



**PHILOSOPHISCH-THEOLOGISCHE HOCHSCHULE VALLENDAR**  
Kirchlich und staatlich anerkannte Wissenschaftliche Hochschule in freier Trägerschaft

**Pflegeoasen:  
(K)Ein Lebensraum für Menschen  
im Alter mit schwerer Demenz !?  
POLA-SD**

**Abschlussstagung zur Evaluation  
der Pflegeoase in Idar-Oberstein**

**Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Rheinland e.V.  
Vallendar, am 17. März 2011**

**Prof. Dr. Hermann Brandenburg & Renate Adam-Paffrath MScN  
Pflegerwissenschaftliche Fakultät  
Lehrstuhl für Gerontologische Pflege**

# PHILOSOPHISCH-THEOLOGISCHE HOCHSCHULE VALLENDAR

Staatlich und kirchlich anerkannte Wissenschaftliche Hochschule

## **Pflegewissenschaftliche Fakultät**

Lehrstuhl für Gerontologische Pflege

[www.pthv.de](http://www.pthv.de)





# Gliederung

- **Hintergründe / Einordnung der Diskussion**
- **Methoden und Befunde**
- **Empfehlungen**

**I.**  
**Hintergründe /**  
**Einordnung der Diskussion**



# Heime zwischen Potenzialen und Kritik

- Einerseits: Heime als Chance für ein gutes Leben
- Andererseits: Heime in der „Gratifikationskrise“ (Schaeffer/Wingenfeld 2004):
  - bescheidene Entlohnung
  - geringe gesellschaftliche Wertschätzung und
  - Skandalberichterstattung über die Heime



# Zunahme von Menschen mit Demenz in Heimen

- Studie von Weyerer et al. (2006):  
Prävalenz demenzieller Erkrankungen in 13  
Mannheimer Alten-und Pflegeheimen:
  - 1995/96: 55%
  - 1997: 60%
  - 2003: 65%



# Suche nach der „richtigen“ Versorgungsform

- Etwa 400.000 von einer Million Menschen mit Demenz werden in Heimen versorgt
- Integrativ (über die Hälfte) / Segregativ
- *Ein* Entscheidungskriterium ist die Anzahl und der Schweregrad der Demenzerkrankungen (Stiefkind: Diagnostik)

# Pro und Kontra Segregation

Pro	Kontra
Adäquate Stimuli der Umwelt (demenzgerechte Milieus)	Stigmatisierung „Demenzabteilung“
Hohe Akzeptanz (Motivation) beim Personal und den Angehörigen	Unklare Ein- und Ausschlusskriterien (eher Verhalten, weniger Diagnose)
Rückgang von Agitation	Belastung beim Personal
Reduzierung freiheitsentziehender Maßnahmen	Unzureichende Vorbereitung (Training); in den USA nur bei einem Drittel der Mitarbeiter
Reduktion von Psychopharmaka	Verbindung mit ökonomischen Interessen (Wettbewerb/ Marketing)
Gewichtszunahme	„Lösung“ von grundlegenden Mängeln durch neues Versorgungssetting





# Erstes Zwischenfazit

Es gibt wenig Zweifel, dass die Zufriedenheit mit „end of life care“ in Special Care Units (SCUs) höher ist (Engel et al. 2006) und die Belastungen der Familienangehörigen geringer sind (Tornatore et al. 2002). Bettgitter kommen weniger zum Einsatz (Gruneir et al. 2008).



# Erstes Zwischenfazit

Aber:

- offen bleibt nach wie vor die Frage nach den positiven Effekten für die Betroffenen
- der Stand der Forschung erlaubt keine definitive Antwort, denn die methodischen Zugänge zur Erforschung der Lebensqualität von Menschen mit schwerer Demenz sind begrenzt
- die Frage der Unterschiede und Alleinstellungsmerkmalen von SCUs und traditioneller Versorgung ist ungeklärt



# Pflegeoasen als *eine* Form segregativer Versorgung

- Bei aller Unterschiedlichkeit können Gemeinsamkeiten genannt werden:
  - Es geht um Formen des gemeinschaftlichen Wohnens
  - Mehrbettzimmer (Mehrpersonenraum) von 3-7 Personen
  - Es geht um Menschen mit schwerer Demenz
  - Hochgradige Beeinträchtigung der Alltagskompetenz
  - Person-Umwelt-Passung: Farbe, Licht, Gerüche, Architektur
  - Ziel: Lebensqualität bei Bewohnern



# Wer forscht?

Expertengruppe „Pflegeoasen“\*

Institution	Personen
Demenzsupport Stuttgart	Rutenkröger, Kuhn
Institut f. sozialpolitische Studien (ISGOS)	Dettbarn-Reggentin, Reggentin
Arbeitsschwerpunkt Gerontologie und Pflege an der EH Freiburg	Klie, Schumacher
Institut f. Gerontologie an der Uni HD	Becker
Lehrstuhl f. Gerontologische Pflege an der PTHV	Brandenburg, Paffrath
Katholische Fachhochschule Mainz	Stemmer
Fachhochschule Esslingen	Riedel
Fachhochschule Osnabrück	Hotze, Böggemann
Universität Witten	Rüsing, Ruppert

Gegründet am 09.12.2009 an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar



# Was wird untersucht?

- Merkmale der Lebensqualität bei Bewohnern (Gesundheit, Ernährung, Wohlbefinden)
- Aspekte der Be- und Entlastung der MitarbeiterInnen
- Einschätzung von Angehörigen, Leitungen, etc.
- Wohnräumliche Bedingungen / Umwelt

## **II. Methoden und Befunde**



## Zentrale Forschungsfragen für unsere Untersuchung

1. Hat die Versorgung von Menschen mit schwerer Demenz in einer Pflegeoase in einer Pflegeoase einen Einfluss auf deren Lebensqualität?
2. Wie wird die Versorgung von Menschen mit schwerer Demenz in einer Pflegeoase von Mitarbeitern und Angehörige wahrgenommen und eingeschätzt?
3. Wie gestaltet sich das Belastungserleben der Mitarbeiter in beiden Einrichtungen?



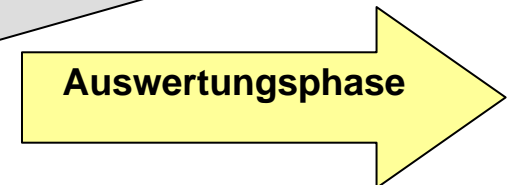
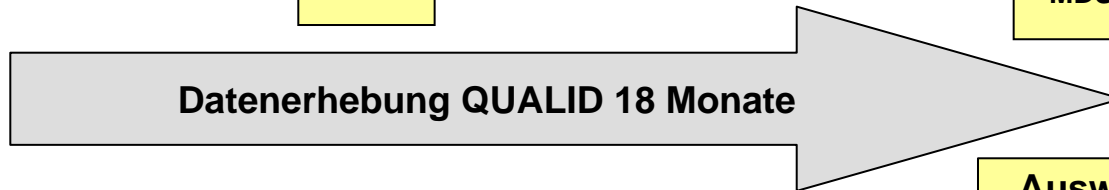
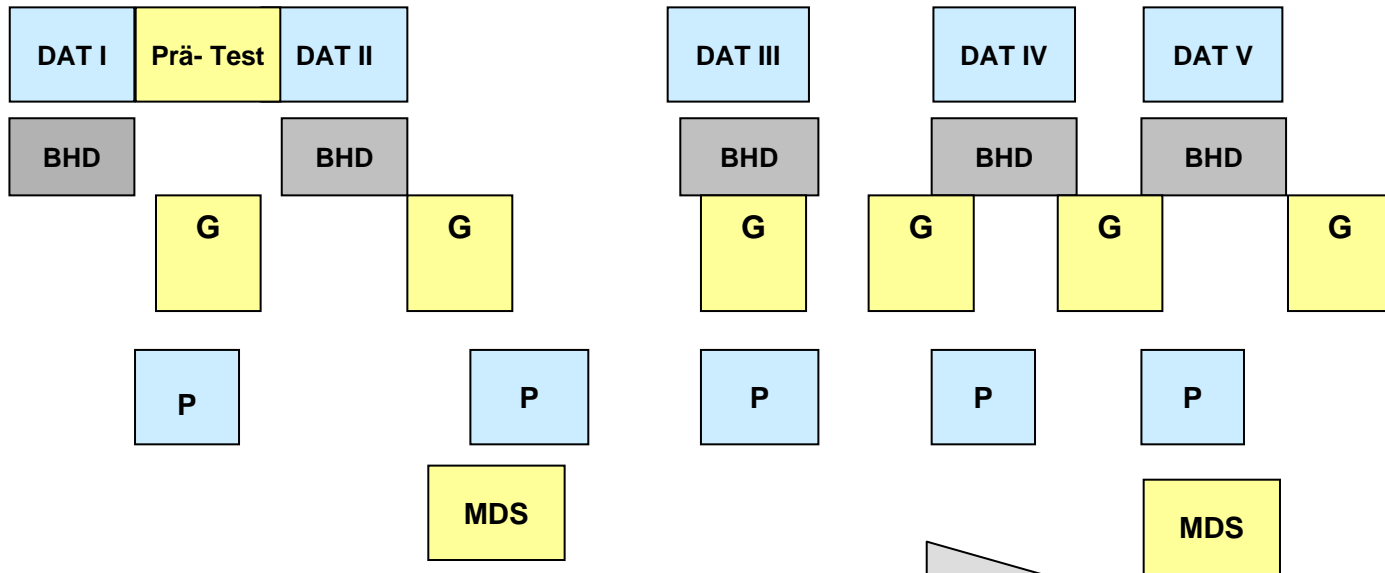
# Inhalt und Rahmenbedingungen

- Studienzeitraum: März 2009 bis März 2011
- Finanzierung durch den Bezirksverband Rheinland der AWO und das Ministerium v. Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen (RLP) und
- Programmgruppe (Idar-Oberstein)  
Vergleichsgruppe (Höhr-Grenzhausen)





# Ablauf der Studie



## Legende:

- DAT I-V = Datenerhebung I-V
- Prä- Test = Testphase des QUALID Instrumentes für die Mitarbeiter
- BHD = Belastungsscreening bei Humandienstleistungen
- G = Gruppenvalidation
- P = Prozessevaluation
- MDS = Einsatz Minimum Data Set



# Eingesetzte Methoden

Methode	Stand
Einsatz des QUALID Instrumentes von Weiner et al. (2000) in beiden Einrichtungen.	1 x monatliche Erhebung durch die Mitarbeiter in beiden Einrichtungen über 24 Stunden (Früh- Spät- Nachtschicht) Laufzeit: 18 Monate
BHD = Belastungsscreening bei Humandienstleistungen Reinhold/ Hacker (1999)	Bogen wird jeweils zu den fünf Datenerhebungen anonym von den Mitarbeitern ausgefüllt.
Einsatz des MDS aus dem RAI 2.0 Interviews der Mitarbeiter und Aktenanalysen (Pflegedokumentation)	Integration des MDS in die Fallbesprechungen / Bestandteil der Prozessevaluation Zweimalige Erfassung der MDS Daten bei den Bewohnern
Leitfadenorientierte Gruppendiskussionen mit qualitativer Auswertung (Grounded Theory Methode, GTM)	Zu je fünf Datenerhebungen werden mit den Mitarbeitern und den Angehörigen Gruppendiskussionen durchgeführt. Auswertungen erfolgen zunächst durch offene Codierung und sind noch nicht ganz abgeschlossen. Auswertungsmaterial wird durch Fremdgruppen validiert.

# Stichprobe

Idar-Oberstein: Pflegeoase	Höhr-Grenzhausen (Gesamteinrichtung)
n = 15 Frauen (8 verstorben)	N = 7 (6 w, 1 m) (3 verstorben)
67-95, Ø 82,7	81-100, Ø 88,71
14 verwitwet, 1 verheiratet	4 verwitwet, 1 verh., 1 gesch., 1 led.
Pflegestufe: 3 (15)	Pflegestufe: 2 (5), 3 (2)
10 x fachärztliche Demenzdiagnose, zusätzlich: MS, Arthrosen, Parkinson etc.	4 x fach- bzw. hausärztliche Demenzdiagnose, zusätzlich: Diabetes Mellitus, Z. n. Fraktur etc.
Sprachvermögen stark eingeschränkt, bettlägerig bzw. vollständig immobil, völlige Abhängigkeit bei den ADL, harn- und stuhlinkontinent	Sprachvermögen stark eingeschränkt, z.T. bettlägerig und immobil, hochgradige Abhängigkeit bei den ADL, vokale und motorische Unruhe bei einer Person



# Quantitative Befunde

## QUALID (Weiner 2000)

(Quality of Life Scale for Severe Dementia)

11 Items über psychosoziales Wohlbefinden

### Beispiele:

Lächelt

Erscheint traurig

Weint

Ist gereizt

Hat Freude berührt zu werden

Hat Freude beim Essen

Erscheint emotional gelassen

## BHD (Hacker & Reinhold 1999)

Beanspruchsscreening bei Humandienstleistungen

38 Items über arbeitsbezogene Gefühle und Eindrücke

### Beispiele:

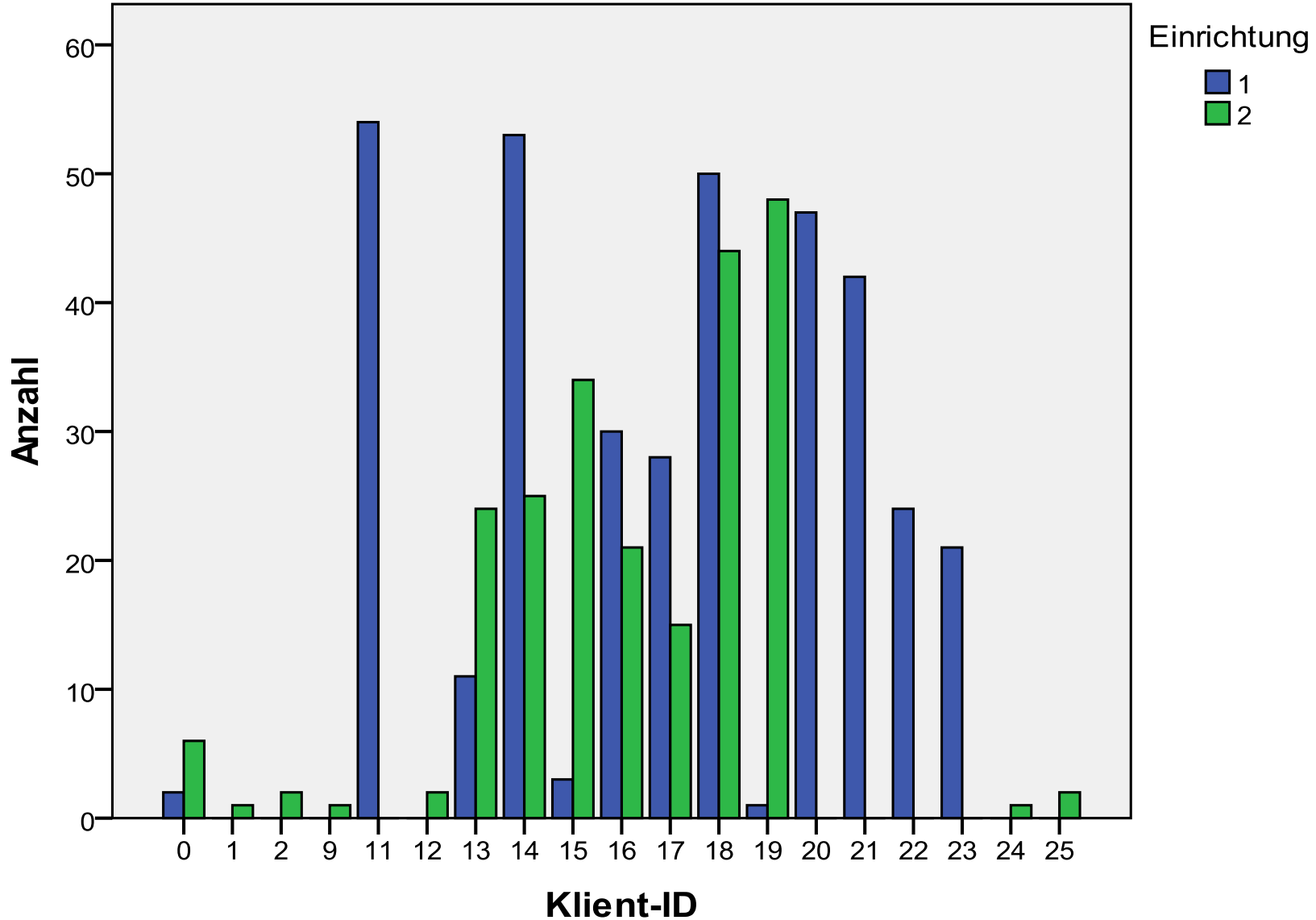
Emotionale Erschöpfung: Ich habe oft den Eindruck, nicht alles schaffen zu können

Intrinsische Motivation: Ich kann mich in meiner Arbeit voll einbringen

Erlebte Unzufriedenheit bei der Arbeit: Meine Arbeit frustriert mich

# Anzahl der Beobachtungen pro Klient ID über fünf Erhebungsphasen geordnet nach Einrichtung

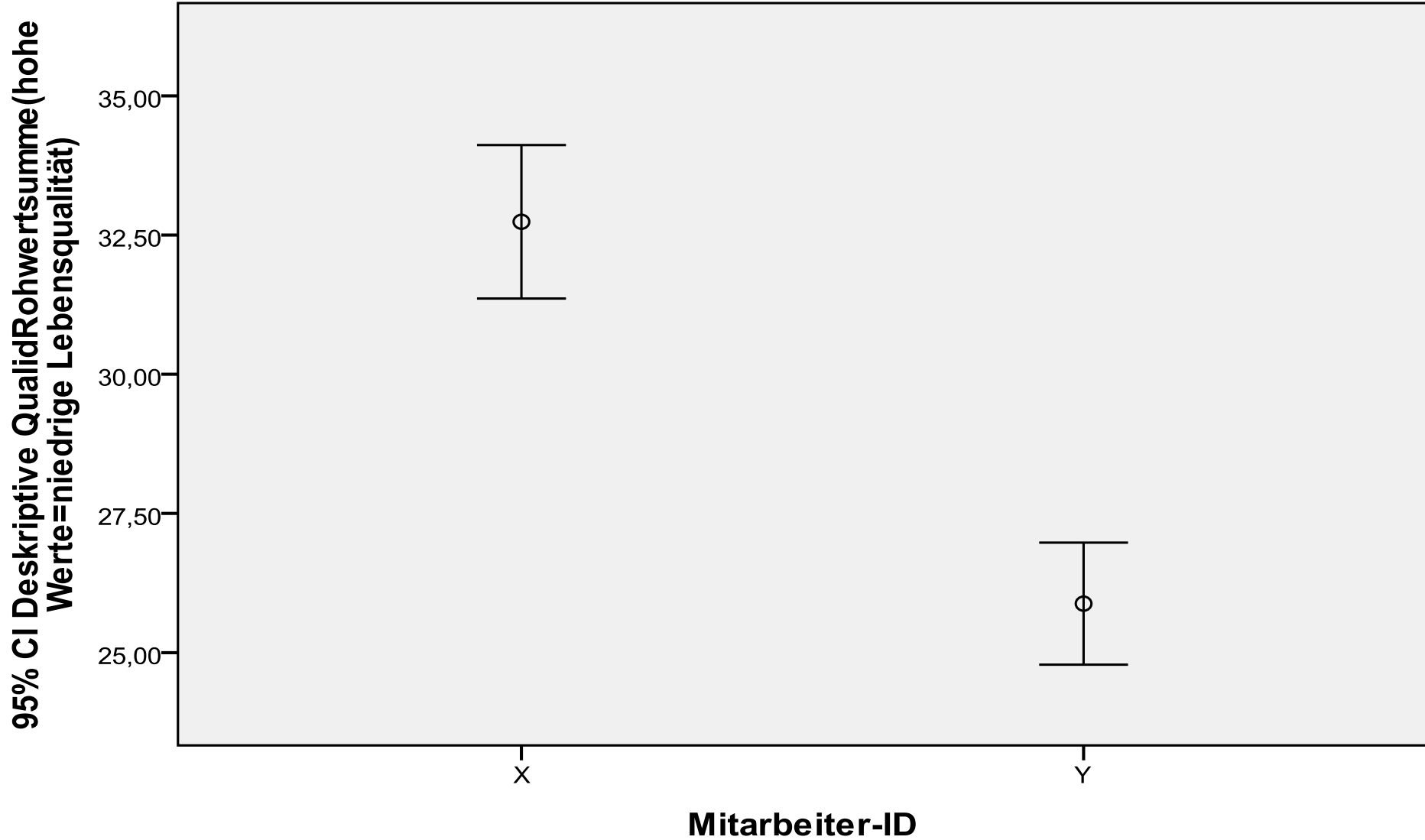
Gesamt N = 593



# Unterschiede in Qualidrohsummenwerten beim gleichen Klient

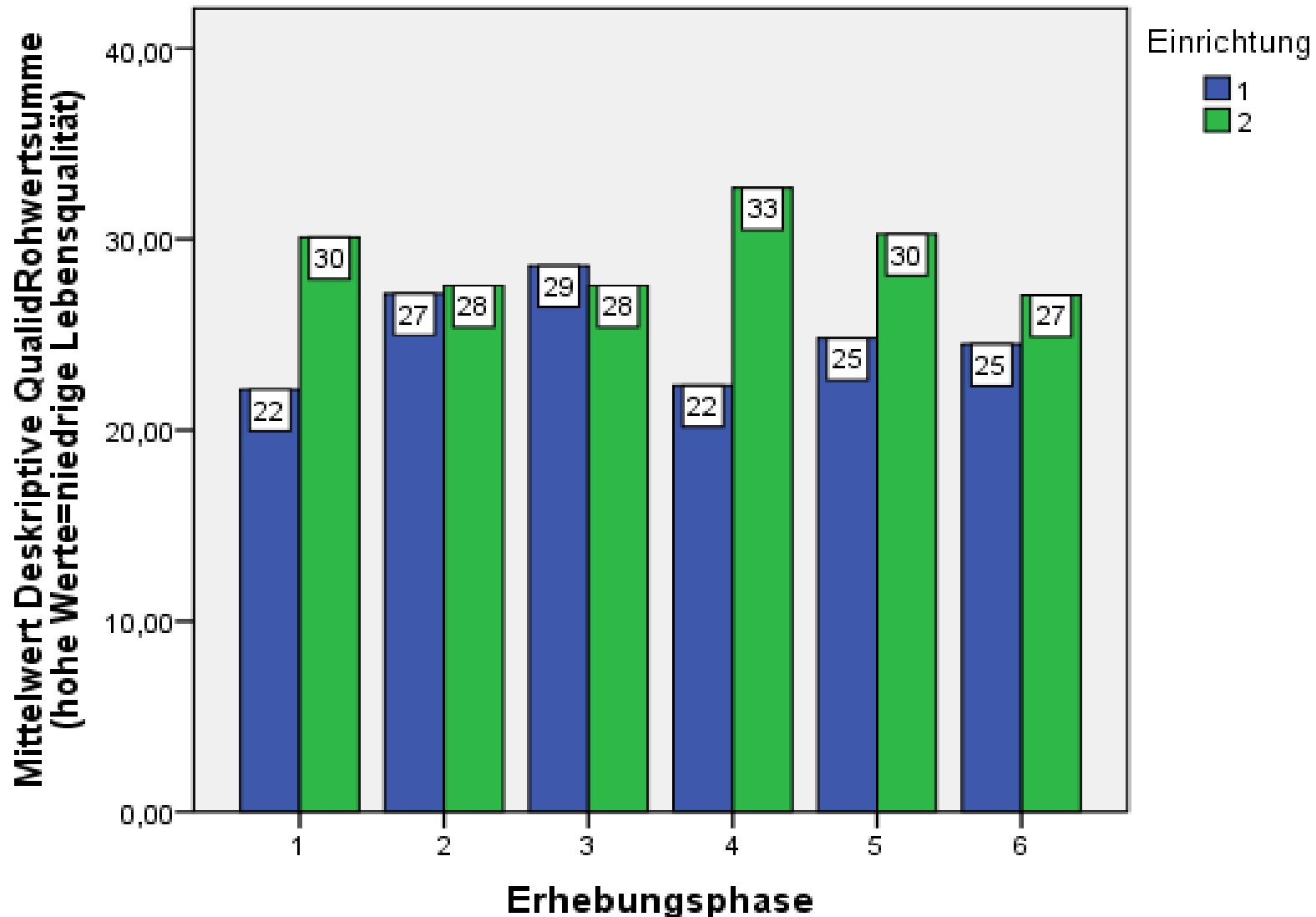
Einrichtung 2; Mitarbeiter ID "X" und "Y" bei Klient "15"; N=28

11 Punkte bedeuten maximale Lebensqualität und 55 Punkte minimale Lebensqualität



# Vergleich der deskriptive Qualidsammenwerte nach Erhebungsphasen zwischen den beiden Einrichtungen

N=593; Maximalwert für schlechteste Lebensqualität sind 55 Punkte, die beste Lebensqualität läge bei 11 Punkten





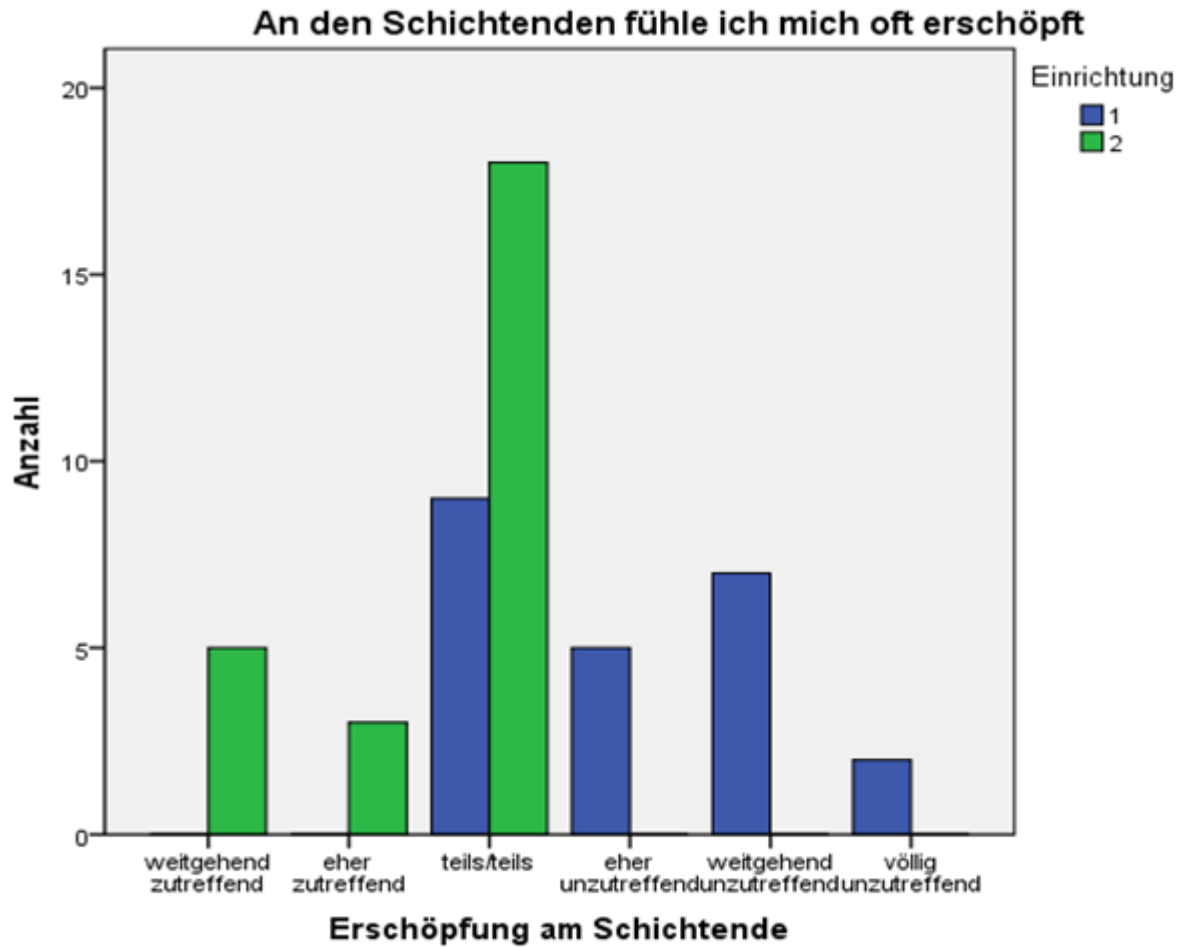
# Erkenntnisse (QUALID)

- Die Lebensqualität liegt in der Pflegeoase geringfügig höher als in der Vergleichsgruppe
- Die Unterschiede sollten nicht überschätzt werden
  - Mitarbeitervarianz, Interpretationsitems
  - Soziale Erwünschtheit



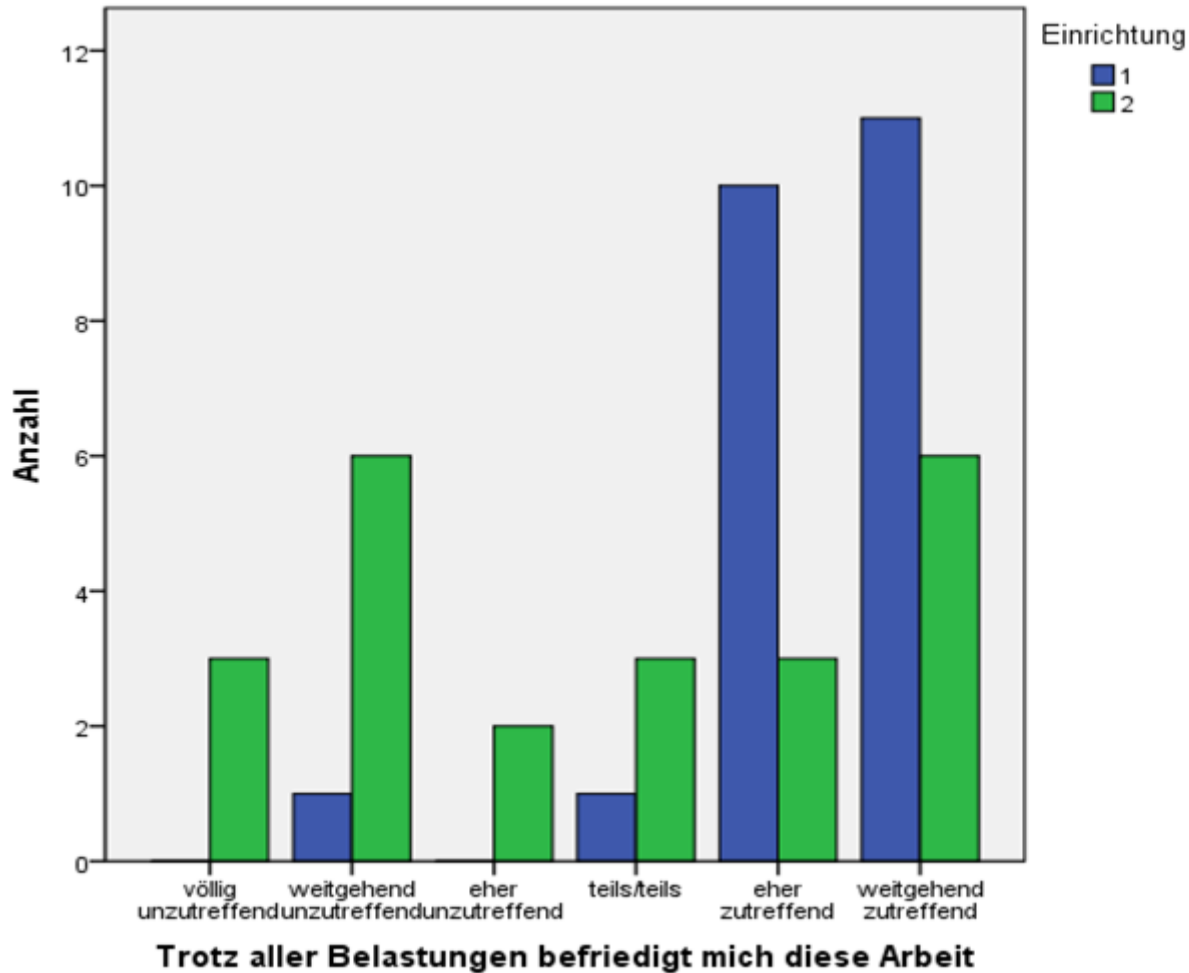


# Emotionale Erschöpfung



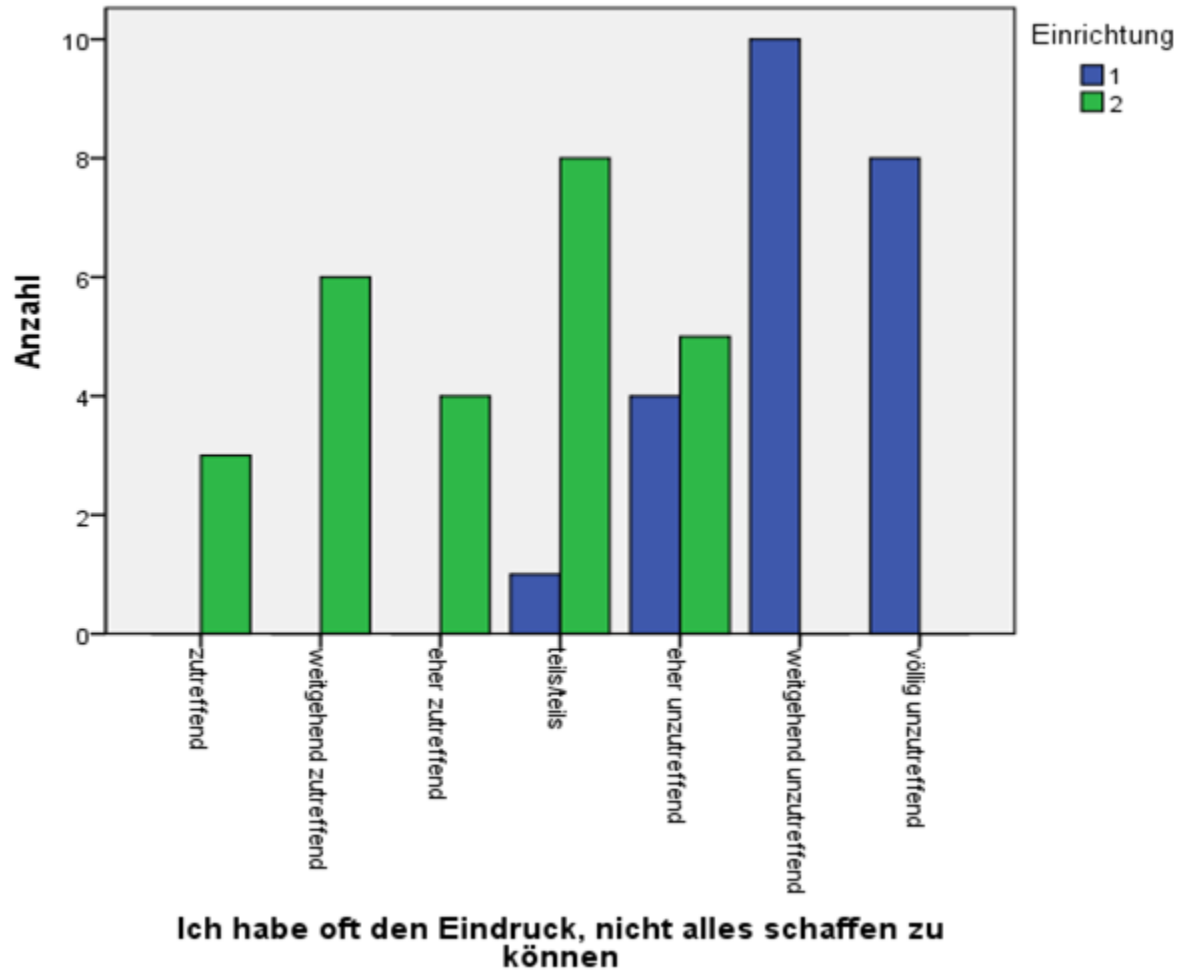


# Intrinsische Motivation





# Erlebte Unzufriedenheit





## Erkenntnisse (BHD)

- Die Belastung wird in Idar-Oberstein insgesamt geringer angegeben und bleibt über die Messungen hinweg stabil
- Methodische Fragen („künstliche Varianz“)



## Und ...

- Insgesamt: Wie haben es in I.O. mit hoher Motivation und großem Engagement zu tun (Organisationsentwicklung)
- Das bedeutet nicht, dass in H.G. kein engagiertes Team arbeitet, aber der Enthusiasmus und die Begeisterung der Anfangsphase sind dort nicht vorhanden



# Qualitatives Auswertungsverfahren nach der Grounded Theory Methode (GTM)

Fünf Gruppendiskussionen und einmal Einzelinterviews zu verschiedenen Erhebungszeitpunkten

Offenes Codieren

5 Gruppenvalidationen zur Entwicklung von Subkategorien und Kategorien

Darstellung des gesamten Datenmaterials I-V

Axiales Codieren

Darstellung des getrennten Datenmaterials

Idar -Oberstein

Höhr -Grenzhausen

Mitarbeiter

Angehörige

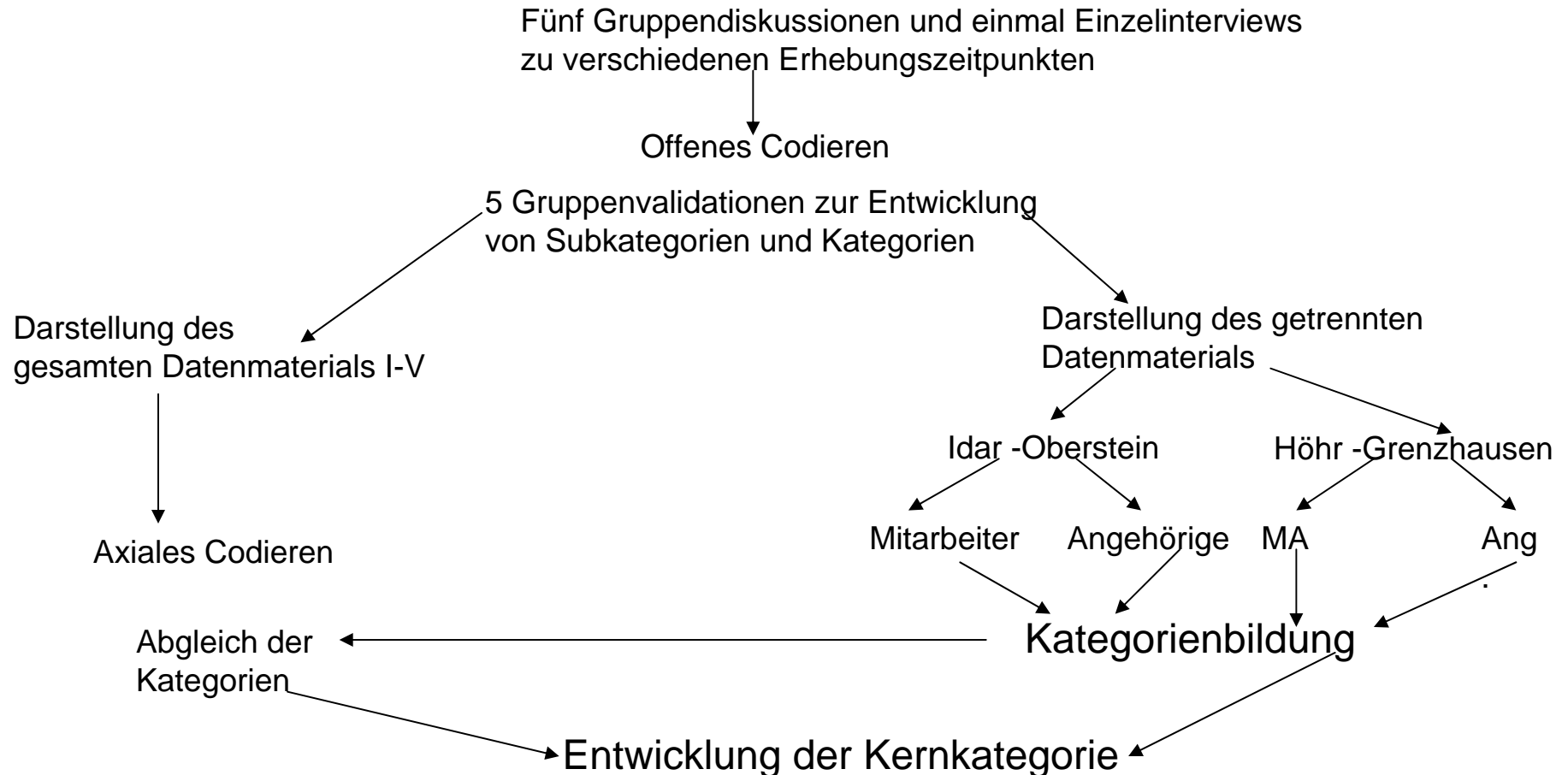
MA

Ang

Kategorienbildung

Abgleich der Kategorien

Entwicklung der Kernkategorie





# Qualitative Befunde

Die zentralen Kategorien, die in den Gruppenvalidationen entwickelt wurden:

- Rahmenbedingungen/ Berufsalltag
- Pflegequalität
- Interaktion zum Bewohner
- Angehörigenperspektive
- Mitarbeiterperspektive
- Belastung



# Qualitative Befunde

1. **Hat die Versorgung von Menschen mit schwerer Demenz in einer Pflegeoase in einer Pflegeoase einen Einfluss auf deren Lebensqualität?**

## **Die Mitarbeiterperspektive:**

- ***kontinuierlicher Blick auf den Zustand des Bewohners***
- ***flexiblere Gestaltung der Arbeitsabläufe nach den Bedürfnissen der Bewohner***
- ***spontane Veränderungen des Bewohners können sofort wahrgenommen werden***
- ***hoher Grad von Entspannung , Nichtvorhandensein von Aggressivität, herausforderndem Verhalten***
- ***Bewohner „erkennen“ das Pflegepersonals***





# Qualitative Befunde

- 1. Hat die Versorgung von Menschen mit schwerer Demenz in einer Pflegeoase einen Einfluss auf deren Lebensqualität?***
- „Und das macht die Kontinuität auch noch ganz wichtig, weil die Bewohner eben anders wahrnehmen, die gehen viel mehr über das Berührt werden. Und vor allem, wenn sie berührt werden. Das ist auch ganz wichtig, dass da nicht jeden Tag jemand anders ist...“  
(DAT II IO MA)***



# Qualitative Befunde

- Die Angehörigenperspektive zur Lebensqualität
  - ***ständiger Ansprechpartner***
  - ***intensivere Kontakte zu den anderen Angehörigen***
  - ***Gefühl der „Rund um Versorgung“***

***„Wenn ich komme, dann habe ich immer einen Ansprechpartner.  
Zuerst mal, wenn ich also reinkomme, ich kann also immer  
fragen, was ist, wie war's, war gestern irgendwas, war heute  
Nacht irgendwas und ich bekomme immer sofort eine Antwort.“  
(DAT I IO Ang.)***



# Qualitative Befunde

- **Forschungsfrage 2: Wie wird die Versorgung von Menschen mit schwerer Demenz in einer Pflegeoase von Mitarbeitern und Angehörigen eingeschätzt?**

## **Die Mitarbeiterperspektive:**

- *froh darüber, sich jetzt besser um die Menschen mit schwerer Demenz kümmern zu können*
- *sehr hohe Erwartungen an sich selbst und an die Kollegen*
- *zunächst ungewohnte Atmosphäre für Bewohner und Mitarbeiter*
- *hohe Motivation der Mitarbeiter in der Pflegeoase zu arbeiten vs. Mitarbeiter, die dort nicht arbeiten konnten*
- *das Team der Pflegeoase musste sich erst entwickeln*



# Qualitative Befunde

- **Angehörigenperspektive zur Forschungsfrage 2:**
  - *anfängliche Skepsis gegenüber der Pflegeoase*
  - *Angst vor einer „Massenpflege“*
  - *entspannte Raumatmosphäre*
  - *ständige Anwesenheit des Pflegepersonals*
  - *It's Pay Back Time- schlechtes Gewissen vs. Erwartungshaltungen der Angehörigen*
  - *Vorstellungen über das Krankheitsbild Demenz*

**„.....im Einzelzimmer und im Zweibettzimmer hatte ich dieses schlechte Gewissen noch. ....Also erst seit sie wirklich in der Pflegeoase ist, geht es mir persönlich viel besser.....“ (DAT I IO Ang)**



## Qualitative Befunde

**Forschungsfrage 3:** Wie gestaltete sich das Belastungserleben der Mitarbeiter in beiden Einrichtungen?





# Qualitative Befunde

- **Die Mitarbeiterperspektive in der Pflegeoase**
  - *die Mitarbeiter der Pflegeoase äußerten ihre Belastungen erst spät – ab der dritten Datenerhebung und in den Einzelinterviews*
  - *Belastung waren gekennzeichnet durch die Übernahme von Verantwortung, der man nicht gewachsen war*
  - *Belastung durch die Erwartungshaltungen der Angehörigen*

**„Wir versorgen nicht nur die Bewohner, wir müssen auch die Ansprüche der Angehörigen mit versorgen.“ (DAT III IO MA)**



## Qualitative Befunde zu Forschungsfrage 3: Belastung der Mitarbeiter

### ***Die Mitarbeiterperspektiven aus der Vergleichseinrichtung***

- *Zeitdruck*
- *Personalmangel*
- *Wunsch nach mehr Bezugspflege von max. 4 Bewohnern*
- *„institutionalisierter“, schematischer Tagesablauf*
- *wenig Entscheidungs- und Gestaltungsspielräume*
- **„....aber man kriegt halt immer mehr Arbeit aufgebrummt. Und das ist halt vor allem schwierig, wenn man zum Beispiel allein Examiniererte in einer Schicht ist....“**

(DAT I HG MA )



## **Schlussfolgerungen aus den qualitativen Befunden**

- **Die Lebensqualität von Menschen mit schwerer Demenz in Pflegeeinrichtungen ist in erster Linie abhängig von:**
  - einem intensiven Beziehungsaufbau und einer kontinuierlichen personengebundenen Beziehungsarbeit
  - sie betrifft nicht nur die Bewohner sondern auch die Angehörigen
  - Die Integration von Angehörigen in die Erlebenswelt der Bewohner ist in beiden Settings unerlässlich.
  - eine gelungene Beziehungsarbeit verlangt nach Qualifikation, Verantwortungsübernahme, Gestaltungs- und Entscheidungsspielräumen





## Schlussfolgerungen aus den qualitativen Befunden

- Die Implementierung einer Pflegeoase endet nicht mit der Umstrukturierung mehrerer Einzelzimmer in einen Mehrpersonenraum. Im Gegenteil: Die Baugenehmigung ist erst der *Beginn* einer längerfristigen Organisationsentwicklung, die alle betroffenen Personen der Pflegeoase über viele Jahre hinweg prozesshaft immer wieder mit dem Leitgedanken von Best Practice konfrontiert.

# III. Empfehlungen



# Praxis

1. Möglichkeiten und Grenzen einer Pflegeoase: Die Pflegeoase muss sich immer wieder an einem guten Konzept messen lassen
2. Ohne ausreichende Personalausstattung kann die Pflegeoase nicht funktionieren
3. Erweiterung der Professionalität und des Qualifizierungsspektrums der Pflegenden - Kompetenz und Intuition nutzen und erweitern



# Praxis

4. Aufrechterhaltung und Förderung der Mobilität – das Paradigma des Liegens durch das Paradigma des Lebens ersetzen
5. Wohnen – my home is my castle
6. Der Einsatz von Musik- und Ergotherapie ist hilfreich und notwendig – nicht nur in der Pflegeoase



# Politik

1. Finanzierung und Ressourcenfrage – Kostenreduktion durch „Gruppenverwahrung“ ist nicht zwingend
2. Die Beteiligung der Medizin einfordern und ermöglichen – ein Qualitätskriterium für gute Langzeitpflege ist Interdisziplinarität auf Augenhöhe
3. Über das Modellprojekt hinaus – zur Kultur und governance sozialer Innovationen

**Zum Abschluss**



# Es kann gelingen

(Wissenschaftliche Expertengruppe  
„Pflegeoasen“)

- Pflegeoasen sollten als Lernort für neue und innovative Ideen für Menschen mit schwerer Demenz angesehen werden
- Pflegeoasen unterstützen ein Arbeitsprofil, wie es für die private Haus- und Familienarbeit typisch ist: vielschichtig, kleinschrittig, personenorientiert
- Pflegeoasen dürfen nicht einem institutionalisierten Ablauf unterworfen sondern müssen sich an den Bedarfen der Bewohner orientieren



# Unsere vorläufige Einschätzung

- Pflegeoasen sind eine Antwort auf die unbewältigte Situation von late stage dementia in Deutschland!
- Pflegeoasen sind eine Chance für mehr Lebensqualität – aber sie sind nicht voraussetzungsfrei!
- Pflegeoasen werfen ethische Fragen auf, die in der Einrichtung besprochen und konsentiert werden müssen!



**Vielen Dank für den Mut, sich einer wissenschaftlichen Evaluation zu stellen!**



**Endbericht der Forschungsgruppe aus Vallendar:  
Ende März 2011  
([www.pthv.de](http://www.pthv.de) und [www.awo-rheinland.de](http://www.awo-rheinland.de))**