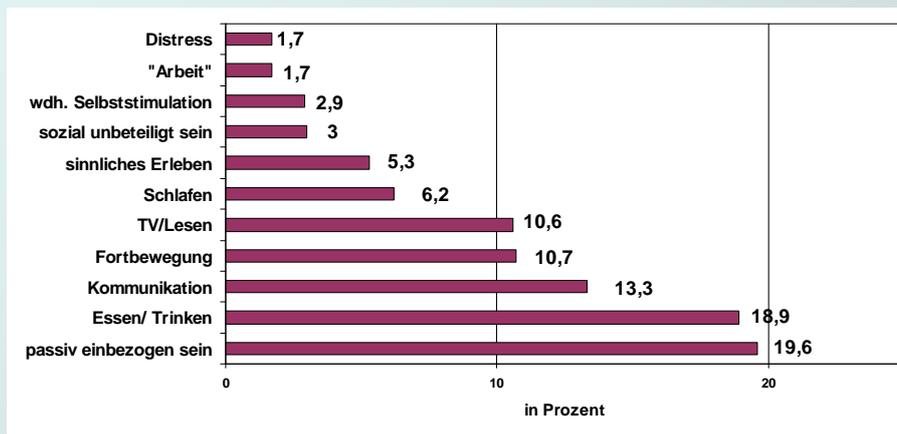
→ WIB-Quotient für Wohnung B = 1,03 (Range 0,55 – 1,76)

Wohlbefinden/ Unwohlsein Wohnung B

WOHLERGEHEN DER BEWOHNER UND BEWOHNERINNEN WIB-Werte



Aktivitäten und Verhaltensweisen Wohnung B



Welche Aktivitäten/ Verhaltensweisen wurden (fast) nicht beobacht?

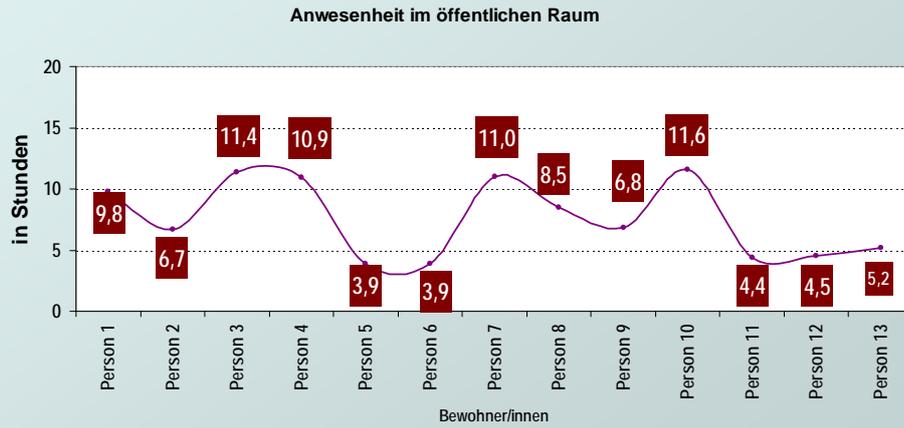
Fast nicht (<1,5%): Singen, Kognition, Gymnastik, „Arbeit“, Selbstpflege, Kommunikation ohne Antwort

Gar nicht: Spielen, Handwerk/-arbeit, Religion,

7.1.3 Wohnung C

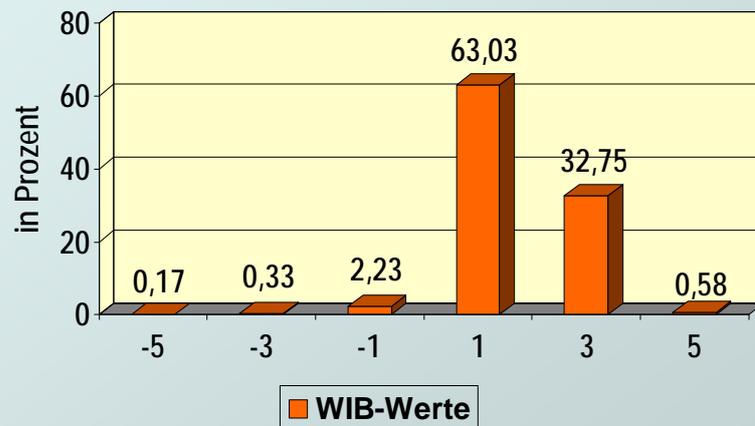
Anwesenheit im öffentlichen Raum Wohnung C

- im Mittel 7,6 Stunden
(bei ca. 19 Stunden Beobachtungszeit über 2 Tage)
- 3,9 h – 11,6 h



Wohlbefinden/ Unwohlsein

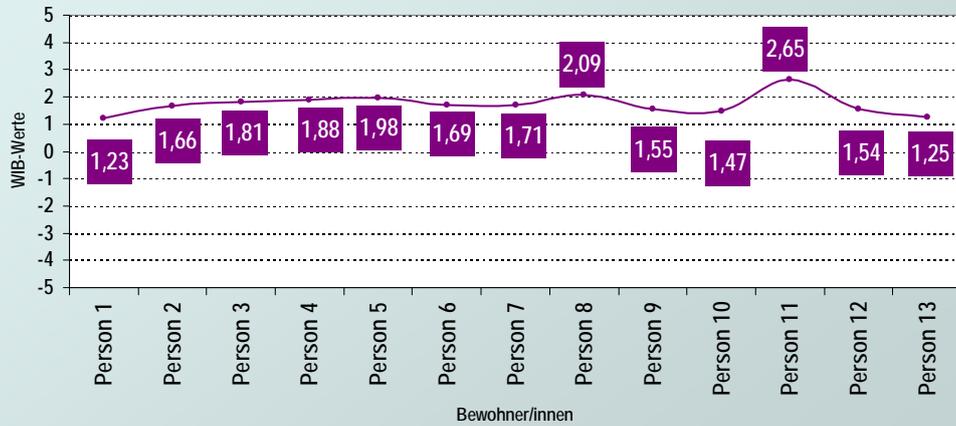
WIB-Profil der Wohnung C



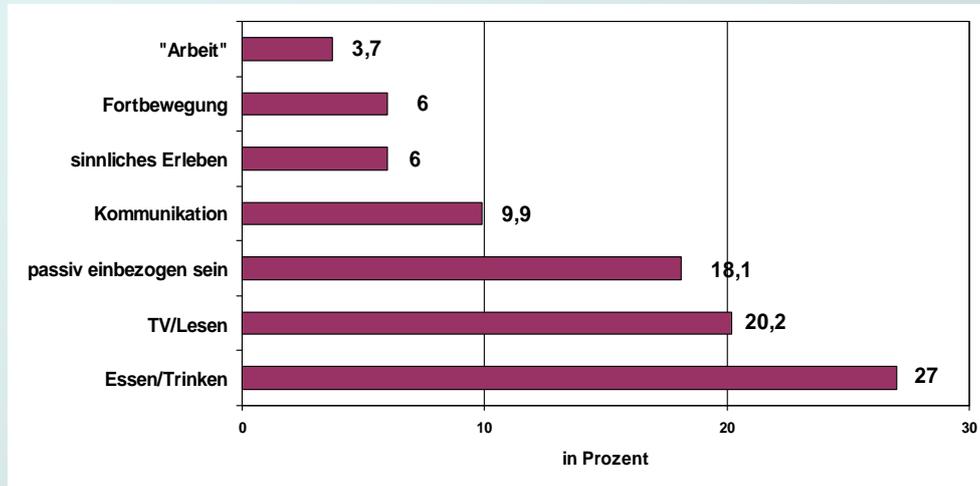
→ WIB-Quotient für Wohnung C = 1,70 (Range 1,23 – 2,65)

Wohlbefinden/ Unwohlsein Wohnung C

WOHLERGEHEN DER BEWOHNER UND BEWOHNERINNEN
WIB-Werte



Aktivitäten und Verhaltensweisen Wohnung C



Welche Aktivitäten/ Verhaltensweisen wurden (fast) nicht beobacht?

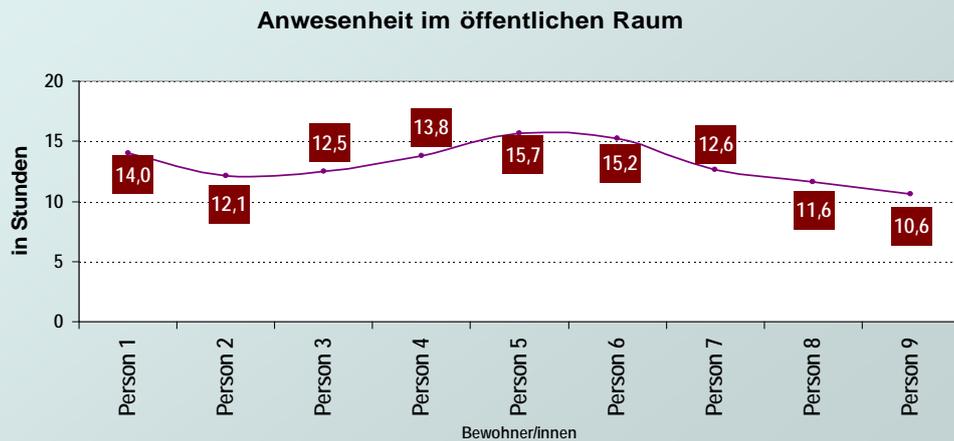
Fast nicht (<1,5%): sozial unbeteiligt sein, Distress, Kommunikation ohne Antwort, Selbstpflege, wdh. Selbststimulation, Schlafen/ Dösen

Gar nicht: Spielen, Singen, Handwerk/-arbeit, Kognition, Gymnastik/Religion,

7.1.4 Wohnung D

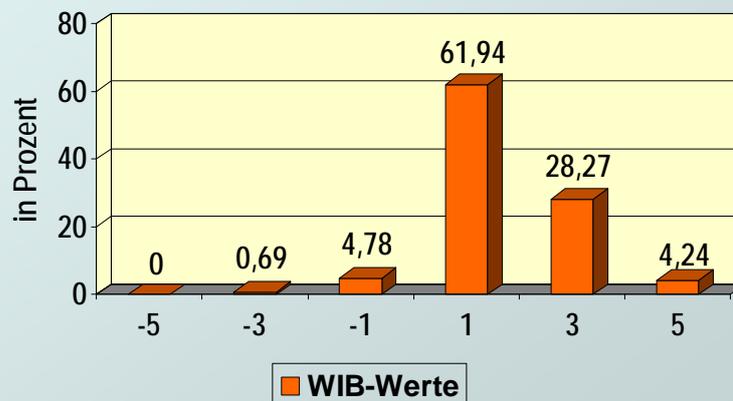
Anwesenheit im öffentlichen Raum Wohnung D

- im Mittel 13,1 Stunden
(bei ca. 19 Stunden Beobachtungszeit über 2 Tage)
- 10,6 h – 15,2 h



Wohlbefinden/ Unwohlsein

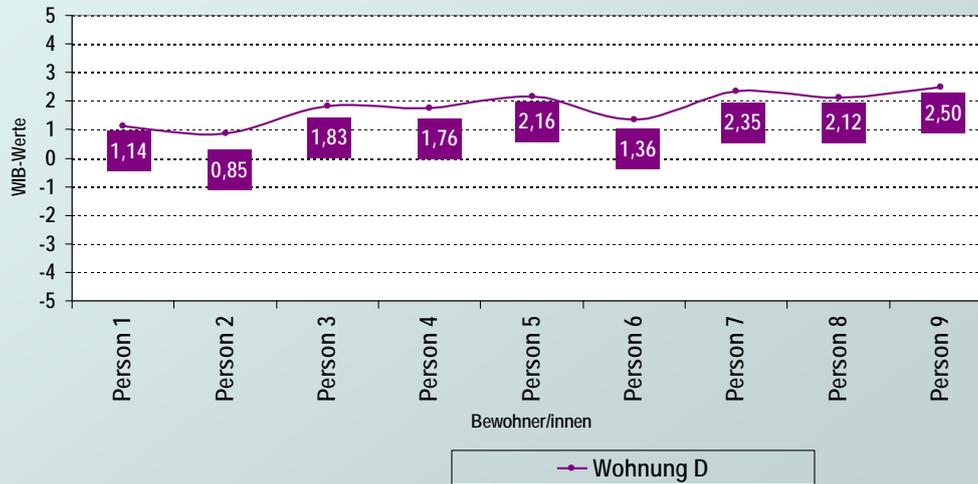
WIB-Profil der Wohnung D



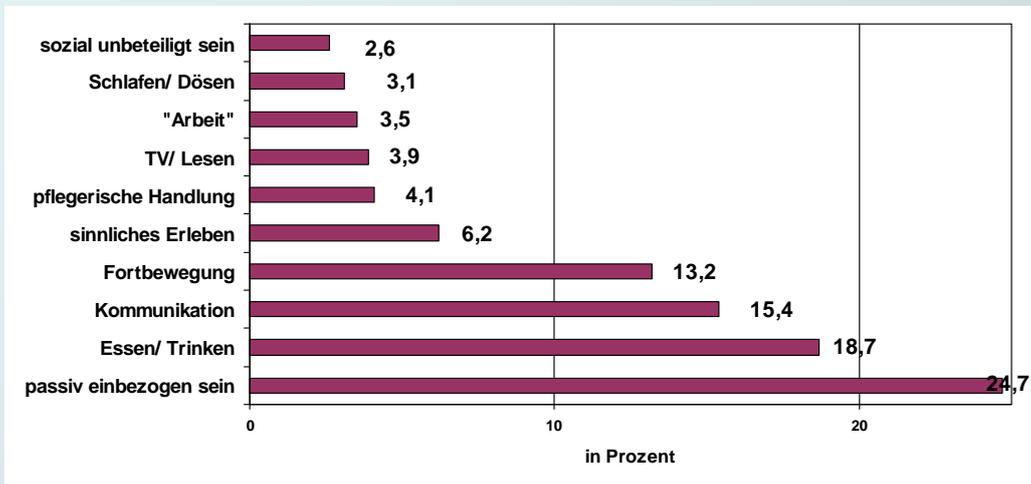
→ WIB-Quotient für Wohnung D = 1,71 (Range 0,85 – 2,5)

Wohlbefinden/ Unwohlsein Wohnung D

WOHLERGEHEN DER BEWOHNER UND BEWOHNERINNEN WIB-Werte



Aktivitäten und Verhaltensweisen Wohnung D



Welche Aktivitäten/ Verhaltensweisen wurden (fast) nicht beobachtet?

Fast nicht (<1,5%): Handwerk/-arbeit, Singen, Selbstpflege, Kommunikation ohne Antwort, Distress,

Gar nicht: Spielen, Kognition, Gymnastik, Religion,

7.1.5 Wohnung E

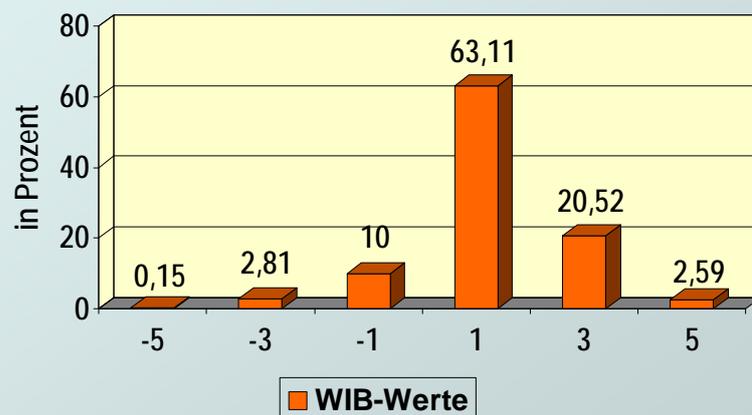
Anwesenheit im öffentlichen Raum Wohnung E

- im Mittel 11,02 Stunden
(bei ca. 19 Stunden Beobachtungszeit über 2 Tage)
- 5,33 h – 15,33 h



Wohlbefinden/ Unwohlsein

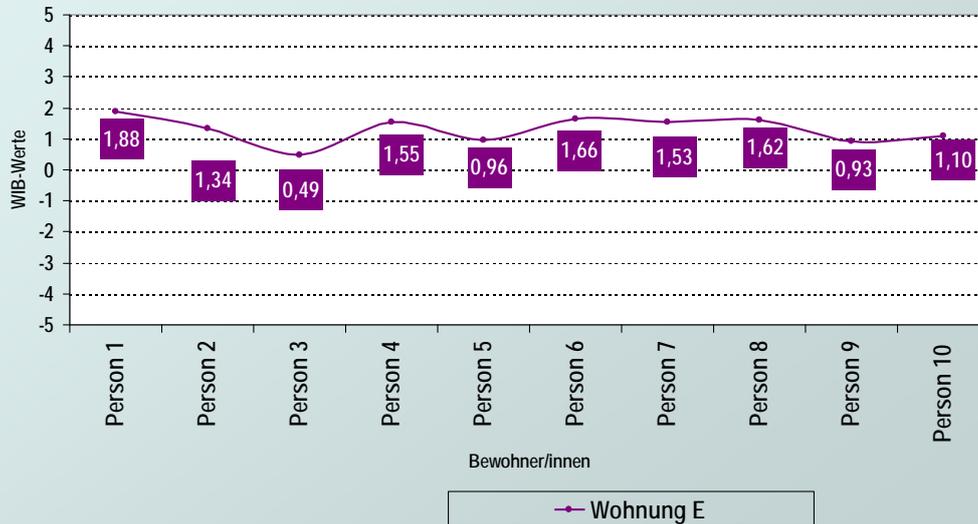
WIB-Profil der Wohnung E



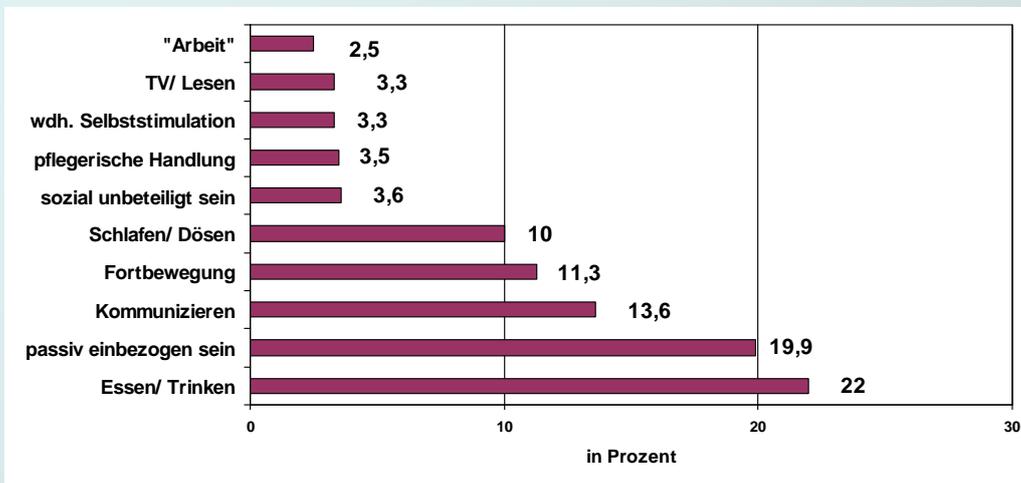
→ WIB-Quotient für Wohnung E = 1,29 (Range 0,49 – 1,88)

Wohlbefinden/ Unwohlsein Wohnung E

WOHLERGEHEN DER BEWOHNER UND BEWOHNERINNEN
WIB-Werte



Aktivitäten und Verhaltensweisen Wohnung E



Welche Aktivitäten wurden (fast) nicht beobacht?

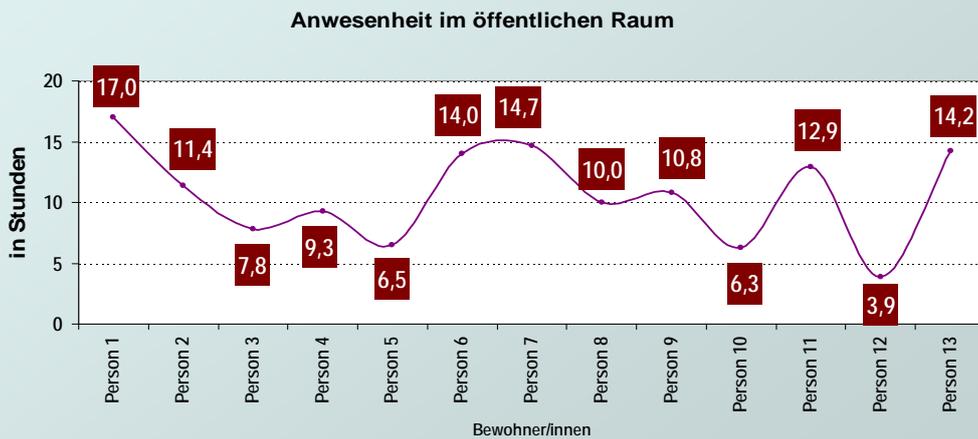
Fast nicht (<1,5%): Selbstpflege, Gymnastik, Singen/ Musik, Distress, Kommunikation ohne Antwort, sinnliches Erleben,

Gar nicht: Spielen, Handwerk/-arbeit, Kognition, Religion,

7.1.6 Wohnung F

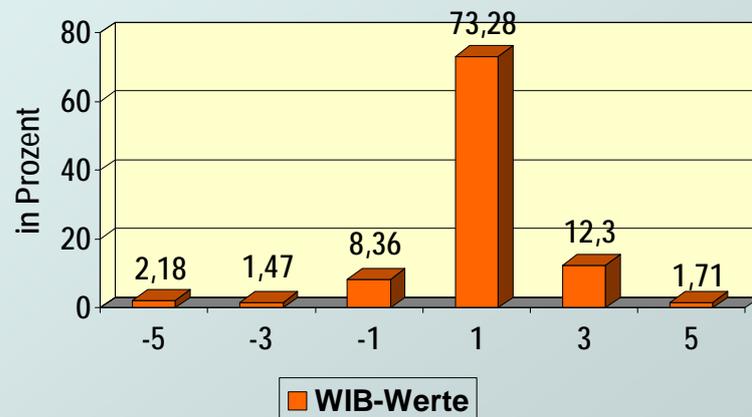
Anwesenheit im öffentlichen Raum Wohnung F

- im Mittel 10,7 Stunden
(bei ca. 19 Stunden Beobachtungszeit über 2 Tage)
- 3,9 h – 17 h



Wohlbefinden/ Unwohlsein

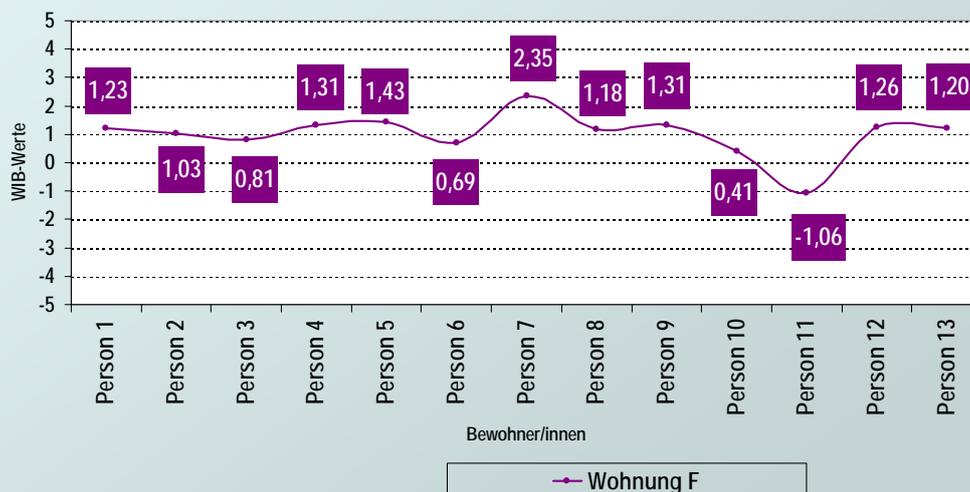
WIB-Profil der Wohnung F



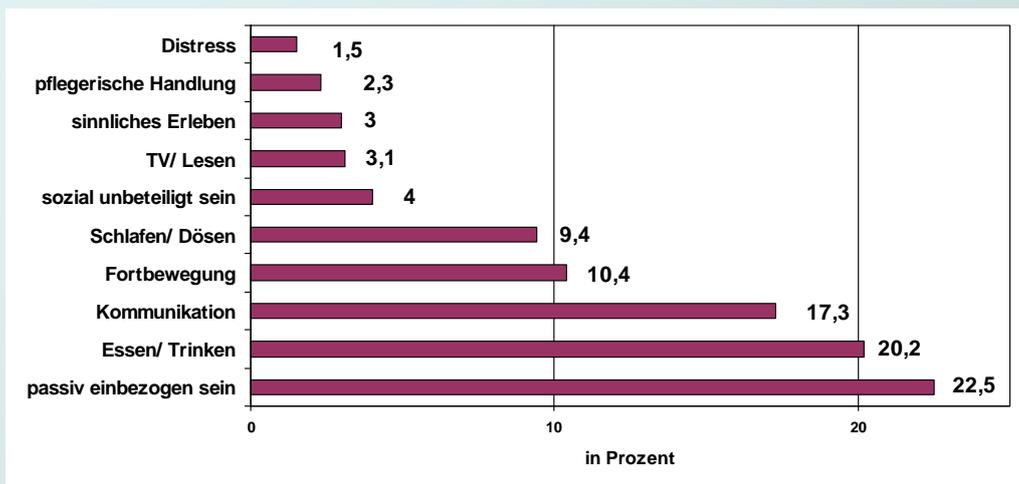
→ WIB-Quotient für Wohnung F= 1,02 (Range -1,06 bis 2,35)

Wohlbefinden/ Unwohlsein Wohnung F

WOHLERGEHEN DER BEWOHNER UND BEWOHNERINNEN
WIB-Werte



Aktivitäten und Verhaltensweisen Wohnung F



Welche Aktivitäten/ Verhaltensweisen wurden (fast) nicht beobacht?

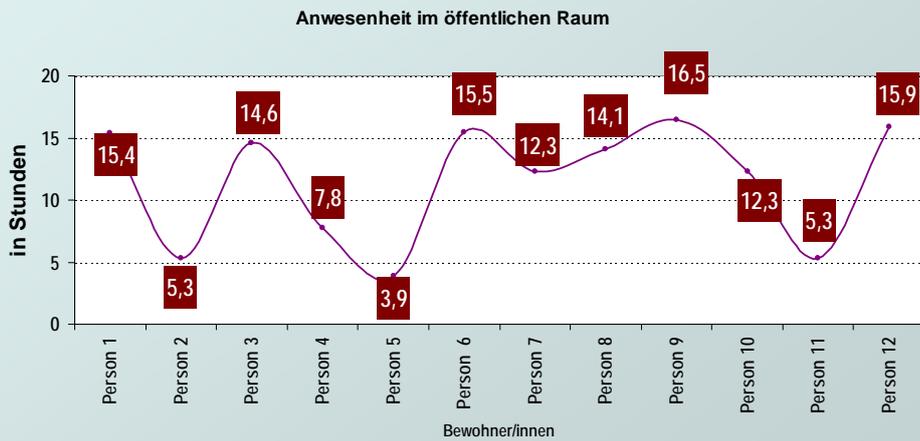
Fast nicht (<1,5%): Singen, Gymnastik, „Arbeit“, Selbstpflege, wdh. Selbststimulation, Religiöse Tätigkeit,

Gar nicht: Spielen, Handwerk/-arbeit, Kognition,

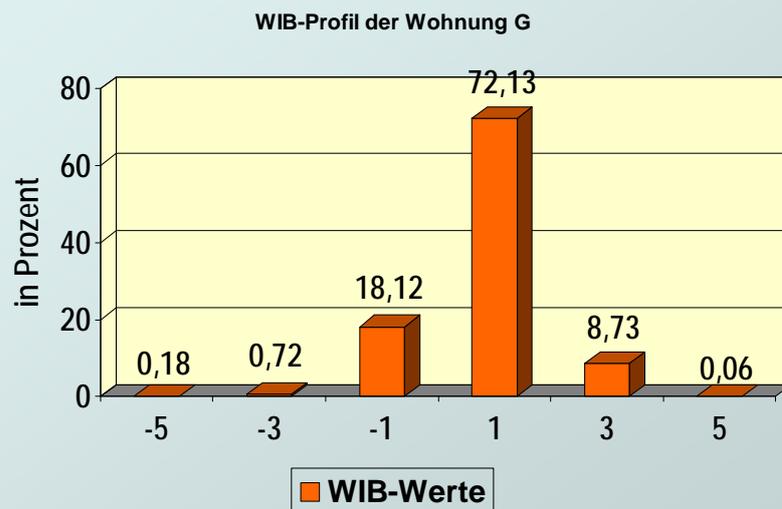
7.1.7 Wohnung G

Anwesenheit im öffentlichen Raum Wohnung G

- im Mittel 11,6 Stunden
(bei ca. 19 Stunden Beobachtungszeit über 2 Tage)
- 3,9 h – 16,5 h



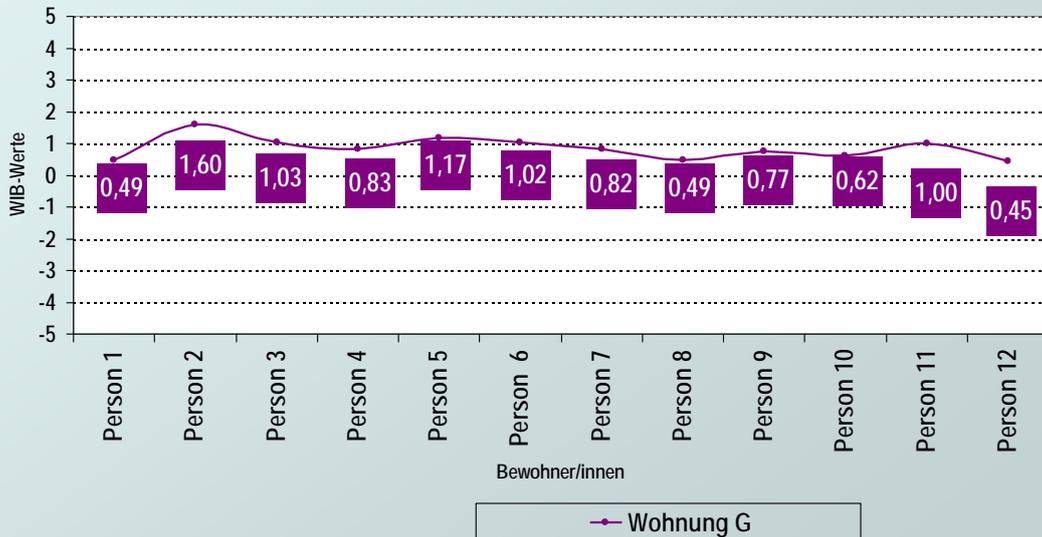
Wohlbefinden/ Unwohlsein



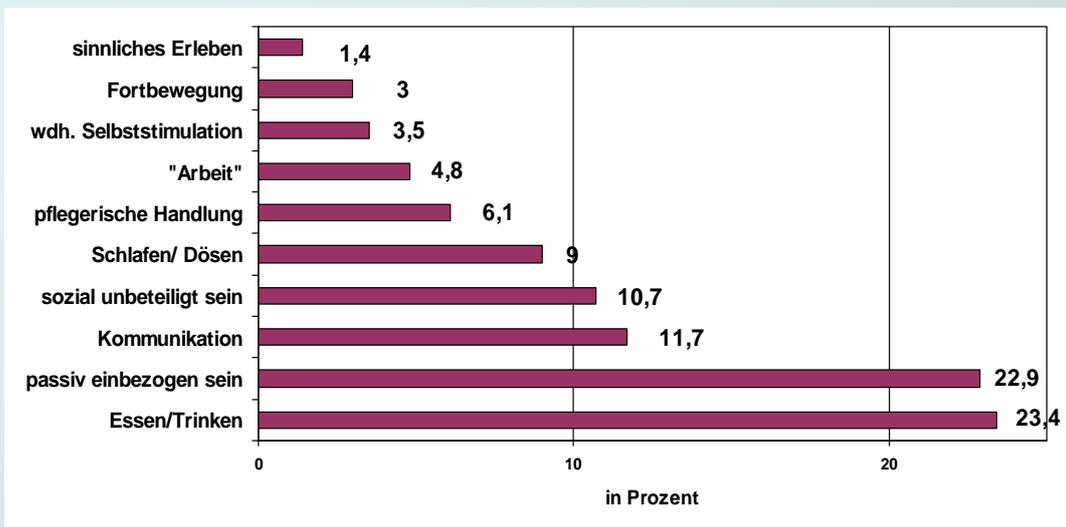
→ WIB-Quotient für Wohnung G= 0,78 (Range 0,45 – 1,6)

Wohlbefinden/ Unwohlsein Wohnung G

WOHLERGEHEN DER BEWOHNER UND BEWOHNERINNEN
WIB-Werte



Aktivitäten und Verhaltensweisen Wohnung G



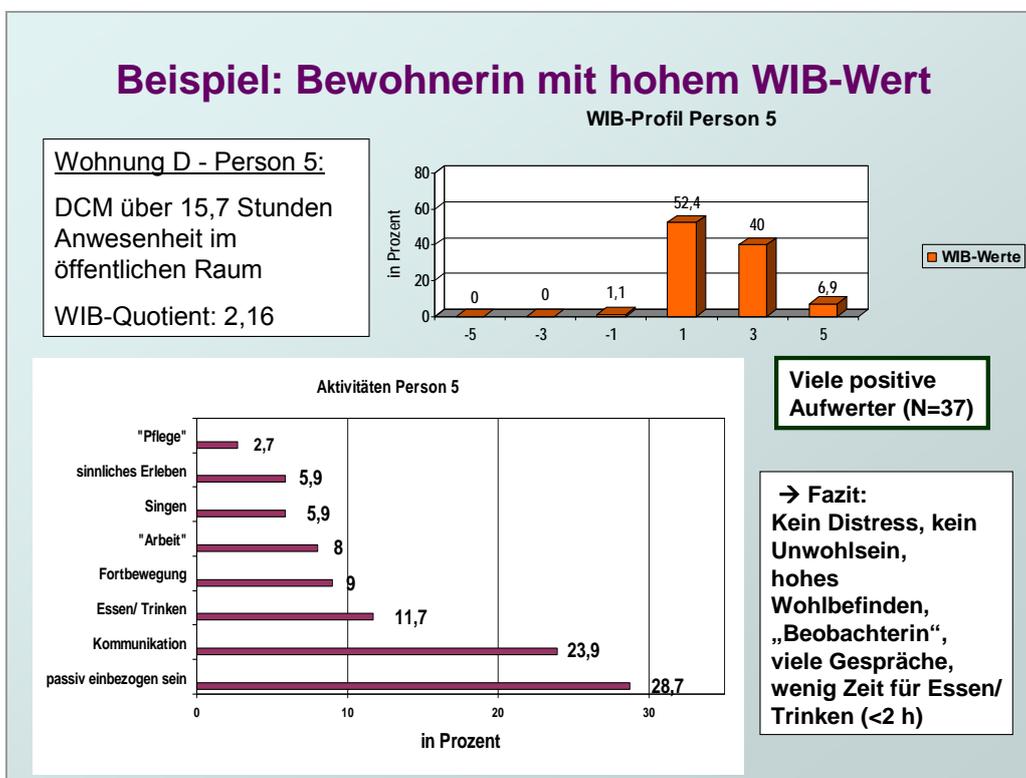
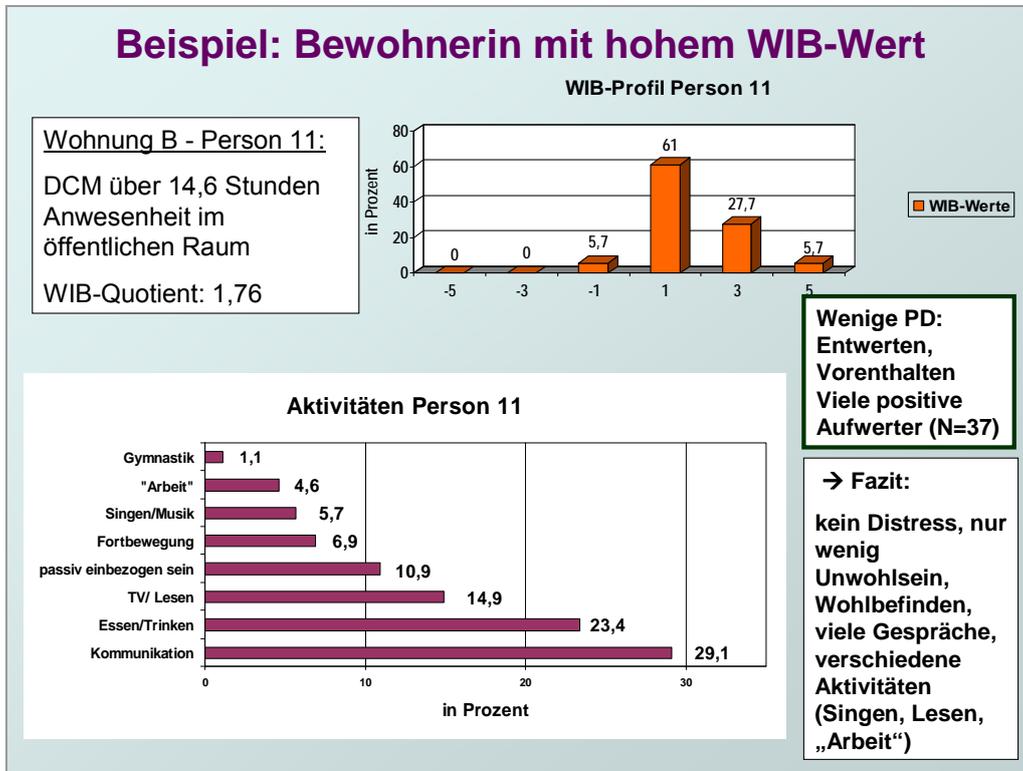
Welche Aktivitäten/ Verhaltensweisen wurden (fast) nicht beobachtet?

Fast nicht (<1,5%): Singen, TV/Lesen, Selbstpflege, sinnliches Erleben, Kommunikation ohne Antwort, Distress

Gar nicht: Spielen, Handwerk/-arbeit, Kognition, Gymnastik, Religion,

7.2 Personenbezogene Rückmeldungen (anonymisiert)

7.2.1 Personen mit langer Anwesenheit und hohen WIB-Werten

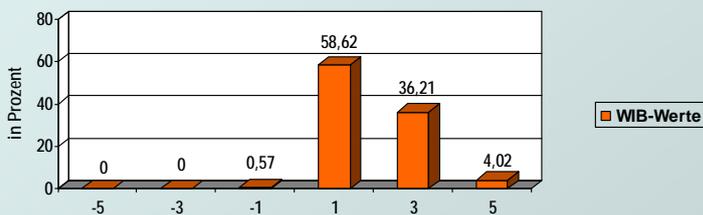


Beispiel: Bewohnerin mit hohem WIB-Wert

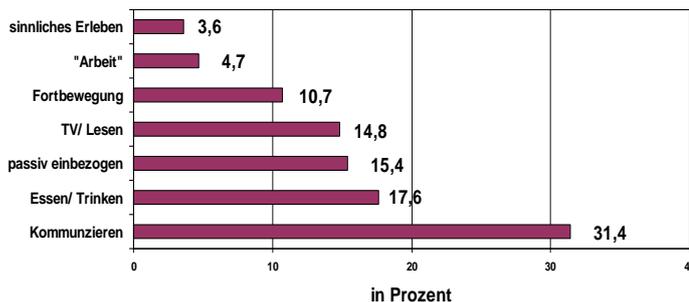
Wohnung E- Person 1:

DCM über 14,1
Stunden Anwesenheit
im öffentlichen Raum;
WIB-Quotient: 1,88

WIB-Profil Person 1



Aktivitäten Person 1



PD (N=3):
infantilisieren,
Wirklichkeit nicht
anerkennen,
ignorieren,
sehr wenige positive
Aufwerter (N=10)

→ Fazit:
Kein Distress, (fast)
kein Unwohlsein, viel
Kommunikation, nur
wenige Aktivitäten

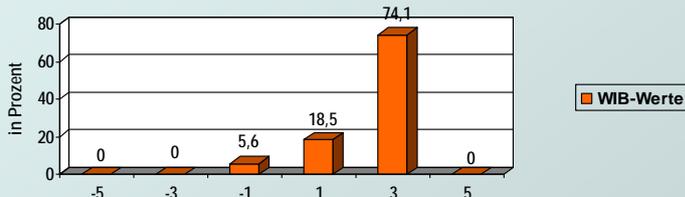
7.2.2 Personen mit kurzer Anwesenheit und hohen WIB-Werten

Beispiel: Bewohner mit hohem WIB-Wert

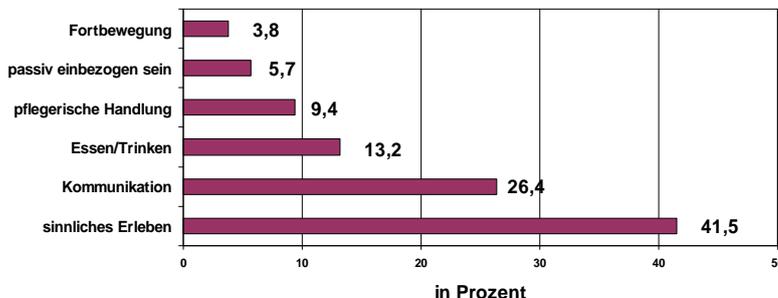
Wohnung C- Person 11:

DCM über 4,4 Stunden
Anwesenheit im
öffentlichen Raum
WIB-Quotient: 2,65

WIB-Profil Person 11



Aktivitäten Person 11



Keine PDs
Wenige positive
Aufwerter (N=14)

→ Fazit:
Nur selten
anwesend, kein
Distress, hohes
Wohlbefinden,
keine Aktivitäten

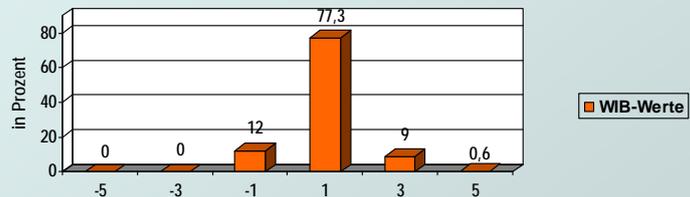
7.2.3 Personen mit langer Anwesenheit und niedrigen WIB-Werten

Beispiel: Bewohner mit niedrigerem WIB-Wert

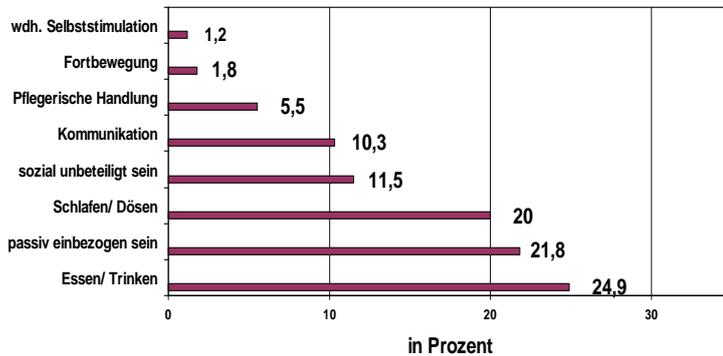
Wohnung B/ Person 4:

DCM über 13,8
Stunden Anwesenheit
im öffentlichen Raum
WIB-Quotient: 0,58

WIB-Profil Person 4



Aktivitäten Person 4



PD: als Objekt
behandeln;
wenige positive
Aufwerter (N=10)

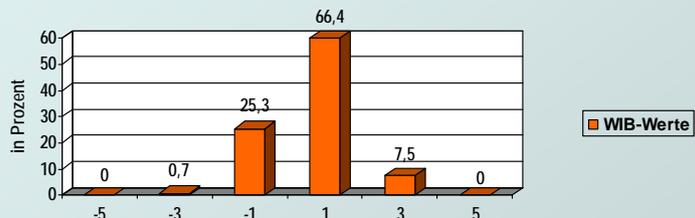
→ Fazit:
Kein Distress, aber
Unwohlsein,
Wohlbefinden,
keine Aktivitäten

Beispiel: Bewohner mit niedrigerem WIB-Wert

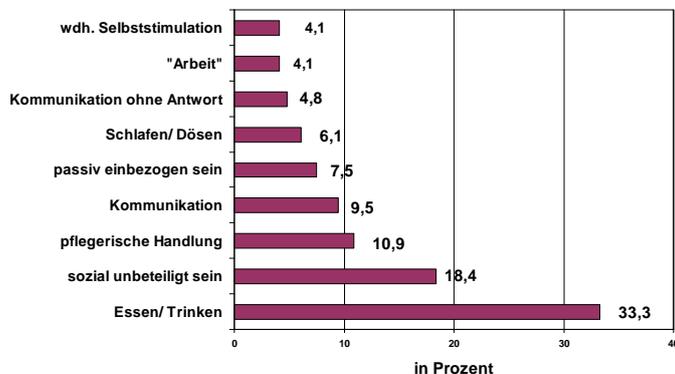
Wohnung G - Person 10:

DCM über 12,3 Stunden
Anwesenheit im
öffentlichen Raum;
WIB-Quotient: 0,62

WIB-Profil Person 10



Aktivitäten Person 10



Einige PD: Ignorieren/
zum Objekt erklären,
Vorenthalten,
Überholen
einige Aufwerter
(N=27)

→ Fazit:
einiges Unwohlsein,
fast ausschließlich Typ2-
Verhalten inklusive
„Ausklinken“, außer Essen
keine Aktivitäten, nur
wenig Kommunikation

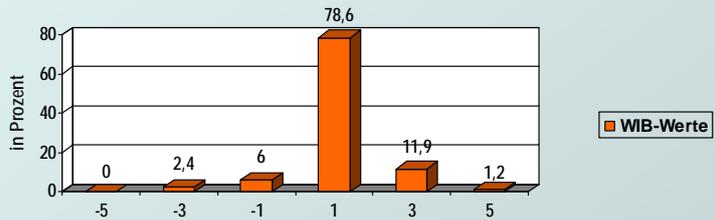
Beispiel: Bewohnerin mit niederm WIB-Wert

Wohnung D - Person 1:

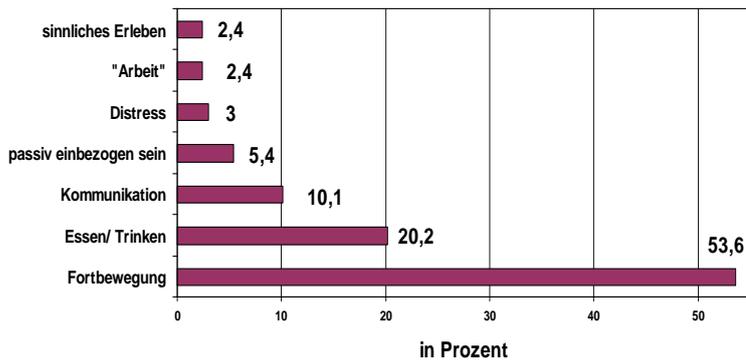
DCM über 14,0 Stunden
Anwesenheit im
öffentlichen Raum

WIB-Quotient: 1.14

WIB-Profil Person 1



Aktivitäten Person 1



einige positive
Aufwerter (N=24)

→ Fazit:
Distress,
Unwohlsein und
Wohlbefinden,
Fortbewegung im
Mittelpunkt, außer
Essen/ Trinken und
Kommunikation (fast)
keine Aktivitäten

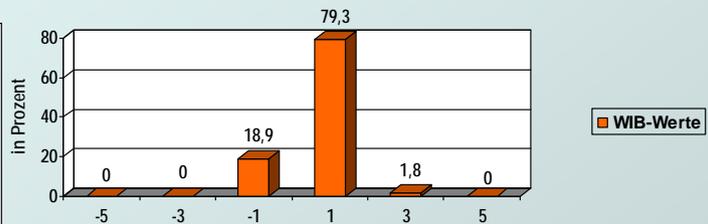
Beispiel: Bewohnerin mit niederm WIB-Wert

Wohnung F - Person 6:

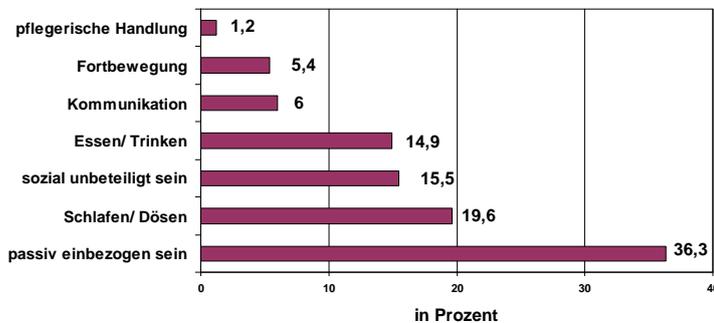
DCM über 14,0 Stunden
Anwesenheit im
öffentlichen Raum

WIB-Quotient: 0,69

WIB-Profil Person 6



Aktivitäten Person 6



PD: Ignorieren
sehr wenige positive
Aufwerter (N=8)

→ Fazit:
Unwohlsein und
Wohlbefinden,
eher Beobachterin,
aber auch Schlafen
und „ausklinken“,
wenig Essen und
Trinken (=2h), fast
keine Unterhaltung,
keine Aktivitäten

7.2.4 Personen mit kurzer Anwesenheit und niedrigen WIB-Werten

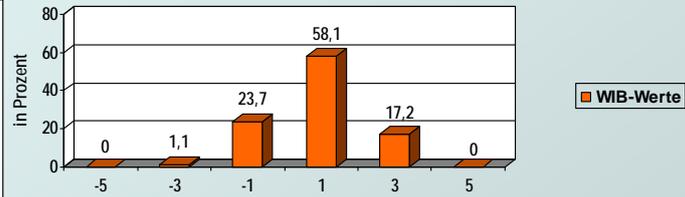
Beispiel: Bewohnerin mit niedrigerem WIB-Wert

WIB-Profil Person 4

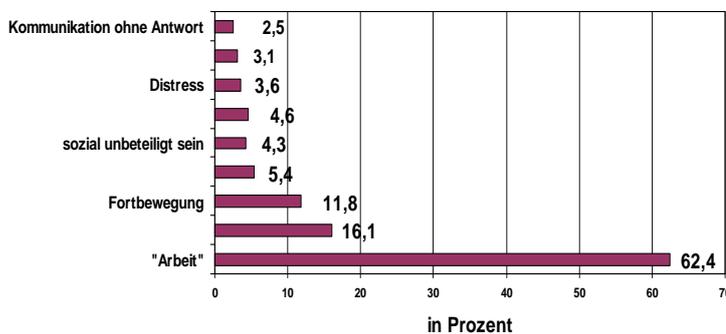
Wohnung G- Person 4:

DCM über 7,8 Stunden
Anwesenheit im
öffentlichen Raum

WIB-Quotient: 0,83



Aktivitäten Person 4



Keine PD, keine
positiven Aufwerter
(N=1)

→ Fazit:
kein Distress, aber
Unwohlsein, fast nur
„Arbeit“ im
öffentlichen Raum

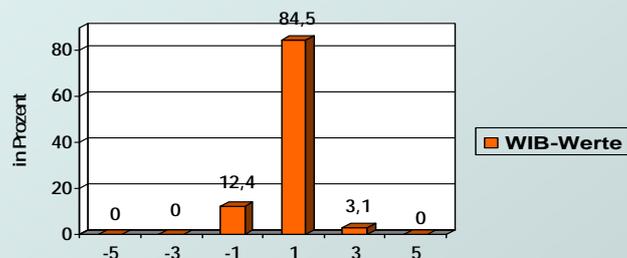
Beispiel: Bewohnerin mit niedrigerem WIB-Wert

WIB-Profil Person 3

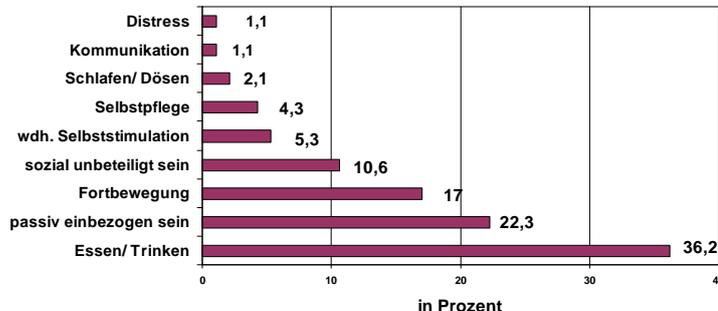
Wohnung F - Person 3:

DCM über 7,8 Stunden
Anwesenheit im
öffentlichen Raum

WIB-Quotient: 0,81



Aktivitäten Person 3



PD: Ignorieren
sehr wenige positive
Aufwerter (N=3)

→ Fazit:
keine Aktivität außer
Essen und Trinken,
viele Typ2-
Verhaltensweisen,
keine Kommunikation

8 Anhang A2: Verzeichnis der Abkürzungen

8.1 Das Dementia-Care Mapping (DCM): Die Kodes der Verhaltenskategorien

<u>Kode</u>	<u>Stichwort</u>	<u>Allgemeine Beschreibung der Kategorie</u>
A	Articulation	Mit anderen interagieren – verbal oder non-verbal (ohne offensichtliche andere Aktivität)
B	Borderline	Sozial miteinbezogen sein, aber auf passive Weise
C	Cool / Kalt	Sozial nicht miteinbezogen sein, in sich gekehrt
D	Distress	Stress ohne Begleitung
E	Expression/Selbsta Ausdruck	Mit einer kreativen Tätigkeit beschäftigt sein
F	Food/Essen	Essen und Trinken
G	Games/Spiele	An einem Spiel teilnehmen
H	Handicraft/Werken	An einer handwerklichen Tätigkeit teilnehmen
I	Intellectual	Aktivität, die sich auf intellektuelle Fähigkeiten konzentriert
J	Joints/Gelenk	An einer sportlichen oder gymnastischen Übung teilnehmen
K	Kum & Go/Kommen & Gehen	Unabhängiges Gehen, Stehen und Fortbewegen
L	Labour/Arbeit	Arbeit oder Pseudo-Arbeit
M	Media/Medien	Sich mit Medien beschäftigen
N	Nod, Land of/Schläfchen	Schlafen oder Dösen
O	Own Care/Selbstpflege	Sich unabhängig selber pflegen

P	Physical Care/Körperpflege	Praktische, physische oder personale Pflege erfahren
R	Religion	An einer religiösen Aktivität teilnehmen
S	Sex	Tätigkeit mit explizit sexuellen Selbstausdruck
T	Timalation/Basale Stimulation	Beschäftigung mit sinnlicher Wahrnehmung
U	Unresponded to/ohne Antwort	Kommunizieren ohne Antwort
W	Withstanding/Aushalten	Repetitive Selbststimulation
X	X-cretion/Ausscheidung	
Y	Yourself/Halluzination	Mit sich selber oder einer imaginierten Person sprechen
Z	Zero Option/Nulloption	Verhalten, das in keine der Kategorien passt

8.2 Weitere Abkürzungen

M	Mittelwert (<i>arithmetisches Mittel</i>)
N	Anzahl der erhobenen Personen/Einrichtungen (Abk. von engl. number)
n.s.	nicht <i>signifikant</i> ($p \geq 0.05$ bzw. 5%)
SD	<i>Standardabweichung</i> (Abk. von engl. standard deviation)
p	Maß für die Irrtumswahrscheinlichkeit
T2	zweiter Erhebungszeitpunkt
T3	dritter Erhebungszeitpunkt

9 Anhang A3: Glossar der statistischen und wissenschaftlichen Fachbegriffe

ANCOVA (Analysis of Covariance = Kovarianzanalyse): → statistische Prüfverfahren

ANOVA (Analysis of Variance = Varianzanalyse): → statistische Prüfverfahren

Arithmetisches Mittel (M): Das arithmetische Mittel ist gleichzusetzen mit dem alltags-sprachlichen Begriff „Durchschnitt“ oder „Mittelwert“. Es wird üblicherweise mit dem Buchstaben M abgekürzt.

Assessment: Als Assessment (engl. Feststellung, Einschätzung) bezeichnet man im wissenschaftlichen Kontext ein Erhebungsverfahren oder Erhebungsinstrument zur Gewinnung von Daten bzw. auch den Erhebungsvorgang selbst.

Chi-Quadrat (X^2)-Test: → statistische Prüfverfahren

Längsschnitt, Längsschnittuntersuchung: Bei einer Längsschnittuntersuchung werden eine oder mehrere Stichproben (Personengruppen) zu verschiedenen Zeitpunkten erhoben, um Entwicklungen eines oder mehrerer Merkmale über die Zeit zu untersuchen. Der Vorteil gegenüber einer reinen → Querschnittsuntersuchung besteht darin, dass auch über ursächliche Zusammenhänge Aussagen gemacht werden können.

Mittelwert (M): → siehe arithmetisches Mittel

p: p ist ein Maß für die Irrtumswahrscheinlichkeit und gibt an, mit welcher Wahrscheinlichkeit man sich irren würde, wenn man eine zu überprüfende Hypothese (z.B. zwei Personengruppen unterscheiden sich bezüglich ihres Alters voneinander) aufgrund der erhobenen Daten für richtig hält. Man wird einer Hypothese umso mehr trauen, je kleiner die ermittelte Irrtumswahrscheinlichkeit ist (siehe → Signifikanz).

Querschnitt, Querschnittsuntersuchung: Bei einer Querschnittsuntersuchung werden zu einem Zeitpunkt Stichproben (Personengruppen) aus z.B. verschiedenen Generationen (d.h. Personen mit unterschiedlichem Alter) oder – wie in dieser Untersuchung - Demenzkranke in verschiedenen Versorgungsformen erhoben, um Unterschiede zwischen den Gruppen auf das Merkmal „Alter“ bzw. „Versorgungsform“ zurückführen zu können. Hierbei sind jedoch keine Aussagen über ursächliche Zusammenhänge möglich.

Reliabilität: Reliabilität ist die Bezeichnung für die Zuverlässigkeit eines Meßverfahrens, eines Tests oder eines Fragebogens. Ein Verfahren gilt als reliabel, wenn es zu unterschiedlichen Messzeitpunkten (Retest-Reliabilität) und/oder in unterschiedlichen Settings und/oder bei unterschiedlichen Anwendern (Interrater-Reliabilität) die (annähernd) gleichen Ergebnisse produziert.

Score: Summenwert einer Skala oder eines Tests

Signifikanz, signifikant: Statistische Analysen beschäftigen sich im Wesentlichen mit der Messung von Unterschieden (z.B. zwischen zwei Personengruppen hinsichtlich eines Merkmals oder zwischen zwei Zeitpunkten bei einer Personengruppe hinsichtlich der Veränderung eines Merkmals über die Zeit). Um herauszufinden, ob einmal gefundene Unterschiede „echt“ oder „zufällig“ sind, wird ein → statistisches Prüfverfahren (Signifikanztest) durchgeführt. Liegt die ermittelte Irrtumswahrscheinlichkeit (siehe → p) für die Unterschiedshypothese unter dem zuvor festgelegten Signifikanzniveau α (= „kritische“ Irrtumswahrscheinlichkeit; üblicherweise 5% ($p=0.05$) oder 1% ($p=0.01$)), dann gilt die Hypothese als bestätigt und man spricht von einem signifikanten Unterschied. Das bedeutet, dass das Ergebnis (zumindest in der vorliegenden Untersuchung im Rahmen der vorgefundenen Bedingungen) nicht mit dem Zufall erklärt werden kann.

Standardabweichung (SD): Die Standardabweichung (Abk. von engl. standard deviation = SD), auch Streuung genannt, ist die mittlere Abweichung der Werte einer Gruppe (Stichprobe) in einem Merkmal von seinem → arithmetischen Mittel. Die Standardabweichung ermöglicht eine Einschätzung der Verteilung eines Merkmals. Bei einer Normalverteilung ist die Standardabweichung so definiert, dass sich 68% aller Fälle im Bereich +/- einer SD befinden, und dass sich 95% aller Fälle im Bereich von +/- 2 SD befinden. Je höher also die SD, desto heterogener (uneinheitlicher) ist die Stichprobe bezüglich des betreffenden Merkmals.

Statistische Prüfverfahren: Statistische Prüfverfahren oder Tests dienen dazu, herauszufinden, ob Unterschiede zwischen Gruppen und/oder Zeitpunkten → signifikant sind oder nicht. Je nach Art der zu untersuchenden Merkmale werden verschiedene statistische Prüfverfahren eingesetzt. Kontinuierliche Merkmale (z.B. Alter, Größe, Summenwerte einer Skala) werden mit dem *t-Test* (zwei Gruppen) oder der *Varianzanalyse* (drei oder mehr Gruppen), kategoriale (gestufte) Merkmale (z.B. Geschlecht, Familienstand) mit dem *Chi-Quadrat- (X^2) -Test* überprüft. Soll der Einfluss eines Merkmals (z.B. Versorgungsform), bereinigt um den Einfluss anderer Merkmale (z.B. Geschlecht, Alter), überprüft werden, wird die *multiple logistische Regression* (für kategoriale Merkmale) oder die *Kovarianzanalyse* (für kontinuierliche Merkmale) eingesetzt.

t-Test: → statistisches Prüfverfahren

Validität: Die Validität bezeichnet die Gültigkeit eines Messverfahrens, eines Tests oder eines Fragebogens. Ein Verfahren gilt als valide, wenn es misst, was es zu messen vorgibt. Geprüft wird die Validität z.B. an einem Außenkriterium (kriterienbezogene Validität).