

# Universität Kassel

## Macht das „Setting“ den Unterschied?

**Der Beitrag der verschiedenen Formen der stationären  
Altenhilfe zur subjektiven und objektiven  
Lebenszufriedenheit dementiell erkrankter Menschen**

Dissertation zur  
Erlangung des akademischen Grades eines  
Doktors der Philosophie (Dr. phil.)  
im Fachbereich Sozialwesen  
der Universität Kassel  
vorgelegt von: Angela Dühring

Kassel/Witzenhausen im August 2006

## **Erklärung gemäß § 5 Promotionsordnung**

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Dissertation selbständig und ohne unerlaubte Hilfe angefertigt und andere als die in der Dissertation angegebenen Hilfsmittel nicht benutzt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder unveröffentlichten Schriften entnommen sind, habe ich als solche kenntlich gemacht. Kein Teil dieser Arbeit ist in einem anderen Promotions- oder Habilitationsverfahren verwendet worden.

Kassel/Witzenhausen, den

## ***Danksagung***

Für das Gelingen der vorliegenden Arbeit möchte ich einigen Personen meinen besonderen Dank aussprechen.

Ich danke Herrn Prof. Dr. Eckhard Hansen für die Ermunterung, überhaupt mit der Dissertation zu beginnen und trotz aller widriger Umstände „am Ball“ zu bleiben. Dr. Willi Rückert, in seiner Zeit beim Kuratorium Deutsche Altershilfe, hat mich mit Rat und Tat bei der Eingrenzung des Themas und der Auswahl der Methoden unterstützt. Frau Prof. Dr. Gertrud M. Backes danke ich für den aufmunternden Rückhalt bei der Abfassung der vorliegenden Arbeit. Dank auch Frau Dr. Helga Zietzschmann, ohne die die methodischen Hürden nicht genommen worden wären.

Mein Dank gilt auch der Geschäftsleitung der Bremer Heimstiftung, Herrn Alexander Künzel und Herrn André Vater, die mich von der Idee bis zur Realisierung stets begleitet, sowie den Kolleginnen, die mich im Rahmen der Untersuchung tatkräftig entlastet haben. Dies sind die Plaisir© Evaluatorinnen Frau Karla Lißewski und Renate Kessener; die DCM-Mapperinnen Frau Beate Franke und Frau Petra Hülsberger. Herr Rolf Gennrich ermöglichte und überwachte die Plaisir© Datenauswertung.

Weiterhin möchte ich mich für die Offenheit und Bereitschaft, an der Untersuchung mitzuwirken, bei den Leitungen und den Mitarbeitern der beiden untersuchten Einrichtungen, Stiftungsdorf Rablinghausen und Stiftungsdorf Kattenesch, bedanken. Ebenso gilt mein Dank den Bewohnern und ihren Angehörigen beider Einrichtungen, die gerne bereit waren, sich auf die umfangreiche Beobachtungssituation einzulassen. Die persönlichen Gespräche und Eindrücke aus der Vorortuntersuchung waren eine Bereicherung für mich.

Frau Anne Czermack, übernahm bereitwillig die notwendigen Korrekturen und brachte so manchen „Schnitzer“ zum Vorschein. Dank auch an Herrn Uwe Reuter für seine Unterstützung: Er hat die Arbeit in die richtige „Form“ gebracht.

Den letzten redaktionellen Schliff hat Lutz Peter Kaubisch der Arbeit verpasst und dafür manche freie Stunde mit dem Text verbracht. Auch dafür herzlichen Dank.

Diese Danksagung wäre unvollständig, bliebe der Name des Menschen unerwähnt, der mit mir im Laufe der Jahre gemeinsam die Höhen und die Tiefen durchlitten hat. Ohne die beständige Aufmunterungen und gezielten Entlastungen, insbesondere in der letzten Phase durch meinen Lebensgefährten Hans-Albert Eike, wäre die Arbeit mit großer Wahrscheinlichkeit im Schredder und nicht vor dem Promotionsausschuss gelandet.

Bremen, im August 2006

Angela Dühring

**„Gott was ist glücklich: eine Griessuppe, eine Schlafstelle,  
keine körperlichen Schmerzen – das ist schon viel!“**

*Zitat von Theodor Fontane*

(aus Perrig-Chiello, 1997, 54)

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in dieser Studie bei der Beschreibung von Personengruppen die männliche Form verwendet.

## Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung und Aufriss des Themas</b>	<b>6</b>
1.1. Die Ausgangslage	6
1.2. Ziele der Untersuchung	10
<b>2. Institutionelle Versorgung dementiell erkrankter alter Menschen</b>	<b>13</b>
2.1. Einige Aspekte zur Erkrankung Demenz	13
2.2. Demographische Aspekte zur Betreuung dementiell Erkrankter	15
2.3. Theoretische Versorgungs- und Betreuungsmodelle	17
2.3.1. Medizinische/pflegewissenschaftliche Modelle	18
2.3.2. Rehabilitative/therapeutische Modelle	19
2.3.3. Ökologische Modelle	20
2.3.4. Soziotherapeutische Modelle	23
2.3.5. Psychosoziale Modelle	23
2.3.6. Tabellarische Synopse der verschiedenen Modelle	26
2.4. Institutionelle Wohn- und Versorgungsformen	27
2.4.1. Formen der stationären Versorgung	27
2.4.2. Stationäre Pflegesettings	28
2.4.3. Hausgemeinschaften als Alternative?	32
2.5. Zusammenfassung	38
<b>3. Lebenszufriedenheit dementiell Erkrankter in der institutionellen Versorgung</b>	<b>39</b>
3.1. Definition des Begriffes Lebensqualität	39
3.2. Theoretische Ansätze zur Lebenszufriedenheit im Alter	41
3.2.1. Subjektives Wohlbefinden	43
3.2.2. Objektives Wohlbefinden	49
3.3. Ausgewählte Prädiktoren des Wohlbefindens	51
3.3.1. Gesundheit	52
3.3.2. Soziale Beziehungen	53
3.3.3. Alltagsrhythmen	55
3.4. Instrumente zur Erfassung der Lebenszufriedenheit	56
3.5. Zusammenfassung	59
<b>4. Altenheime als Umwelten für dementiell erkrankte alte Menschen</b>	<b>60</b>
4.1. Merkmale und Effekte der Institution	61
4.1.1. Organisationsstrukturen	61
4.1.2. Ökologische Mikrobedingungen der Heimumgebung	65
4.1.3. Heimpersonal	69
4.1.4. Angehörige	76
4.2. Institutionalisierung als kritisches Lebensereignis	78
4.3. Zusammenfassung	80
<b>5. Schlussfolgerungen und Ableitung der eigenen Fragestellung</b>	<b>81</b>
<b>6. Die Untersuchung</b>	<b>85</b>
6.1. Zielsetzung und Anlage der Untersuchung	85
6.1.1. Auswahl der Untersuchungsinstrumente	87

6.1.2.	Auswahl der Einrichtungen und der untersuchten Personen	90
6.2.	Beschreibung der Untersuchungsinstrumente	94
6.2.1.	Das Verfahren „Plaisir©“	94
6.2.2.	Das Verfahren „DCM“	98
6.2.3.	Die Mitarbeiterbefragung	103
6.2.4.	Die Angehörigenbefragung	103
6.2.5.	Feldnotizen	104
6.3.	Untersuchungsverlauf	104
6.3.1.	Zeitlicher Verlauf der Untersuchung	104
6.3.2.	Erfahrungen aus dem Probelauf	106
6.3.3.	Erfahrungen aus dem Untersuchungsverlauf	106
<b>7.</b>	<b>Exemplarische Ergebnisse zur Lebensqualität dementiell erkrankter alter Menschen</b>	<b>110</b>
7.1.	Darstellung der Ergebnisse	110
7.1.1.	Pflegebedarf und Selbsthilfefähigkeit	111
7.1.2.	Dimensionen des Wohlfühlens	118
7.1.3.	Interaktion und Kommunikation	120
7.1.4.	Aufrechterhaltung sozialer Bezüge	128
7.1.5.	Aufrechterhalten der Alltagsgewohnheiten und Alltagsrhythmen	133
7.1.6.	Aktivitäten und Wohlbefinden	134
7.1.7.	Einschätzungen von Laien und Professionellen	147
7.2.	Zusammenfassung	151
<b>8.</b>	<b>Diskussion der Ergebnisse</b>	<b>153</b>
8.1.	Der Beitrag des Settings	153
8.1.1.	Wohlbefinden	153
8.1.2.	Autonomie der Heimbewohner	155
8.1.3.	Soziale Kontakte, Interaktion und Kommunikation	157
8.1.4.	Selbständigkeit	160
8.1.5.	Erfolgserlebnisse und sensorische Erfahrungen	162
8.1.6.	Begleitsymptome und Verwirrtheitszustände	163
8.1.7.	Heimeinzug	164
8.2.	Zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse	167
8.3.	Empfehlungen für die Gestaltung künftiger Settings in der stationären Altenhilfe	169
<b>9.</b>	<b>Schlussbetrachtung – Macht das Setting den Unterschied?</b>	<b>171</b>
	<b>Literaturliste</b>	<b>172</b>
	<b>Tabellenverzeichnis</b>	<b>189</b>
	<b>Anhang</b>	<b>191</b>

## **1. Einleitung und Aufriss des Themas**

Die Pflege und Betreuung einer wachsenden Anzahl von dementiell erkrankten alten Menschen stellt in der Altenhilfe eine besondere Herausforderung dar. Unter einer dementiellen Erkrankung wird ein fortschreitender Verlust der kognitiven Funktionen bis zum geistigen Verfall verstanden. Die Erkrankung zieht sich meist über Jahre hin und führt bis zur völligen Pflegebedürftigkeit. Laut einer Studie des Instituts für Gesundheits- und System- Forschung (IGSF) sind 1,3 bis 1,8 Millionen Menschen über 65 Jahren in der Bundesrepublik Deutschland von der Diagnose Demenz betroffen (Kern & Beske 1999). In stationären Einrichtungen stellen sie inzwischen die dominierende Bewohnergruppe dar. Nach einer Untersuchung von Weyerer & Schäufele (1999) leiden mehr als die Hälfte der Pflegeheimbewohner an einer fortgeschrittenen Demenz. Bickel (2001) und Schneekloth (1998) gehen von 50 bis 70 Prozent dementiell Erkrankten aus. Ihr Anteil an der Bewohnerschaft eines Altenheimes wird weiter steigen, denn veränderte häusliche Strukturen werden die Bedingungen der Versorgung in der eigenen häuslichen Umgebung erschweren. Gründe sind die steigende Zahl allein wohnender alter und hochaltriger Menschen sowie eine abnehmende Anzahl potentieller Pflegepersonen, die bisher die Pflege übernommen haben.

In einer Untersuchung der Gründe, die zu einer Heimaufnahme führen, kam Bickel (1996) zu dem Ergebnis, dass 42,6 Prozent der Heimaufnahmen auf dementielle Erkrankungen zurückgehen. Schmidt (2002) verweist in diesem Zusammenhang auf Erfahrungswerte aus Thüringen, nach denen nur bei zirka fünf Prozent der als demenzkrank bezeichneten Altenheimbewohnern eine ärztliche Diagnose der Demenz vorliegt (siehe hierzu auch Baltes und Gutzmann 1990). Dies ist ein Indiz dafür, dass in den wenigsten Fällen dementielle Erkrankungen diagnostiziert sind und, wie zu vermuten ist, therapeutisch behandelt werden. Dies gilt ebenfalls für besondere pflegerische Betreuungs- und Unterstützungsmaßnahmen.

„Demenz wurde in der Vergangenheit nicht als Herausforderung zu differenzierter Diagnostik verstanden, sondern als ein Synonym für die Vergeblichkeit weiterer Anstrengungen gewertet.“ (Schmidt, 2002, 113).

### **1.1. Die Ausgangslage**

Die bisher bestehenden Wohn- und Pflegeformen für Menschen in hohem Alter sind auf die Zunahme der dementiellen Erkrankungen, die mit steigendem Alter immer mehr Personen betreffen, nicht oder nur unzulänglich eingestellt. Dies trifft insbesondere auf die bauliche Beschaffenheit, die organisatorische und konzeptionelle Ausrichtung sowie auf Ausbildung und Einsatz des Personals zu.

Nach wie vor sind Einrichtungen der Altenhilfe im baulichen Bereich vom Krankenhauscharakter mit langen Fluren, großen organisatorischen Pflegeeinheiten (Stationen), zentralen Versorgungseinheiten (z. B. Zentralküchen / Wäschereien) und zentral organisierten Beschäftigungsangeboten (Bundesministerium für Gesundheit, 2000) geprägt. Diese Strukturen berücksichtigen nicht die Veränderungen, die im Krankheitsverlauf der Demenz entstehen und sich auf Beeinträchtigungen der Gedächtnisleistungen, des Orientierungs- und Urteilsvermögens, der Sprache und auch auf das praktische Handhaben von Objekten beziehen. Es fällt den Betroffenen im Krankheitsverlauf zunehmend schwerer den Alltag zu bewältigen.

Das Sozialverhalten verändert sich (Kitwood, 2000). Demenzkranke verfügen aufgrund ihrer krankheitsbedingten Einbußen der Hirnleistungen über nur geringe bis keine Kapazitäten zur Regulierung ihrer sozialen und physischen Umwelt. Je nach Krankheitsstadium werden sensorische und soziale Reize nicht mehr verstanden, eingeordnet oder verarbeitet. (Lind, 2002). Von Einrichtungsträgern und Mitarbeitern in der Altenhilfe häufig geschilderte Folgen einer nicht angemessenen Betreuung und Wohnumfeldgestaltung können aggressives, depressives Verhalten, Weglauftendenzen, eine Zunahme der körperlichen Pflegebedürftigkeit und/oder Verwirrheitszustände sein.

Die zunehmende Konfrontation mit der Krankheit Demenz und seinen Erscheinungsformen erfordert die Schaffung eines geeigneten Wohn- und Lebensumfeldes, in dem sich die Betroffenen wohlfühlen und in der Bewältigung ihrer Alltagsverrichtungen, entsprechend ihrem Verarbeitungs- und Reaktionsvermögens, unterstützt werden.

Damit stellt sich die Frage, wie Einrichtungen und deren Konzepte gestaltet sein müssen, um den besonderen Bedürfnissen dieser Bewohnergruppe entsprechen zu können. Wie kann die Pflege dem individuellen Krankheitsverlauf angepasst und durch eine wohnlich, familiär gestaltete Umgebung unterstützt werden?

Die derzeitige stationäre Versorgung von Demenzkranken kann als „Integration ohne Integrationskonzept“ (Schmidt, 2002, 97) beschrieben werden. Aus der traditionellen Altenhilfe entwickelt ist sie auf das Leitbild der Integration von dementiell Erkrankten und ausschließlich körperlich Pflegebedürftigen ausgerichtet. In den Einrichtungen leben dementiell Erkrankte ohne eine ausreichend fachlich reflektierte Berücksichtigung ihrer Bedürfnisse mit nicht dementiell Erkrankten auf engstem Raume zusammen (Schmidt 2002). Die „verordnete“ Integration kann zu einer beständigen Konfrontation beider Personengruppen führen. Schmidt (2002) nennt dies die „naive“ Form der Betreuung. Inzwischen werden in vielen Einrichtungen integrative Elemente (wie z. B. das gemeinsame Wohnen auf Wohnebenen) mit teilsegregativen Elementen ( wie z. B. spezielle Tagesbetreuungsgruppen) gemischt. Sie dienen dem Stressabbau aller Beteiligten und der besonderen Förderung dementiell Erkrankter, indem sie sich, zumindest zeitweise, in einer auf ihre Bedürfnisse abgestimmten Umgebung aufhalten können. Andere Einrichtungen verfolgen das segregative Konzept mit speziellen Bereichen, die ausschließlich für Demenzkranke mit sehr stark ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten vorgehalten sind. Sie zeichnen sich durch eine hohe gerontopsychiatrische Fachlichkeit der Pflege und Betreuung aus.

Seit dem Jahr 2000 entwickelt sich eine grundsätzlich neue konzeptionelle und bauliche Ausgestaltung der Altenpflege:

„Ein Paradigmenwechsel in der vollstationären Pflege Demenzkranker zeichnet sich derzeit ab. An die Stelle von Maßnahmen, die auf die (therapeutische) Beeinflussung der Person zielen, tritt nun das Bemühen um die Herstellung einer krankheitsangemessenen Umwelt“ (Schmidt, 2002, 48).

Mit der besonderen Gestaltung der Umwelt soll es dementiell Erkrankten ermöglicht werden, sich trotz schwindender Anpassungsmöglichkeiten in ihrer Umgebung wohlfühlen und ihren zum Teil hohen Bewegungsdrang angstfrei ausleben zu können. Die Anpassung der Umwelt erfordert eine strikte fachliche Ausrichtung des Settings am „Normalisierungskonzept“ (Schmidt, 2002).



Das Konzept entstammt der Eingliederungshilfe im Behindertenbereich und beinhaltet eine Abkehr von der bisher üblichen Defizitorientierung der Pflege. Die Pflege orientiert sich stattdessen an den vorhandenen Fähigkeiten und Fertigkeiten der Betroffenen und versucht sie in ein weitgehend „normales“ Alltagsleben einzubinden. Als „Normalität“ ist dabei das alltägliche Geschehen in einem durchschnittlichen Haushalt zu sehen.

Entsprechend der Leitvorstellung des „Mit-Dementen-Zusammenlebens“ (Schmidt, 2002) liegt der Schwerpunkt auf der gemeinsamen Gestaltung des Tageslaufes mit überwiegend hauswirtschaftlichen Tätigkeiten. Es entsteht ein Versorgungssetting, in dem Pflegekräfte das Tagesgeschehen unterstützen und begleiten. Den zentralen Mittelpunkt der räumlichen Gestaltung bildet die Wohnküche mit angrenzenden Gemeinschaftsflächen, in denen alle Aktivitäten des täglichen Lebens gemeinsam gestaltet werden. Eine kleine Gruppe bestehend aus acht bis zehn Bewohnern bildet eine Haus- und Lebensgemeinschaft. Es gibt sowohl Hausgemeinschaften in denen ausschließlich dementiell erkrankte alte Menschen leben, als auch Hausgemeinschaften in denen dementiell erkrankte und Nichterkrankte zusammen leben.

Ausgehend von der Anforderung einer weitgehenden Aufrechterhaltung alltäglicher Bezüge und Lebensumstände spielen Personen, die zu dieser Lebenswelt Zugang und Kenntnisse haben, eine besondere Rolle. Dies sind insbesondere Angehörige, Freunde, Bekannte, Nachbarn und Freiwillige.

In der konsequenten Einbindung dieser Personen in die Alltagsgestaltung besteht eine weitere Besonderheit des Settings.

Unterstützt wird das neue Versorgungssetting durch die Auflösung der Trennung von „privater Pflege“, wie sie im ambulanten Bereich üblich ist, und der „Pflege als Dienstleistung“ (Schmidt, 2002), wie sie in der stationären Pflege üblich ist. Dies wird im Zusammenhang mit der Darstellung der untersuchten Einrichtung in Kapitel 2.2. näher ausgeführt.

Das neue Versorgungssetting der Hausgemeinschaften wird seit dem Jahr 2000 vom Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) als vierte Generation des Altenheimbaus propagiert und hat inzwischen eine weite Verbreitung gefunden.

Radzey/Heeg/Goerlich (1999) führten im Auftrage der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e. V. in Kooperation mit der Sozialplanung in Baden-Württemberg e. V. eine Untersuchung modellhafter Wohngruppenkonzepte für dementiell Erkrankte in den Niederlanden und Frankreich durch. Ziel der Evaluation war die Sammlung von Daten in Bezug auf Personalbesetzung, Vernetzung verschiedener Hilfen, Einbindung von Angehörigen und freiwilligen Helfern in die Alltagsgestaltung sowie Fragen der architektonischen Gestaltung. Diese Daten sollten eine Umsetzung der Konzepte auf bundesdeutsche Verhältnisse ermöglichen. Die Ergebnisse der Evaluation belegen, dass Wohngruppen auf dementiell Erkrankte positiv wirken, wenn verschiedene Voraussetzungen erfüllt sind. Dazu zählen ein auf die individuellen Kompetenzen und Neigungen der Bewohner abgestimmtes Betreuungskonzept, die soziale, fachliche und menschliche Qualifikation der Mitarbeiter sowie aktive Teilnahme der Angehörigen am Alltagsgeschehen.

Das Institut für sozialpolitische und gerontologische Studien in Berlin (Regentin/Dettbam-Regentin, 2003) untersuchte im Auftrag des Nordrhein-

Westfälischen Ministeriums für Arbeit, Soziales, Qualifikation und Technologie von 2001-2003 die Qualität der Wohngruppen. Die Studie wurde in drei Altenpflegeheimen mit sieben Wohn- und Kontrollgruppen an insgesamt 111 Personen im Längsschnitt über drei Jahre durchgeführt. Untersucht wurden integrative (Bewohner mit und ohne dementielle Erkrankungen), segregative Wohngruppen mit ausschließlich dementiell erkrankten alten Menschen und „normale“ Pflegestationen mit gemischter Bewohnerstruktur. Die Studie ging den Fragen nach, welche Auswirkungen familienähnliche Gruppenformen auf die Bewohner haben, wie weit das Personal belastet oder entlastet wird und welche räumlichen Gestaltungsmerkmale es für Wohngruppen gibt.

Die Ergebnisse der Begleitforschung belegen die positive Wirkung von Wohngruppen sowohl auf die Bewohner als auch auf das Personal. Die besonderen „Gewinner“ sind dementiell erkrankte alte Menschen, die in einer integrativen Wohngruppe leben. Nach Einschätzungen des Personals sind sie deutlich zufriedener als in den Kontrollgruppen. Es konnte ein verzögerter Krankheitsverlauf psychischer und somatischer Erkrankungen festgestellt werden. Des Weiteren ergab sich ein geringerer Psychopharmakagebrauch und eine Stabilisierung sozialer Beziehungen dementiell Erkrankter. Die soziale Kompetenz konnte im Vergleich zur Kontrollgruppe länger erhalten bleiben, ebenso der Gesundheitszustand und die Selbsthilfekompetenz.

Die bisherigen Studien zu den Wohngruppenmodellen differenzieren die Effekte, die durch eine kleinräumige, aus der eigenen Häuslichkeit vertrauten Umgebung oder durch eine veränderte Einstellung des Personals erzielt wurden, unzureichend. Radzey und Heeg (2001) verweisen auf eine Studie von Downs (1997), in der der Umzug von dementiell erkrankten alten Menschen aus einer gerontopsychiatrischen Klinik in eine kleine Wohngruppe untersucht wurde. Die Veränderung der Wohnumgebung zeigte keine Auswirkungen auf Verhalten und Kompetenzen der Bewohner. Die Veränderungen bezogen sich auf einen „Wahrnehmungswandel“ des Personals. Die Mitarbeiter schätzten die Bewohner kompetenter und weniger auffällig ein. Entsprechend positiver eingestellt förderten und unterstützten sie die Bewohner und trugen damit zum Erfolg der Wohngruppenkonzeption bei.

Des Weiteren kritisieren Radzey und Heeg (2001) die durchgeführten europäischen Untersuchungen bezüglich der Nichtanwendung in der Wissenschaft üblicher methodischer Standards. Aus diesem Grund lassen sich die Ergebnisse nicht verallgemeinern.

In der zusammenfassenden Betrachtung fällt auf, dass in den vorliegenden Studien die Wirkung der Wohngruppen nicht aus dem Blickwinkel der Betroffenen, und hier besonders der dementiell Erkrankten, erforscht wurde, sondern ausschließlich aus Sicht des Personals (ISGOS-Studie/ Evaluation von Radzey et.al. 1999). Darauf wird in Kapitel 3 näher eingegangen. Des Weiteren wurde in den Studien nicht die Interaktion und Kommunikation zwischen Personal und Bewohnern, der Bewohner untereinander und zwischen Bewohnern und Angehörigen beobachtet. Eine andere Schwachstelle könnte in der Kürze der Vor-Ort-Untersuchung liegen. Das Untersuchungsteam von Radzey/Heeg/Goerlich (1999) hielt sich nur zirka zwei Tage in den Einrichtungen auf. Dadurch sind die Daten eher als eine Momentaufnahme zu betrachten. Verzerrende Eindrücke wie zum Beispiel die Personalbesetzung an den beiden Tagen oder die Tagesform der Bewohner, die bei dementiell Erkrankten sehr unterschiedlich sein kann (Kitwood, 2000), können die Datenerhebung erheblich beeinflussen.

In einer kritischen Reflexion der verschiedenen Studien zu den Wohngruppenmodellen stellen Radzey et al. (2001) weiteren Forschungsbedarf fest. Sie sehen ihn insbesondere im Hinblick auf die für die Betroffenen wichtigen Themen wie zum Beispiel die Verbesserung der Selbständigkeit oder eine Steigerung des Wohlbefindens, die Interaktion zwischen Erkrankten und Pflegenden oder die Umweltgestaltung.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass in den meisten Untersuchungen zu Wohngruppenkonzepten positive Effekte auf die Bewohner und insbesondere auf dementiell erkrankte Bewohner festgestellt wurden. Wohngruppenkonzepte können deshalb als ein Weg zur qualitativ hochwertigen stationären Pflege und Betreuung für dementiell erkrankte alte Menschen bezeichnet werden. Wie Radzey/Heeg (2001) und Schmidt (2002) feststellen, reichen die bisherigen Erkenntnisse nicht aus, um eindeutige Empfehlungen für die Praxis zu entwickeln. Hierzu bedarf es weiterer Untersuchungen und Befundsammlungen.

## **1.2. Ziele der Untersuchung**

Der Fokus der Untersuchung richtet sich auf die Sicht der Betroffenen zu den für sie wichtigen Aspekten stationärer Pflege und Betreuung. Dazu zählen die Verbesserung bzw. die Erhaltung der Selbständigkeit, eine Steigerung bzw. Erhaltung des Wohlbefindens, die Interaktion zwischen Erkrankten und Pflegenden und die Umweltgestaltung in unterschiedlichen stationären Settings. Im Rahmen einer Voruntersuchung wird eine klassisch pflegeorientierte stationäre Altenpflegeeinrichtung mit einer am Konzept der alltagsnahen Normalität orientierten Einrichtung mit mehreren Wohngruppen verglichen. Daraus sollen die Zusammenhänge von personellen, konzeptionellen und räumlichen Bedingungen verschiedener Pflegesettings und der Erhaltung von Selbsthilfefähigkeiten und Wohlfühlen der Bewohner abgeleitet werden.

Es sollen zwei Phasen des Heimaufenthaltes, die vermutlich eine besondere Bedeutung für dementiell erkrankte alte Menschen haben, untersucht werden.

### **Einzug- und Integrationsphase**

Kruse/Wahl (1994) bewerten diese Phase als erste Herausforderung für den alten Menschen zur Bewältigung der Übersiedlung und Anpassung an die neuen Umweltbedingungen. Schmidt beschreibt den Umzug von der Häuslichkeit ins Pflegeheim für dementiell erkrankte alte Menschen als einschneidendes Erlebnis, das von Prozessen einer „sekundären Förderung von Verwirrtheitszuständen“ (Schmidt, 2002, 113) begleitet wird. Der Wechsel von der vertrauten, häuslichen Umgebung ins Heim bedeutet für diesen Personenkreis den Eintritt in eine für sie völlig unbekannte Umgebung. Die Betroffenen sehen sich konfrontiert mit vorgegebenen, institutionell geprägten Tagesabläufen, einer Zwangsgemeinschaft mit ihnen gänzlich unbekanntem Mitbewohnern sowie den vorgegebenen Arbeitsabläufen des Heimpersonals.

Klingefeld (1999, 14) beschreibt die Situation des älteren Menschen in der Einzugsphase als einen „globalen Umbruch seiner Lebensumstände“, die psychologisch betrachtet ein „kritisches Lebensereignis“ darstellen. Die besondere Situation

der Aufnahme in ein Heim wird zusätzlich durch Defizite der Diagnosestellung erschwert. Wie erwähnt verweist Schmidt auf Erfahrungswerte aus Thüringen, nach denen nur bei etwa fünf Prozent der als demenzkrank bezeichneten älteren Menschen eine ärztliche Diagnose der Demenz vorliegt.

Ob die Integration in ein Heim krisenhaft oder entwicklungsfördernd verläuft, ist von einer Reihe Bedingungsfaktoren abhängig. Wesentlich ist die Gestaltung des Lebensumfeldes im Heim. Innerhalb der ökologischen Gerontologie wird von einem wichtigen Ressourcencharakter der Lebensumwelt gesprochen. Er bezieht sich auf die mittelbare (Stadtteil, Land, Natur) und die unmittelbare (Wohnung und direktes Wohnumfeld) Umgebung des älteren Menschen. Durch die Gestaltung des Lebensumfeldes können die verfügbaren Kapazitäten des alternden Menschen gefördert beziehungsweise genutzt werden, zum Beispiel durch angemessen gestaltete institutionelle Umwelten für dementiell erkrankte Ältere. (Wahl, 2005).

Vermutet wird, dass Versorgungssettings, die an dem Konzept der alltagsnahen Normalität ausgerichtet sind, zur Vermeidung des „unausweichlichen Traumas“ (Kruse/Wahl, 1994, 30) des Heimeinzugs, der mit hoher Wahrscheinlichkeit mit zusätzlichen Verwirrheitszuständen in der Integrationsphase verbunden ist, beitragen.

Die Art und die Umstände, wie ein Heimeintritt vollzogen wird, wirkt sich auf das gesamte weitere Erleben des Heimaltags aus. Pflegebedürftige alte Menschen verbringen im Heim, bei großer individueller Streuung, im Durchschnitt ca. drei Jahre (Bickel 1996 und 2001).

### **Verweilphase**

Nach Kruse/Wahl (1994) besteht die zweite Herausforderung für den alten Menschen darin, im Verlauf des weiteren Heimaufenthaltes Selbständigkeit, persönliche Kontrolle, soziale Kontakte und Alltagsrhythmen bewahren zu können.

Vermutet wird, dass ein alter Mensch eher Selbständigkeit und Lebenszufriedenheit bewahren kann, wenn seine alltäglichen Gewohnheiten und Abläufe respektiert werden. Die institutionell vorgegebenen, an der Organisation ausgerichteten Pflege- und Versorgungsstrukturen, stehen dem entgegen.

Hausgemeinschaften sind die Umsetzung des Prinzips „Normalität als Leitkonzept“. Gelingt es in diesen Hausgemeinschaften auch, eine „dementenspezifische Normalität“ (Lind, 2002) herzustellen, die zu einer größeren Zufriedenheit dementiell Erkrankter beiträgt?

In den am privaten Haushalt ausgerichteten Hausgemeinschaften sind im Gegensatz zu herkömmlichen Pflegeeinrichtungen, in denen Pflegefachkräfte dominieren, überwiegend hauswirtschaftlich ausgebildete Kräfte und Laien (Angehörige, Freunde, Bekannte, Freiwillige) tätig. Dies erfordert ein verändertes professionelles Selbstverständnis der bis heute eher medizinisch und pflegerisch ausgebildeten Pflegefachkräfte.

Welche Auswirkungen hat die „Laisierung“ der Pflege und Betreuung auf das Wohlfühlen und die Selbsthilfekompetenz pflegebedürftiger alter Menschen?

Diese Fragestellungen stehen im Mittelpunkt der vorliegenden Arbeit, die dazu dienen soll, mit Hilfe von exemplarisch gesammelten Daten Empfehlungen für die Gestaltung künftiger humaner Settings in der stationären Altenhilfe unter besonderer Berücksichtigung dementiell erkrankter alter Menschen zu geben. Hierzu werden verschiedene Methoden eingesetzt.

Die Pilotstudie wird bei 20 Bewohnern einer klassisch organisierten Einrichtung und bei 20 Bewohnern einer nach dem Prinzip der betreuten Wohngruppen organisierten Einrichtung durchgeführt. Untersuchungszeitpunkte sind – personenbezogen – die Integrationsphase nach dem Einzug ins Heim (zwischen 8 und 10 Tagen nach Einzug) und nach sechs Monaten Verweildauer. Zur Anwendung kommen die Methoden „Dementia Care Mapping“ (DCM), Plaisir©, standardisierte schriftliche Fragebögen sowie Verlaufsbeobachtungen und Feldnotizen.

Das DCM wurde auf der Basis des „personenzentrierten Ansatzes“ von Tom Kitwood und Kathleen Bredin in den 90er Jahren entwickelt (Bradford Dementia Group, University of Bradford, 1997/ Kitwood, 2000). Das teilstandardisierte, teilnehmende Beobachtungsinstrument wird zur Erfassung des relativen Wohlbefindens von Menschen mit Demenz und der Messung der Pflegequalität (Rüsing, 2001) eingesetzt. Mit dem DCM wird der Betrachtungswinkel verändert. Nicht die Pflegekräfte und deren Einschätzung des Wohlbefindens des Bewohners stehen im Mittelpunkt, sondern der Betroffene selbst.

Zur Ermittlung des Wohlbefindens, der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte und Alltagsgewohnheiten aus Sicht der Mitarbeiter und Angehörigen werden zusätzlich standardisierte Fragebögen zur schriftlichen Befragung eingesetzt. Der Fragebogen enthält geschlossene Fragen für den ersten Teil der Befragung. Im zweiten Teil wird eine offene Frage zur Verlaufsbeurteilung hinzugenommen.

Zur Einschätzung des biopsychosozialen Gesundheitszustandes, der Pflege und Betreuungsbedarfe wird das Verfahren Plaisir© eingesetzt. Dieses Verfahren wurde am kanadischen Institut Equipe de Recherche Opérationelle en Santé (EROS) von Professor Charles Tilquin entwickelt und wird in Kanada seit den 80er Jahren eingesetzt (Gennrich, 2002). Beide Instrumentarien werden kritisch bewertet in Bezug auf Anwendbarkeit zur Analyse der Wirkungen unterschiedlicher Settings und der Validität der Ergebnisse.

Darüber hinaus werden offene Beobachtungen z. B. zur Tageslaufgestaltung während der Untersuchung erfasst und exemplarisch dargestellt.

In dieser Pilotstudie geht es nicht darum, generalisierende Ergebnisse über die Wirkungen des Settings auf das Wohlfühlen und die Zufriedenheit älterer Menschen zu ermitteln. Die begrenzte Anzahl der für die Untersuchung zur Verfügung stehenden Personen schränkt quantitative Auswertungs- und Interpretationsmöglichkeiten ein. Diese Untersuchung ist als Pretest angelegt. Es sollen exemplarisch Erfahrungswerte für eine spätere größere Untersuchung gesammelt werden. Wünschenswert wären Aussagen über Bedingungen, unter denen diese oder jene Form der Zufriedenheit, insbesondere bei dementiell Erkrankten, erreicht werden kann.

„Aufgabe der Wissenschaftler ist es, Forschungskonzepte zu entwickeln, die zu validen Ergebnissen führen, um das Wohlbefinden der Betroffenen zu verbessern“ (O’Carroll, Kommentar zu Woods 1999 in Radzey et. al. 2001).

## **2. Institutionelle Versorgung dementiell erkrankter alter Menschen**

Die stationären Einrichtungen der Altenhilfe werden in der Bevölkerung nach wie vor mit großer Distanz und Ablehnung betrachtet. Zu dieser Einstellung haben u.a. von der Presse berichtete Skandale, negative Eindrücke von Angehörigen bei Besuchen und stark reglementierende Heimstrukturen beigetragen. Backes/Clemens (2003, 243) stellen „eine überwiegend zurückhaltende bis ablehnende Haltung unter älteren Menschen hinsichtlich einer Übersiedlung in ein Heim“ fest. Um so schlimmer wird es den Betroffenen ergehen, wenn sie durch zunehmende Pflegebedürftigkeit und/oder durch ein Wegbrechen der familiären Unterstützungssysteme gezwungen werden, in ein Heim übersiedeln zu müssen. So sind nach Backes/Clemens (2003) in den Altenheimen überwiegend hochaltrige Menschen (80 Jahre und älter), Verwitwete und Frauen anzutreffen. Des Weiteren hat sich der Gesundheitszustand der Bewohnerschaft verändert. Die Zahl der Bewohner mit krankhaften Veränderungen des Gehirns steigt rasant (Kapitel 2.2). Die mit dieser Krankheit verbundenen psychischen Auffälligkeiten führen zu mehr oder weniger ausgeprägten Beeinträchtigungen im alltäglichen Zusammenleben.

Wenn die zu beobachtende Zunahme der dementiell Erkrankten unter der Bewohnerschaft weiter voranschreitet und die damit verbundenen Belastungen für Demente und Nichtdemente nicht in besonderen Pflege- und Betreuungsformen aufgefangen werden, so ist davon auszugehen, dass das negative Image der Heime bestehen bleibt beziehungsweise verstärkt wird.

### **2.1. Einige Aspekte zur Erkrankung Demenz**

Das steigende Lebensalter der Bevölkerung ist verbunden mit einem erhöhten Risiko gesundheitlicher Einschränkungen und Behinderungen. Dies bezieht sich auch auf krankhafte Veränderungen des Gehirns, die unter der Diagnose Demenz subsummiert werden.

Das Wort Demenz stammt aus dem Lateinischen und besteht aus den beiden Wortteilen „de“ = weg und „mens“ = Geist. Wörtlich übersetzt bedeutet dies „ohne Verstand“. Die wichtigsten Symptome der Demenz sind verschiedene kognitive Defizite. In der „International Classification of Diseases“ (ICD-10) wird die klinische Diagnose der Demenz gestellt, wenn eine Störung kognitiver Funktionen, wie z. B. Gedächtnis (planen, organisieren, Einhalten einer Reihenfolge, abstrahieren), Sprache, Praxie (Fähigkeit, motorische Handlungen auszuführen) und der Fähigkeit, Gegenstände zu erkennen oder zu identifizieren von einem solchen Schweregrad vorliegt, dass eine selbständige Lebensführung nur noch mit Einschränkungen möglich ist. Unter der klinischen Diagnose der Demenz wurden früher nur irreversible, d. h. nicht umkehrbare Störungen der Hirnleistung verstanden. Heute gehören hierzu auch reversible, d. h. umkehrbare Formen der Hirnleistungseinschränkungen (Oswald, 2000/ Schröder, 2001). Nach heutigem Erkenntnisstand wird davon ausgegangen, dass die Demenz keine einheitliche Krankheit darstellt, sondern als Sammelbegriff für unterschiedliche Symptome (Krankheitszeichen) genutzt wird. Die Einschränkungen liegen bei einer dementiellen Erkrankung überwiegend im intellektuellen Bereich.

Die Gefühlswelt scheint über einen längeren Zeitraum der Erkrankung erhalten zu bleiben und stellt die wichtigste Zugangsmöglichkeit zu den Erkrankten dar (Maciejewski et al., 2001/Kitwood, 2000/ Grond 1991).

## Symptome der Demenz

In der Fachliteratur werden vier Primärsymptome der Demenz beschrieben (Wettstein, 1991). Dies sind Amnesie (Gedächtnis- und Orientierungsstörungen), Aphasie (Sprachstörungen), Apraxie (Unfähigkeit, erlernte Handlungen auszuführen) und Agnosie (Unfähigkeit, Gegenstände in der Umwelt zu erkennen und zu identifizieren). Die verschiedenen Symptome der Demenz führen zu Verhaltensweisen, die als Verwirrtheit bezeichnet werden. Eine Folge der zunehmenden Gedächtnisstörungen sind der Verlust des natürlichen „Raum-Zeit-Situation-Kontinuum“ (Lind, 2000, 12). Eine besonders prägnante Verhaltensweise ist die Desorientierung, die sich auf verschiedenen Ebenen (räumlich, zeitlich, situativ und personal) bemerkbar macht und zu massiven Einschränkungen in der Selbständigkeit der Lebensführung führt. Desorientierung äußert sich darin, dass Räume nicht mehr erkannt werden und Betroffene sich auf die Suche nach der vertrauten Umgebung begeben. Sie äußert sich auch im Verlust des Gefühls für Tageszeiten, Zeitpunkte und Zeiträume. Das zeitliche Erleben reduziert sich insbesondere durch Störungen des Kurzzeitgedächtnisses auf die unmittelbare Gegenwart. Vergangenheit und Zukunft dienen nicht mehr als Orientierungshilfe; entsprechend können Situationen nur eingeschränkt eingeschätzt werden. Die Reaktionen in alltäglichen Situationen erscheinen ziel- und planlos; beispielsweise wird der Herd angestellt und dann die Küche verlassen, ohne sich weiter um das Essenzubereiten zu kümmern. Der Kontext des Handlungszusammenhanges Essenzubereiten wurde vergessen. Im Rahmen der personalen Desorientierung werden bisher vertraute Personen (wie Angehörige) und neu kennengelernte (wie Pflegekräfte, Mitbewohner) nicht mehr beziehungsweise nur noch gelegentlich erkannt. Die personale Desorientierung kann sich besonders in fortgeschrittenen Stadien der Erkrankung auch auf die eigene Person beziehen. Pflegekräfte schildern Situationen, in denen Erkrankte vor dem Spiegel stehen und mit dieser für sie fremden Person reden. Die personale Desorientierung stellt für Angehörige, insbesondere für Ehepartner, eine besondere Belastung dar, da sie nach jahrelangem gemeinsamen Lebens als fremde Personen behandelt werden bzw. gelegentlich vehement abgelehnt werden (Lind, 2000).

Im fortschreitenden Krankheitsverlauf können weitere psychische Auffälligkeiten wie Unruhe, Ängste, Aggressionen, Depressionen, Passivität, Apathie, Rückzugsverhalten, Tag-Nacht-Umkehr (erhöhte körperliche Aktivität in der Nacht) oder auch Wahnvorstellungen auftreten (eine Übersicht über die verschiedenen Verhaltensstörungen bietet Lind, 2000). Festgestellt wird eine Agitiertheit der Erkrankten, die in drei Agitationstypen unterschieden werden kann. Dies sind nach Cohen-Mansfield et al. (1986) aggressives Verhalten, physisch nicht aggressives Verhalten wie erhöhter Bewegungsdrang, zielloses Wandern, hektische Handlungen und verbal agitiertes Verhalten wie Rufen, Schreien, Jammern. Die Agitiertheit ist mit 34- 60 Prozent die am häufigsten beobachtete Verhaltensweise bei dementiell Erkrankten (Cohen-Mansfield, 1986).

Vermutet wird, dass diese Verhaltensstörungen nicht nur von den degenerativen Abbauprozessen im Gehirn ausgelöst werden, sondern im Zusammenhang mit den Reaktionen der sozialen Umwelt auf die Erkrankung und den noch vorhandenen eigenen Wahrnehmungs- und Reaktionsmöglichkeiten stehen (Kitwood, 2000). Diese zusätzlichen Auffälligkeiten wie insbesondere Aggressivität, Tag-Nacht-Umkehr sowie Inkontinenz erschweren die häusliche Pflege durch Angehörige. Weyerer et al. (2004) verweisen auf Studien von Matter und Späth (1998), in denen pflegende Angehörige zur Pflegesituation befragt wurden. Drei Viertel empfanden

die Unruhe und pflegerische Tätigkeiten, die durch Inkontinenz in der Nacht ausgelöst wurden, als störend. In diesen Situationen wird eine Heimeinweisung wahrscheinlicher. Nach Schätzungen von Bickel (2001) werden 80 % der dementiell Erkrankten mit zusätzlichen psychischen Auffälligkeiten im fortschreitenden Verlauf ihrer Erkrankung in eine stationäre Einrichtung übersiedeln und dort bis zu ihrem Tode verbleiben. Nach Weyerer et al. (2004) ist die Lebenserwartung dementiell Erkrankter vom Beginn der ersten Symptome bis zum Tod mit zirka fünf bis zehn Jahren deutlich geringer als bei nicht dementiell Erkrankten.

Die Ursachen für eine Demenz sind sehr unterschiedlich. Vermutet werden zum Beispiel Austrocknung, Mangelernährung, Vergiftungen, Depressionen, hirnorganische Abbauprozesse und Herz-Kreislaufkrankungen. Die häufigste Diagnose mit zirka 70 Prozent ist die Alzheimer-Demenz (Maciejewski et al, 2001/Schulte, 2001), die zweithäufigste sind vaskuläre Demenzen (aufgrund von Gefäßerkrankungen verursachte Veränderungen des Gehirns) mit zirka 15-20 Prozent (Weyerer et al. 2004). Der Krankheitsverlauf der Demenz wird basierend auf den Kriterien der DSM-II-R beziehungsweise DSM-IV (Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen, Maciejewski et al., 2001) in drei Schweregrade eingeteilt. Die Unterscheidung in leichte, mittelschwere und schwere Demenz bezieht sich überwiegend auf die Fähigkeit der selbständigen Lebensführung. Bei der leichten Demenz (Stadium I) sind soziale Aktivitäten, die räumliche und zeitliche Orientierung, das Langzeitgedächtnis und die Wortfindung bereits eingeschränkt, die Fähigkeit zum unabhängigen Leben aber noch vorhanden. Das Verhalten ist durch Unsicherheit, depressive Verstimmungen und Stimmungsschwankungen geprägt. Bei der mittelschweren Demenz (Stadium II) ist die selbständige Lebensführung nur noch erschwert möglich. Die Betroffenen sind hochgradig vergesslich, leiden unter Sprechstörungen wie zum Beispiel das Vertauschen von Wörtern, Sprachverstümmelung oder die ständige Wiederholung bestimmter Wörter und Wortketten. Dementiell Erkrankte sind in diesem Stadium oftmals ziellos unruhig, wandern umher und haben Angstzustände. Bei einer schweren Demenz (Stadium III) ist eine selbständige Lebensführung nicht mehr möglich.

Die sprachliche Kompetenz der Betroffenen ist bis auf einige wenige Wörter oder Satzteile geschrumpft; sie leiden zum Teil unter völligem Gedächtnisverlust. Ihr Verhalten ist von ständiger Unruhe, Apathie oder auch Wahnvorstellungen geprägt. Ist in den vorherigen Stadien ihr körperlicher Zustand noch als normal zu bezeichnen, so sind im Stadium III eine Stuhl- und Harninkontinenz, allgemeine Schwäche bis zur Bettlägerigkeit und Schluckstörungen zu verzeichnen (Maciejewski et al., 2001/Lind, 2003).

## **2.2. Demographische Aspekte zur Betreuung dementiell Erkrankter**

Die Zahl der Demenzkranken wird in den nächsten Jahren rasch ansteigen und, wie noch zu zeigen sein wird, zu enormen Pflege- und Versorgungskosten im stationären und ambulanten Altenhilfebereich führen. Die Brisanz, die in dieser Entwicklung steckt, scheint in der Öffentlichkeit nicht angemessen wahrgenommen zu werden. Angesichts der volkswirtschaftlichen Bedeutung ist die Frage nach den Wirkungen spezieller Konzepte für diesen wachsenden Betroffenenkreis zu stellen.

Im Jahre 2003 waren in Deutschland insgesamt 2,08 Millionen ältere Menschen pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes. Davon lebten 640 000 in Altenpflegeheimen. Die Mehrheit stellten Frauen mit insgesamt 68 Prozent dar.



81 Prozent der Pflegebedürftigen waren 65 Jahre und älter, 32 Prozent 85 Jahre und älter. Die Zahl der stationär Betreuten betrug 2,5 Prozent der Gesamtpopulation der über 65-jährigen (Statistisches Bundesamt, 2005). Diese Zahl ist im Vergleich zu 2001 um 36 000 gestiegen und mit ihr die Anzahl der stationären Pflegeplätze um 6,3 Prozent. Parallel zur Erhöhung der Zahl stationär Versorgter stiegen die Ausgaben von 1999 bis 2003 um 14,2 Prozent (Statistisches Bundesamt, 2005). Die Gruppe der Heimbewohner ist demzufolge für die Situation der Gesamtpopulation älterer Menschen nicht repräsentativ. Allerdings wird eine Institutionalisierung aufgrund des ständig steigenden Anteils alter Menschen mit zunehmendem Lebensalter und dem Wegbrechen familiärer Strukturen immer wahrscheinlicher. In einer älteren aber immer noch aussagekräftigen Untersuchung weist Schick (1978) darauf hin, dass sich institutionalisierte alte Menschen von den nichtinstitutionalisierten durch gesundheitliche, soziale und familiäre Defizite unterscheiden. Dies gilt ebenfalls für dementiell Erkrankte, die, wie noch zu zeigen sein wird, überwiegend in stationären Altenpflegeeinrichtungen anzutreffen sind.

Der Anteil der in unterschiedlichen Schweregraden dementiell erkrankten alten Menschen wird in den nächsten Jahren erheblich ansteigen. 1996 lag die Zahl bei 770 000; heute sind es nach Bickel (2001, 109) zirka 1,1 Millionen. Er geht von mindestens 20 000 Neuerkrankungen pro Jahr aus (2001, 113). Auf der Grundlage dieser Schätzungen und ausgehend von der Annahme, dass der unmittelbare Zusammenhang zwischen zunehmendem Alter und Demenz gleich bleibt, wird sich der Krankenbestand laut Bickel bis 2030 auf 1,56 Millionen erhöhen. Im Jahr 2050 wird die Zahl zwei Millionen betragen (Bickel, 2001 und Kern & Beske 1999).

Die Versorgung und Betreuung der wachsenden Anzahl dementiell Erkrankter verursacht zunehmend ökonomische Belastungen. Bickel (2001) verweist auf Krankheitskostenstudien, in denen die bedeutsamsten Kostenfaktoren benannt werden. An erster Stelle sind hier die unbezahlten Leistungen der pflegenden Angehörigen zu nennen. Im Durchschnitt wird ihre Leistung mit sechs bis zehn Stunden am Tag angesetzt. Die Kosten für Erkrankungen der pflegenden Angehörigen, verursacht durch die oftmals sehr emotional und körperlich belastende Pflege, sowie der Verlust an Lebensqualität bleiben in den Schätzungen unberücksichtigt. Da die Versorgung in der eigenen Häuslichkeit mit zunehmender Erkrankung immer schwieriger wird, ist davon auszugehen, dass etwa ein Viertel aller von einer dementiellen Erkrankung betroffenen Personen in ein Altenpflegeheim übersiedeln wird. Während die Leistungen der pflegenden Angehörigen nur als indirekte Kosten berücksichtigt werden, werden die Kosten der Langzeitpflege in stationären Einrichtungen als direkte Kosten wirksam. Die Gesamtaufwendungen für die stationäre Langzeitpflege werden mit 50 bis 75 Prozent veranschlagt. Da, wie im Aufriß erwähnt, nur selten eine Diagnose gestellt wird, sind die finanziellen Aufwendungen für Diagnose und Behandlung eher gering einzuschätzen. Sie belaufen sich auf zirka zwei bis drei Prozent der Gesamtkosten (Bickel, 2001).

Werden die direkten und indirekten Kosten sowie die Kosten für Diagnose und Behandlung zusammen gezogen, ergeben sich pro Erkranktem zwischen zirka 25 000 bis 50 000 Euro. Abhängig vom Schweregrad der Erkrankung überwiegen in der frühen Krankheitsphase die indirekten Leistungen durch pflegende Angehörige. Mit steigendem Schweregrad nehmen die Kosten für die Langzeitpflege zu. Für die Gesamtheit der zirka 1,1 Millionen Betroffenen werden die Gesamtkosten von Bickel für das Jahr 2001 (114) auf zirka 25 Milliarden Euro jährlich geschätzt.

Wie Weyerer et al. (2004) bemerken, hat sich das Verhältnis zwischen dementen und nicht dementen Bewohnern in den deutschen Altenpflegeheimen verschoben. In verschiedenen Studien wird die Anzahl dementiell Erkrankter an der Gesamtbewohnerschaft stationärer Pflegeeinrichtungen auf 50 bis 70 Prozent geschätzt (Weyerer et al. 2001; Bickel, 2001; Schäufele et al. 2002; BMFSFJ 1998). Wie dargestellt, liefert eine dementielle Erkrankung in Verbindung mit psychischen Auffälligkeiten den mit Abstand am häufigsten genannten Grund für eine Heimaufnahme (Bickel, 1996). Weyerer et al. (2001) verglichen in ihrer repräsentativen Mannheimer Studie Heimbewohner in der Einzugsphase mit denen, die vier Jahre zuvor aufgenommen wurden. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass in beiden Gruppen jeweils über 50 Prozent mittelschwer bis schwer dementiell erkrankt waren.

Wissenschaftler, Politiker und Praktiker kritisieren angesichts dieser hohen Zahl die derzeitige Pflege und Betreuung in der stationären Pflege als unzureichend (Schmidt 2002, Weyerer et al. 2004, Baltes/Gutzmann, 1990, Müller 1994). Insbesondere wird der hohe Psychopharmakaeinsatz und das Ausmaß an freiheitsentziehenden Maßnahmen bemängelt. In diesen Maßnahmen wird die Überforderung, zum Teil auch die Hilflosigkeit aller Beteiligten im Umgang mit den Erkrankten deutlich.

Klie et al. (2005) kritisieren, dass weder die Pflegeversicherung in ihrem Pflegebedürftigkeitsbegriff und in ihrem Leistungsspektrum, noch die Einrichtungen und ambulanten Dienste auf die Bedürfnisse dementiell Erkrankter ausgerichtet sind. Es wird nach wie vor von einem somatisch Pflegebedürftigen und selbst bestimmt agierenden Heimbewohner ausgegangen. Da es keine einheitlichen konzeptionellen Richtungen in der stationären Altenhilfe in Deutschland gibt, lässt sich die Versorgungssituation als noch im Versuchsstadium befindlich beschreiben. Viele Träger der Altenhilfe sind auf der Suche nach wirksamen Wegen zur Verbesserung der Versorgungsqualität und Lebenssituation dementiell Erkrankter.

Angesichts der Größenordnung der Zunahme der dementiellen Erkrankungen und der damit verbundenen Pflegekosten ist die Frage zu stellen, wie die vorhandenen Ressourcen in der Pflege und Betreuung der dementiell Erkrankten (z. B. durch spezielle Pflege-, Betreuungs- und Wohnkonzepte) eingesetzt werden. Kann das Ziel einer angemessenen fachlichen und den besonderen Bedürfnissen dieser Personengruppe gerecht werdenden Pflege mit diesen Konzepten erreicht werden?

„Dabei geht es nicht um sozialromantische Deinstitutionalisierungsbilder, sondern um fiskalisch und gesellschaftspolitisch hoch relevante Gestaltungsfragen hinsichtlich eines neuen Welfare-Mixes für die Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz“ (Klie et al., 2005, 124).

Auf diese Thematik wird im Folgenden näher eingegangen.

### **2.3. Theoretische Versorgungs- und Betreuungsmodelle**

Seit den 70er Jahren wurden aus verschiedenen Fachrichtungen theoretische Modelle zur Versorgung und Betreuung Demenzkranker entwickelt. Sie bilden die Grundlage für heutige Versorgungskonzepte und die räumliche Gestaltung stationärer Einrichtungen. Entsprechend der Entwicklung neuer Konzepte hat sich der Altenheimbau in Deutschland in den vergangenen Jahrzehnten beständig verändert.

Zur Darstellung der Entwicklung bietet sich die vom KDA vorgeschlagene Unterteilung in vier Generationen an (Bundesministerium für Gesundheit 2000). Praxisrelevante Modelle sind das medizinische Modell, das Rehabilitations-/Therapiemodell, ökologische Modelle und personenzentrierte Modelle wie unter anderem das psychosoziale Modell (Radzey et al., 2001).

Ausgehend von der ursprünglichen Vorstellung, dass psychisch auffällige Personen „verrückt“ oder „besessen“ sind, fand die Pflege und Betreuung dieser Menschen noch um die Jahrhundertwende in Armenhäusern statt. Die Betreuungskonzepte waren geprägt vom Verwahrcharakter. Die erste Generation des Altenheimbaus, die bis in die 60er Jahre reichte, ist geprägt von dem frühen Charakter der „Verwahranstalten“ mit einfachsten Versorgungsformen. Merkmale sind Mehrbettzimmer, lange funktionale Flure und minimale technische Ausstattung. Die eher kasernenhafte Organisation des täglichen Lebens bestand aus gemeinsamen Tagesrhythmen. Männer und Frauen wurden separiert untergebracht (Dieck, 1993). Das Pflegekonzept war an der „Verwahrung pflegebedürftiger Insassen“ orientiert und beinhaltete die Unterbringung und körperliche Versorgung (Arend, 2002).

Müller (1994) weist in ihrer Darstellung der geschichtlichen Entwicklung der Betreuungskonzepte für verwirrte alte Menschen darauf hin, dass sich die Sichtweise von einem unbeeinflussbaren geistigen Verfall erst ab den 40er Jahren verändert hat. Ausgelöst durch Ergebnisse verschiedener Experimente mit sensorischer Deprivation wird der Weg für die Erkenntnis über die Zusammenhänge zwischen Umweltfaktoren und psychischen Veränderungen geebnet. Ergebnisse sind zum Beispiel die halluzinatorischen Reaktionen auch junger Menschen auf Stunden der Dunkelheit und Stille sowie in einer Umgebung mit nicht eindeutigen Geräuschen und Lichtreizen. Nach Müller (1994) werden in diesem Zusammenhang Vergleiche zur „Reizdeprivation“ in Pflegeeinrichtungen gezogen.

### **2.3.1. Medizinisch/pflegewissenschaftliche Modelle**

Das medizinische Modell richtet den Fokus auf die biologischen Ursachen und Veränderungen der Erkrankung Demenz. Dahinter steht die bis in die 60er Jahre vorherrschende Defizit-Sichtweise, dass Alter gleichbedeutend mit Verlust ist (Wahl, 2004). Entsprechend dieser Fokussierung stehen die therapeutische Behandlung der Erkrankung, eine stark auf körperliche Aspekte ausgerichtete Pflege und eine medikamentöse Behandlung der kognitiven und funktionalen Einschränkungen im Vordergrund. Alle Maßnahmen sind auf das Ziel der Heilung der Erkrankung ausgerichtet und orientieren sich an der Krankheit des Patienten. Auf der Basis des medizinischen Modells entwickelte Pflege- und Betreuungskonzepte finden sich in Krankenhäusern, in der Langzeitbetreuung Demenzkranker und in ärztlich geleiteten gerontopsychiatrischen Stationen der Psychiatrischen Kliniken. Neben der medizinischen Therapie, die auf Heilung ausgerichtet ist, werden in diesen Einrichtungen auch kompensatorische Maßnahmen zur Symptomlinderung eingesetzt (Radzey et al., 2001).

Der Altenheimbau der zweiten Generation orientiert sich an der Krankenhausarchitektur mit streng funktionaler Gliederung des Baukörpers und einer eindeutigen Ausrichtung auf Medizintechnik und Sterilität. Statt der Mehrbettzimmer überwiegen jetzt Zwei- und Dreibettzimmer. Das Pflegekonzept ist auf die „Behandlung von pflegebedürftigen Patienten“ ausgerichtet und orientiert sich somit am medizi-

nischen Modell (Arend, 2002). Nach wie vor prägen lange funktionale Flure, stereotype Anordnungen der Räumlichkeiten und zentrale Versorgungseinheiten das Gesicht dieser Einrichtungen.

Weitere positive Forschungsergebnisse über die Wirkungen neu eingeführter Hirnstimulationsprogramme für psychisch Erkrankte führen seit den 50er Jahren zu einer erweiterten Sichtweise auf therapeutische Interventionsmöglichkeiten. Ergebnisse sind zum Beispiel die Verbesserung des Allgemeinzustandes dementiell Erkrankter durch die persönliche Zuwendung seitens des Personals und einer Beschäftigungstherapie. Nach Wahl/Heyl (2004) fand in den 60er Jahren ein Paradigmenwechsel statt: die Abwendung von der reinen Alter=Verlust Orientierung hin zu einem eher an Kompetenzen ausgerichteten Sichtweise. Diese Neuorientierung findet sich in Ansätzen in dem Realitäts-Orientierungs-Training (ROT), indem Erkenntnisse aus der Verhaltens- und Lerntheorie einfließen, wieder.

### **2.3.2. Rehabilitative / Therapeutische Modelle**

Seit den 60er Jahren wird in den USA ein neues Konzept von Folsom und Mitarbeitern (Müller, 1994) entwickelt: die Realitäts-Orientierungs-Therapie (ROT). Grundlage des Konzeptes und verschiedener Interventionsmaßnahmen ist die Überzeugung, dass auch dementiell Erkrankte lernfähig sind und in einem gewissen Rahmen bleiben. Auf der Grundlage dieser Erkenntnis wurden weitere Interventionskonzepte, wie zum Beispiel das Rehabilitations- beziehungsweise Therapiemodell, entwickelt.

Das ROT besteht aus zwei Komponenten. Erste Komponente ist die Stimulation von Denken und Gedächtnis und zweitens die Belohnung von richtigem Verhalten (van der Kooij, 2001 / Gutzmann und Zank, 2005).

Hauptprinzipien sind die Konfrontation der Betroffenen mit der Normalität mit dem Ziel, sie in die Gegenwart zurückzuholen. Das Programm wurde hauptsächlich von Pflegekräften durchgeführt und bestand in der Wiederholung der Informationen über Tag, Stunde, Namen und Aufgaben. Richtiges Erinnern der Betroffenen wurde gelobt. In Trainingsprogrammen wurde das Gedächtnis, die Tagesstruktur etc. geübt. Die stark kognitive ausgerichtete therapeutische Interventionsform des ROT sowie die Konfrontation der Betroffenen mit Tatsachen führte bei den Demenzkranken zu Versagensängsten und zum Scheitern der Bemühungen. Das ROT wurde als „Erziehungsprogramm“ kritisiert (z. B. Klie, 2001).

Das Rehabilitations- beziehungsweise Therapiemodell unterscheidet sich vom medizinischen Modell durch die Grundannahme, dass der dementielle Abbauprozess durch rehabilitative Maßnahmen verlangsamt oder ggf. gestoppt werden kann. Die Verbesserung bzw. Verlangsamung des Abbaus der kognitiven und funktionalen Leistungen soll durch gezieltes Training und Anregung der geistigen Fähigkeiten, wie sie zum Beispiel in Beschäftigungs- und Gedächtnistrainings stattfinden, erreicht werden (Radzey et al., 2001; Meier-Baumgartner, 1994). Dementsprechend werden aktivierende und rehabilitative Konzepte der Pflege- und Betreuung entwickelt, deren Grundlage das Rehabilitations- bzw. Therapiemodell bildet. Die Pflegekonzepte sind auf die „Aktivierung von Bewohnern“ ausgerichtet (Arend, 2002). Sie spiegeln sich in der Architektur der dritten Generation des Altenheimbaus wieder- mit deutlich aufgelockertem Charakter, der an ein Wohnheim oder Hotel ange-

lehnt ist. In der Gestaltung des Wohnumfeldes spielen jetzt Privatsphäre, individuelle Gestaltungsmöglichkeiten der Zimmer, zum Beispiel durch eigene Möbel, Gemeinschaftsräume zur Kommunikation und Beschäftigungstherapie, eine prägende Rolle. Nach wie vor gibt es zentrale Versorgungs- und Pflegeeinheiten, in denen die Arbeitsaufgaben bewohnerfern und stark funktionsbezogen durchgeführt werden. Dies geschieht zum Beispiel in Großküchen und Pflegedienstzimmern.

Das Rehabilitations- beziehungsweise Therapiemodell wird überwiegend in Langzeitpflegeeinrichtungen der Altenhilfe und in geriatrischen Abteilungen der Krankenhäuser als Grundlage der Pflege- und Betreuungskonzepte eingesetzt.

Alle drei Generationen sind durch das Defizitmodell vom Alter geprägt. Grundzüge finden sich noch heute in verschiedenen stationären Altenpflegeeinrichtungen wieder (Bundesministerium für Gesundheit, 2000). Die dritte Generation wird als die sogenannte klassische Form des Altenheimbaus bezeichnet (Bundesministerium für Gesundheit, 2000).

Schmidt (2002) beschreibt die derzeitigen unterschiedlichen Settings in der stationären Betreuung dementiell Erkrankter als „Paradigmenwechsel“ von der therapeutischen Beeinflussung zur Entwicklung einer „krankheitsangemessenen Umwelt“. Als Basis für die Gestaltung dieser angemessenen Umwelt dienen ökologische Modelle.

### **2.3.3. Ökologische Modelle**

Ökologische Modelle wurden in den USA seit den 30er Jahren entwickelt und erst später auch in Deutschland, in der ökologischen Gerontologie, aufgegriffen. In den 60er bis zu den 80er Jahren stand Wohnen im Alter im Mittelpunkt vieler Studien. Auf ihrer Grundlage wurden ökologische Theorien zur Person-Umwelt-Sicht vom Alter entwickelt, die sich noch heute nachhaltig auf die Gerontologie auswirken. In Deutschland wurde zunächst der Fokus bis zu den 80er Jahren auf das Altern in Institutionen ausgerichtet und seit den 90er Jahren auf das Wohnen in Privathaushalten. Die Forschung in den USA befasste sich seit Anfang der 1990er Jahre zunehmend mit der Person-Umwelt Beziehung dementiell erkrankter alter Menschen (Wahl, 2005). Die Forschungen belegen eine ständige Wechselbeziehung zwischen der räumlich-sozialen Umwelt und dem alten Menschen. Dieses Erkenntnis bildet die Grundlage für verschiedene ökologische Modelle (Wahl, 2000/Saup, 1989).

#### **Person-Umgebungs-Passungs-Modell**

Das bekannteste ökologische Theoriekonzept ist das 1973 von Lawton und Nahemow entwickelte „Person-Umgebungs-Passungs-Modell“ (Radzey et al. 2001, Wahl, 2000). Nach diesem Konzept wird davon ausgegangen, dass es einem Menschen wahrscheinlich gut geht, wenn seine Kompetenzen mit den Anforderungen der Umwelt übereinstimmen. Bei abnehmenden Kompetenzen, wie dies bei dementiell Erkrankten der Fall ist, beeinflussen die Umgebungsbedingungen im positiven wie im negativen Sinne die Befindlichkeit des Einzelnen. Der Stellenwert der Umwelt wächst mit den Kompetenzeinbußen und kann von den Betroffenen als „Umweltstress“ (Wahl 2000) empfunden werden. Lawton betont in seiner „docility“-These die Möglichkeit der positiven Beeinflussung zum Beispiel von Verhaltensauffälligkeiten durch ein auf die individuelle Situation des

Einzelnen abgestimmtes, prothetisch gestaltetes Umgebungsmilieu (Saup, 1993). Die räumliche Gestaltung der Umgebung entspricht der vertrauten bisherigen Umgebung, Funktionsräume sind klar und eindeutig gekennzeichnet, Flure und Gemeinschaftsräume enthalten stimulierende Anregungen für den Einzelnen. Saup (1993) weist daraufhin, dass Lawtons Modell die Möglichkeit einer persönlichen Entwicklung, ausgelöst durch die Auseinandersetzung mit Umweltanforderungen, nicht berücksichtigt. Daher sieht er dieses Modell nicht prozeßhaft, sondern eher als statisch an.

### **Person-Umgebungs-Interaktionsmodell**

Das ökologische „Person-Umgebungs-Passungs-Modell“ wurde von Kanaha (1975 und 1982) zum Person-Umgebungs-Interaktionsmodell (person-environment interaction model) weiterentwickelt und erlangte in den USA besondere Beachtung. Dieses Modell wurde auf Altenpflegeheime und deren Bewohner angewendet. Grundlage ist die Vorstellung, dass sich ein Mensch immer dann wohlfühlt, wenn seine persönlichen Bedürfnisse mit den Bedingungen der Umwelt übereinstimmen. Die Übereinstimmung (congruence) zwischen Umwelt und Individuum bezieht sich nicht nur auf räumlich/physische Umweltaspekte, sondern auch auf soziale Umgebungsaspekte.

### **Person-Umwelt-Streß-Ansatz**

Der „Person-Umwelt-Streß-Ansatz“, von Hall und Buckwalter 1987 entwickelt, wird als demenzspezifische Erweiterung der oben genannten Modelle gewertet (Radzey et al., 2001). Grundlage ist hier ebenso die Beziehung zwischen Umgebungsbedingungen und den im weiteren Krankheitsverlauf zunehmenden kognitiven und funktionalen Einschränkungen der Betroffenen. Die ständige Überforderung der Betroffenen führt zu Aggressionen und Gefühlsausbrüchen. Bezogen auf das Konzept sollen die Umweltreize, die als Stressoren zu Abwehrreaktionen führen können, auf ein Minimum reduziert oder ausgeschaltet werden. Das Betreuungsmilieu ist durch „kontrollierte Stimulation“ (Radzey et al. 2001; Wahl, 2000) und durch die Ausschaltung akustischer und visueller störender Reize wie zum Beispiel Radio oder Fernsehen gekennzeichnet. Mit dieser Vorgehensweise soll eine weitgehende Ausgeglichenheit der Betroffenen erreicht werden.

### **Prozessmodell der Person-Umwelt-Interaktion**

Nach Saup lassen sich die verschiedenen theoretischen Ansätze der ökopsychologischen Theorie in drei Gruppen einordnen. Dies sind Kompetenz-, Kongruenz- und Streßverarbeitungs- beziehungsweise Prozessmodelle (Seidl und Walter, 2002).

In den Kompetenzmodellen wird davon ausgegangen, dass die Anpassung der alten Menschen an herausfordernde Umweltbedingungen überwiegend von ihren Fähigkeiten beeinflusst werden.

In den Kongruenzmodellen wird davon ausgegangen, dass die erfolgreiche Anpassung durch ein Übereinstimmen der Merkmale der Umwelt mit denen des alten Menschen ermöglicht wird.

Beide Modelle erscheinen eher statisch im Gegensatz zu den Stress- bzw. Prozessmodellen. Bei diesen werden die alten Menschen als aktiv gestaltende Personen

innerhalb eines prozesshaften, sich immer wieder verändernden Umfeldes gesehen. Bei der näheren Betrachtung der Person-Umwelt-Beziehung erhalten alle drei Aspekte Bedeutung. Die Wahrnehmung der Umwelt wird dabei stark durch die individuelle Betrachtungsweise, den Gesundheitszustand und die psychische Situation geprägt. Saup (1993) entwickelt das „Prozessmodell der Person-Umwelt-Interaktion im Alter“. Die Interaktion des älteren Menschen mit seiner „alltäglichen räumlich-sozialen Umwelt“ steht dabei im Vordergrund.

Saup sieht darin „einen Handlungsprozess, der einerseits durch Umweltfaktoren und Situationsmerkmale und andererseits durch personenspezifische Faktoren wie Umweltdispositionen und –fähigkeiten als auch durch externe Ressourcen beeinflusst ist.“ (Saup, 1993, 48).

Die alltäglich genutzte räumlich-soziale Umwelt wird unterteilt in „Settings“ (zum Beispiel Wohnung, Pflegestation) und „Aktionsräume“ (zum Beispiel Altenpflegeheim, Quartier) (Saup, 1993). Saup ordnet beiden zur näheren Charakterisierung verschiedene Attribute zu. Dies sind beispielsweise Erreichbarkeit und Zugänglichkeit, Sicherheit und Unterstützungsgrad, Anregungsgehalt und Stimulierung, Lesbarkeit und potentieller Belastungsgrad der unmittelbaren Umwelt (vgl. Saup, 1993). Diese Umweltmerkmale können sich fördernd oder hindernd auf die Person-Umwelt-Aktion auswirken. In diesem Sinne kann die Umwelt als Ressource für subjektive Prozesse der Auseinandersetzung beziehungsweise im negativen Falle hindernd als Barriere auf individuelle Verhaltensweisen auswirken. Mit beeinflusst werden die Person-Umwelt-Interaktion durch habituelle, im Laufe der Biographie erworbene und geprägte Personmerkmale. Saup bezeichnet sie als „Umweltdispositionen“. Dies sind zum Beispiel die Sensibilität gegenüber auditiven und sensitiven Reizen, die individuell stark ausgeprägt sind und zu einer unterschiedlichen Wahrnehmung von Beeinträchtigungen führen. Individuelle Unterschiede in den Umweltdispositionen werden auch durch psychische und physische „Umweltfähigkeiten“ und der Verfügbarkeit externer, finanzieller und sozialer Ressourcen, wie zum Beispiel Geld und enge Beziehung zu Angehörigen, deutlich. Verhalten und Erleben des älteren Menschen werden nach diesem Modell nicht nur durch die faktische räumliche-soziale Umwelt, sondern auch durch die subjektiv erlebte Umwelt geprägt. In einer „Ziel-Perzeptions-Bilanzierung“ (Saup, 1993, 55) werden die individuellen, situationsspezifischen Ziele mit den Anforderungen der konkreten räumlich-sozialen Umwelt verglichen. Die Ergebnisse dieser Bilanzierung können in der Übereinstimmung bestehen und deshalb positiv wahrgenommen werden. Werden Diskrepanzen festgestellt, führt dies in der Regel zu kognitiven und / oder emotionalen Anstrengungen, um sie auszugleichen. Durch sein Verhalten versucht der ältere Mensch, einen verändernden Einfluss auf seine Umwelt auszuüben. Gelingt dies, so kann von einer positiven Person-Umwelt-Interaktion ausgegangen werden. Gelingt dies dauerhaft nicht, können negative Auswirkungen auf die Persönlichkeit, das Wohlbefinden und die Lebensqualität die Folge sein. Die in vielen Untersuchungen zur Situation von Heimbewohnern festgestellte Hoffnungslosigkeit, Depressivität und Rückzugtendenzen der Bewohnerschaft deuten auf eine überwiegend negative Ziel-Perzeptions-Bilanzierung in stationären Einrichtungen der Altenhilfe hin.

### **2.3.4. Soziotherapeutische Modelle**

Das soziotherapeutische Modell wurde 1980 in Holland entwickelt und führte in Holland zum Teil zur Auflösung der vorherigen, großräumigen Heimstrukturen zugunsten kleinerer Wohneinheiten mit Selbstversorgungscharakter. Grundlage dieses Modells ist die Erweiterung der materiellen, räumlichen Umwelt auf die soziale Umwelt der Betroffenen. Der wichtigste Umweltfaktor sind in diesem Modell die Menschen, die in einem Altenheim miteinander zu tun haben (Kors/Seunke, 1997). Dies sind die Bewohner, das Personal, die Mitbewohner, die Familie und die Ehrenamtlichen. Sie sind es, die die Umwelt prägen und deren Einfluss verändern können. Nach der Definition des Ausschusses für Soziotherapie ist Soziotherapie

„...die methodische Einflussnahme auf das Lebensklima einer Gruppe von Patienten mit dem Ziel, diese Gruppe klinisch oder teilweise klinisch zu behandeln, wobei die Behandlungsziele der einzelnen Patienten berücksichtigt werden“. (Kors/Seunke, 1997, 58).

Ein soziotherapeutisches Klima besteht aus vier Bedingungen. Wichtigste Bedingung ist die Bildung von Kleingruppen, die sich idealerweise aus bis zu acht Bewohnern zusammensetzen und einen starken Familiencharakter aufweisen. Zweite Bedingung ist die Differenzierung in Gruppen mit Menschen, die in etwa das gleiche Niveau beziehungsweise Krankheitsstadium haben. Damit soll verhindert werden, dass Bewohner zum Beispiel wegen störenden Verhaltens ausgegrenzt werden. Idealerweise ergänzen und stützen sich die Bewohner untereinander. Durch eine anregungsreiche Umwelt- und Angebotsgestaltung wird die Motivation der Betroffenen, ihre Selbständigkeit zu erhalten und zu fördern, angeregt. Vierte Bedingung ist die Integration der Angehörigen, freiwilligen Helfer und aller an der Pflege und Betreuung Beteiligten in die Alltagsgestaltung. Die Pflege und Betreuung wird nach diesem Modell in Form der Gruppenpflege durchgeführt (Kors/Seunke, 1997).

### **2.3.5. Psychosoziale Modelle**

Im Jahre 1993 wurde von Tom Kitwood in England das psycho-soziale Modell zur Pflege und Betreuung dementiell Erkrankter entwickelt (Kitwood, 2000). Grundlage dieses Modells ist die besondere Bedeutung, die den sozialen Beziehungen zwischen Betroffenen und ihren Aktionspartnern zugemessen wird. Im Mittelpunkt dieses Konzeptes steht der Mensch und nicht die Erkrankung. In diesem personenzentrierten Ansatz ist die Erkrankung Demenz eine besondere Belastung für die Betroffenen und ihre Bezugspersonen, da sie in der Kommunikation und Interaktion durch die kognitiven und funktionalen Veränderungen im Krankheitsverlauf zunehmend eingeschränkt sind. Probleme im Zusammenleben und die individuelle Situation des Betroffenen sind deshalb die wichtigsten Fragestellungen im psychosozialen Modell. Erweitert wird das Modell durch die Berücksichtigung der individuellen Lebensqualität, die sich in der Beachtung individueller Bedürfnisse als auch in der Berücksichtigung des Rechts auf Selbstverwirklichung ausdrückt, zum Beispiel durch selbständige Tätigkeiten (Radzey et al., 2001). Dadurch sollen dementiell Erkrankte das Gefühl der Unabhängigkeit erleben. Voraussetzung ist, dass die Tätigkeiten auf die individuelle Situation und das Vermögen des Einzelnen abgestimmt sind und dessen Gewohnheiten und Interessen entsprechen. Verletzun-



gen oder andere Gefährdungen der Betroffenen werden als nachrangig betrachtet. Das psychosoziale Modell nach Kitwood (2000) stellt ein Konzept zur Umsetzung der individuellen Lebensqualität für alte Menschen mit dementiellen Erkrankungen dar. Es wird inzwischen in den USA, Großbritannien, Japan, Spanien und in Deutschland in den Einrichtungen zur Verbesserung der Betreuung von dementiell Erkrankten eingesetzt (Radzey et al., 2001/Innes, 2004).

Die wichtigsten Gedanken der ökogerontologischen Modelle und des psychosozialen Modells nach Kitwood stellen in dieser Arbeit den theoretischen Hintergrund für die Beobachtung des Wohlbefindens bei dementiell Erkrankten dar. Aus diesem Grund wird das psychosoziale Modell nach Kitwood unter dem Aspekt des Wohlbefindens im Kapitel 3 näher erläutert.

Auf der Grundlage der ökologischen Modelle und unter Einfluss psychosozialer Konzepte wie zum Beispiel von Kitwood entsteht die vierte Generation des Altenheimbaus, in der die räumliche Gestaltung an einer normalen Wohnung und am Konzept der „alltagsnahen Normalität“ (Bundesministerium für Gesundheit, 2000, 9) ausgerichtet ist. Es entstehen die „Hausgemeinschaften“.

Sie stellen eine Weiterentwicklung der bisher pflegedominierten Heimkonzepte hin zu Unterstützungsformen für weitgehend selbstbestimmtes Leben auch bei hoher Pflegebedürftigkeit dar. Einfluss auf die Entwicklung dieser Konzepte hat die Bewegung innerhalb der Behinderten- und Psychiatriereform, die in den 70er und 80er Jahren die Auflösung stationärer Großeinrichtungen zugunsten kleiner Wohngruppen bewirkt hat. In dieser Zeit entstanden Wohngruppenkonzepte, die sich fachlich nicht mehr an der „Anstaltsversorgung“ mit medizinisch / pflegerischen Hintergrund, sondern an der gelebten „Normalität“ ausrichteten. Dies sind selbstorganisierte Wohngemeinschaften für psychisch Kranke, jüngere Menschen, ambulant konzipierte Wohngemeinschaften für dementiell Erkrankte, stationär ausgerichtete Hausgemeinschaften und sowohl ambulant als auch stationär betriebene Wohngruppen. Die wesentlichen Unterschiede ergeben sich in der Anwendung des Heimgesetzes, das für die stationär betriebenen Hausgemeinschaften zur Geltung kommt und der Radikalität, in der sie eine normale Wohnung als Wohnumfeld nutzen. So befinden sich im Wesentlichen die ambulanten Wohngemeinschaften in einer normal angemieteten Wohnung, in der zum Beispiel die Sanitärräume nicht der Heimmindestbauverordnung (die Badewanne muss an drei Seiten frei zugänglich sein) entsprechen. Für alle drei Wohnformen gilt eine geringe Gruppengröße, die zentrale Rolle der gemeinsamen Gestaltung des Alltags, die Einbeziehung der Angehörigen und Ehrenamtlichen sowie der Beteiligung der Betroffenen an den Aktivitäten des täglichen Lebens. Im Folgenden wird näher auf die stationäre Betreuungsform der Hausgemeinschaften eingegangen.

Alle Aktivitäten in diesen Hausgemeinschaften sind am Ablauf und den Tätigkeiten in einem normalen Familienleben ausgerichtet. Dem Leitbild entsprechend werden die Anstaltsstrukturen mit den zentralen Versorgungseinheiten zu Gunsten kleiner familienähnlicher Bewohnergruppen, in denen sämtliche Aktivitäten stattfinden, aufgelöst. Die Bewohner dieser Gruppen werden zum „Mitglied einer Hausgemeinschaft“. Es gilt der Grundsatz: „so viel Selbständigkeit wie möglich, so viel Pflege und Hilfe wie nötig“ (Bundesministerium für Gesundheit, 2000, 12). Die Gestaltung der Räumlichkeiten weicht von der bisherigen Stationsstruktur ab. Die Zimmer der Wohngruppenmitglieder sind um den zentralen Mittelpunkt mit dem großzügigen, gemeinschaftlich genutzten Wohn-/Essbereich mit einer offenen Küche herum gruppiert.

In der folgenden Tabelle werden die verschiedenen Generationen des Altenheimbaus mit ihren Leitbildern, Kennzeichen, Grundzügen der Pflege- und Betreuungskonzepte sowie deren Nutzer zusammengefasst.

**Tabelle 1: Darstellung der verschiedenen Generationen des Altenheimbaus**

<b>Generation</b>	<b>Leitbild</b>	<b>Kennzeichen</b>	<b>Pflege- und Betreuungskonzept</b>	<b>Nutzer</b>
I	Verwahranstalt	Wohn- und Schlafsäle	Unterbringung und körperliche Versorgung nach dem Modell der Verwahrpflege	Insasse
II	Krankenhaus	Pflegestationen	Grund- und Behandlungspflege nach dem medizinischen Modell	Patient
III	Wohnheim/Hotel	Wohnbereiche/zentrale Einrichtungen	Aktivierende rehabilitative Pflege nach dem Rehabilitations- bzw. Therapiemodell	Bewohner
IV	Hausgemeinschaft	Kleine familienähnliche Gruppen mit permanent anwesender Bezugsperson	Selbstbestimmtes am Alltag ausgerichtete Leben nach dem ökologischen und psychosozialen Modell	Mitglied

### 2.3.6. Tabellarische Synopse der verschiedenen Modelle

Im Folgenden werden die verschiedenen theoretischen Modelle, die jeweiligen zugrunde liegenden Sichtweisen zur Demenz, Zielsetzungen und Interventionen tabellarisch dargestellt.

**Tabelle 2: Tabellarische Synopse der verschiedenen Modelle**

<b>Theoretische Modelle</b>	<b>Sichtweisen zur Demenz</b>	<b>Zielsetzungen</b>	<b>Maßnahmen/Interventionen</b>
Medizinische/ pflegewissenschaftliche Modelle	Demenz als Krankheit mit molekularen biologischen und neuropsychischen Defiziten/Zerstörung der neuronalen Funktionen	<b>Ziele:</b> Stabilisierung des Gesundheitszustandes der Erkrankten, Verringerung der Verhaltensauffälligkeiten	Kausale Behandlungsstrategien, Behandlung der Symptome zur Verzögerung bzw. Heilung der Krankheit
Rehabilitative/therapeutische Modelle	Lebenslanges Lernen möglich; kognitivistische Herangehensweise	<b>Ziele:</b> Verlangsamung des Abbauprozesses durch Stimulation und Lernsituationen	Stimulation von Denken und Gedächtnis; Konfrontation mit der Normalität; Belohnung richtigen Verhaltens
Ökologische Modelle	Einfluss der räumlichen Milieus/Person-Umwelt-Beziehung	<b>Ziele:</b> demenz- bzw. kompetenzgerechte Ausgestaltung der Wohnformen und Formen des individuellen Umgangs mit Demenzkranken	Individuelle Anpassung der räumlichen und sozialen Umweltgestaltung
Soziotherapeutische Modelle	Einfluss des Personals, der Angehörigen und Mitbewohner	<b>Ziele:</b> Teilhabe an Gemeinschaft trotz der Erkrankung/ Ermöglichung von sozialer Interaktion und Kommunikation	Methodische Einflussnahme auf das Lebensklima einer Gruppe
Psycho-soziale Modelle	Akzeptanz der Erkrankung und ihrer Symptome/ Verbindung von sozialer und Person-Umwelt-Beziehung	<b>Ziele:</b> Gelingender Alltag; Wahrnehmung individueller Wünsche und Bedürfnisse/ Verbesserung der Lebensqualität	Verknüpfung von Raumstruktur und personalen Milieukomponenten; Schaffung einer demenzgerechten Normalität

Zur Beurteilung der Güte der verschiedenen Modelle kommen die Autoren der Studie des BMFSFJ (2001) zu dem Schluss, dass wichtige Zielkriterien bei der Evaluation der Betreuungskonzepte meist nicht untersucht werden und systematische Untersuchungen zu den Effekten einzelner Betreuungskonzepte ebenfalls nicht vorliegen. Eine Übertragbarkeit der Forschungsergebnisse sowie internationale Vergleiche scheitern zudem an der mangelnden einheitlichen Definition der wichtigsten Begrifflichkeiten, wie Re und Wilbers (2004) feststellen.

Ungeachtet mangelnder Wirksamkeitsstudien sind in der Altenhilfe seit den 80er Jahren eine Reihe von Rezepten zur Demenzbetreuung mit einfachen Erklärungsversuchen verbreitet, darunter Konzepte wie das ROT, das in den 90er Jahren von der Validation abgelöst wurde; später folgte das Snoezeln (eine Übersicht bietet das KDA 2001). Die Umsetzung der Konzepte ist mit hohen Kosten in der Schulung der Mitarbeiter beziehungsweise in der baulichen Umsetzung (Einrichtung eines Snoezelraumes) verbunden, deren Nutzen bisher nicht evaluiert wurde. Das verdeutlicht den hohen Handlungsdruck, der heute auf die Einrichtungen der stationären Altenhilfe besteht.

## **2.4. Institutionelle Wohn- und Versorgungsformen**

Stationäre Einrichtungen der Altenhilfe werden entsprechend ihrer Wohnform in Altenpflegeheime, Altenwohnheime und Altenheime unterteilt. Diese klassischen Heimtypen lassen sich heute nicht mehr eindeutig von einander abgrenzen. Es haben sich vielmehr Mischformen herausgebildet, die verschiedene Wohnformen in einer mehrgliedrigen Einrichtung vereinen. In der Alltagssprache wird die Bezeichnung *Altenheim* weitgehend synonym für Pflegeheim verwendet und mit entsprechend negativen Assoziationen verbunden.

### **2.4.1. Formen der stationären Versorgung**

Das *Altenheim* eignet sich für alte Menschen jenseits des 65. Lebensjahres, die keine beziehungsweise nur geringe Unterstützung bei der Gestaltung des Alltags benötigen und in der Lage sind, den eigenen Haushalt ohne Hilfestellung durch Dritte zu führen. Im *Altenheim* werden in der Regel Zimmer oder kleine altengerecht gestaltete Appartements mit Küche und Bad angeboten. Die Einrichtungen sind überwiegend an ambulante Pflegedienste angeschlossen, die notwendige Hilfe und Pflege übernehmen können. Das reine *Altenheim* hat durch den weiteren Ausbau der ambulanten Versorgung im Zuge des Pflegeversicherungsgesetzes und der Schaffung von Service-Wohnanlagen für alte Menschen an Bedeutung verloren (Marwedel, 2004/Dieck 1994). Diese *Alten-Service-Häuser* verkörpern das Wohnangebot in den Quartieren für Menschen mit niedrigeren Einkommen. Sie werden in der Regel mit Mitteln des sozialen Wohnungsbaues finanziert. Ihr Konzept besteht darin, das Dienstleistungsangebot fortlaufend dem Bedarf entsprechend anzupassen bis hin zur Sterbebegleitung und Pflege bis zum Tode.

Demgegenüber bieten *Altenwohnheime* gestaffelte Wohnangebote, von kleinen Ein-Zimmer-Appartements mit Kochnische und Bad bis zu Zwei- und Drei-Zimmer-Appartements. Die Appartements sind altengerecht eingerichtet und mit Notrufsystemen ausgestattet. Je nach Bedarf können weitere Hilfestellungen und Unterstützung einschließlich Pflege und Betreuung hinzugewählt werden. Auch diese Wohnform richtet sich an ältere Menschen, die ihre Selbständigkeit in weiten Teilen des täglichen Lebens besitzen und noch nicht dauerhaft auf Pflege und Betreuung angewiesen sind.

Das *Altenpflegeheim* richtet sich an dauerhaft pflegebedürftige alte Menschen und bietet eine umfassende pflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung an. Die pflegebedürftigen alten Menschen leben in Ein- oder Mehrbettzimmern. Die Pflege

und die hauswirtschaftliche Versorgung werden in der Regel von im Heim angestellten Mitarbeitern geleistet.

Aufgrund der demographischen Entwicklung und des Ausbaus des ambulanten Versorgungssystems hat sich die Bewohnerschaft dieser Einrichtungstypen gewandelt. Die früher gültige Einteilung der Bewohner in rüstige Altenwohnheimbewohner ohne Pflege- und Betreuungsbedarf und umfassend pflegebedürftige Altenpflegeheimbewohner ist so nicht mehr haltbar. Auch in die Altenheime und Altenwohnheime ziehen inzwischen Bewohner mit psychiatrischen Erkrankungen ein. Nach Untersuchungen von Grond (1993) zu Diagnosen von Bewohnern der verschiedenen Wohnformen befinden sich in Altenpflegeheimen Bewohner mit psychiatrischen Krankheiten zu 82 Prozent, in Altenheimen zu 61,8 Prozent und in Altenwohnheimen zu 38,5 Prozent. Der Anteil der Demenzerkrankung nimmt innerhalb der psychiatrischen Krankheiten den größten Anteil ein. Damit wird der Bedarf einer Anpassung an die veränderten Bedürfnislagen ihrer derzeitigen und künftigen Bewohnerschaft in allen drei Wohnformen deutlich und erfordert neue Wohnkonzepte.

Übersicht entnommen aus Grond (1993, 130).

<b>Diagnosen</b>	<b>Altenpflegeheim</b>	<b>Altenheim</b>	<b>Altenwohnheim</b>
Demenz	56,9%	38,2%	7,7%
Depression	12,5%	16,2%	23,5%
Alkoholismus	5,6%	1,5%	-
Schizophrenie	1,4%	1,5%	5,1%
Persönlichkeitsstörung	5,6%	4,4%	2,6%
<b>Psychiatr. Krankheiten insgesamt</b>	<b>82,0%</b>	<b>61,8%</b>	<b>38,5%</b>

### 2.4.2. Stationäre Pflegesettings

Der Begriff „Setting“ stammt aus dem Englischen und bedeutet übersetzt „Rahmen“ oder „Umgebung“. Der Brockhaus (2001, 546) subsumiert unter „Setting“

„...allgemein die objektive, physisch-soziale Umgebung eines Ereignisses. Im weiteren Sinn werden darunter auch alle Rahmenbedingungen für einen Prozess verstanden.“

Eine erweiterte Definition liegt von Dorsch (Psychologisches Wörterbuch 1998, 787) vor:

„Setting (engl. Setzen, Anordnung), Milieu, Umgebung, Situation, Arrangement...“

Der Ökogerontologe Saup (1993, 80) greift den Umweltaspekt des Begriffes „Setting“ auf:

„Das Setting kann auch als eine phänomenale Umwelteinheit interpretiert werden; d.h. die Alltagsmenschen sind mit Settings als Orte ihrer unmittelbaren Alltags-

umwelt phänomenal vertraut...Das alltägliche Verhalten und Erleben älterer Menschen ist in ihre unmittelbare Lebensbereiche (Settings) eingebettet.“

Saup bezieht sich mit dieser Sichtweise auf sozial- und verhaltenswissenschaftliche Theoriekonzepte, unter anderem das Konzept des „Behavior Setting“ aus der ökologischen Psychologie. Grundlage ist der von Barker (Volpert, 1984, Saup, 1993) geprägte Begriff des „Behavior Setting“ (behavior englisch= Verhalten).

Volpert (1984, 1-2) zitiert in seiner Darstellung des Behavior Setting die Umschreibung von Kaminski von 1983 nach der das Behavior Setting

„eine überindividuelle ökobehaviorale System-Einheit, ein raumzeitlich abgrenzbares Gesamt-Geschehen, dessen innere Organisiertheit durch eine Art Programm bestimmt erscheint und das bis in seine Details auf das physische Milieu abgestimmt erscheint ... Jedes dieser Behavior Settings ist gekennzeichnet durch spezifische gleichbleibende Verhaltensmuster (standing patterns of behavior), die sich aus seinem Programm ergeben. Mit ihnen ist gleichsam vom Gesamtsystem her weitgehend festgelegt, welche Handlungen das sich im System aufhaltende Individuum (‘inhabitant’) vollführt.“

Mit diesem Ansatz werden die Auswirkungen der äußeren Umweltbedingungen auf den einzelnen Menschen erklärt. Saup (1993, 10) führt, wie vorher dargestellt, dazu aus:

„Die Betrachtung der räumlichen Dimension des menschlichen Alltags muß demnach eine zweifache oder doppelte sein; sie muß einerseits die sozial definierten räumlichen Umfelder des alltäglichen Lebensvollzugs fokussieren, andererseits aber auch die raumbezogenen Verhaltensweisen im Alltag thematisieren.“

Bezug nehmend auf die oben geschilderten Definitionen lassen sich drei Faktoren des Settings gesondert betrachten. Dies sind die Unterbringung (bauliche, konzeptionelle Faktoren), die Betreuung (Pflege- und Betreuungsmodelle) und die raumbezogenen Verhaltensweisen (Interaktion und Kommunikation).

Im Folgenden sollen zunächst die räumlich konzeptionellen Faktoren in Verbindung mit stationären Pflege- und Betreuungsmodellen für alte Menschen mit Demenz dargestellt werden. Die raumbezogenen Verhaltensweisen werden im Kapitel 4 ausführlicher dargestellt.

In der Langzeitversorgung alter Menschen lassen sich drei Formen der Settings je nach Zusammenführung oder Trennung in demente und nichtdemente Bewohner unterscheiden: integrative, teilintegrierte und segregative Versorgungssettings.

### **Integrative Settings**

In den meisten Einrichtungen überwiegt die integrative Pflege- und Betreuungsform. Sie wird von Schmidt (2002, 97) als „Integration ohne Integrationskonzept“ bezeichnet. Alle Bewohner leben und wohnen unabhängig von ihren Beeinträchtigungen gemeinsam in einer Einrichtung bzw. Tür an Tür. Es findet keine auf die besonderen Bedürfnislagen der dementiell Erkrankten abgestimmte Betreuung und Pflege statt. Die Gemeinschaftsräume werden von dementen und nichtdementen Bewohnern genutzt; Beschäftigungsangebote richten sich an beide Gruppen. Die

gemeinsame Unterbringungsform setzt ein hohes Maß an Verständnis, Rücksichtnahme und Toleranz beider Parteien voraus, das nicht immer vorhanden ist. Schmidt (2002) verweist auf die Situation der nichtdementen Bewohner, die im Zustand der körperlichen Pflegebedürftigkeit mit zum Teil ängstigenden Verhaltensweisen der dementiell Erkrankten konfrontiert werden. Probleme, die sich aus dem „verordneten“ Zusammenleben in der Praxis ergeben, sind zum Beispiel Aggressionen, Unverständnis und Ablehnung auf beiden Seiten (Müller, 1994 / Schmidt, 2002).

Neben den sich eher aus dem praktischen Zusammenleben ergebenden negativen Aspekten des integrativen Ansatzes gibt es eine Reihe theoretisch-ethischer Argumente, die für ein Zusammenleben sprechen. Müller (1994) verweist auf den Sonderstatus, den die dementielle Erkrankung durch eine gesonderte Behandlung der Betroffenen erhält. Dadurch werde die dementielle Erkrankung als nicht zum normalen Leben dazugehörend stigmatisiert. Eine Unterbringung in einer geschlossenen Abteilung, Einrichtung oder Tagesgruppe wäre mit einem Ortswechsel, dadurch ausgelösten notwendigen Anpassungsprozessen und erheblichen Einschränkungen in den persönlichen Selbstbestimmungsrechten der Betroffenen verbunden. Müller (1994, 20) verweist auf Dörner & Plog und Mätzke, nach denen ein „normales“ Umfeld und ein „normaler“ Umgang eine stabilisierende Wirkung auf dementiell Erkrankte haben können. Niebuhr (2004, 51) kommt in ihrer Zusammenfassung von Interviews mit 40 Demenzkranken, die zum Teil in stationären Einrichtungen lebten, zu einem ähnlichen Ergebnis.

„Das wichtigste Bedürfnis, das demenziell Erkrankte äußern, ist das Bedürfnis nach Zugehörigkeit und sozialen Kontakten. Demenzkranke wollen dazugehören, sie suchen die Nähe zu anderen ... Dieses Bedürfnis nach sozialen Kontakten verdeutlicht, wie wichtig es für die Kranken ist, ihr Leben möglichst „normal“ weiterzuführen. Am gesellschaftlichen Leben teilhaben zu können, dazuzugehören und nicht ausgegrenzt zu werden ist das zentralste Anliegen, das die Erkrankten auf vielfältigste Weise zum Ausdruck bringen.“ (Niebuhr, 2004, 51)

Des Weiteren können nichtdemente Bewohner von den Unterstützungsmaßnahmen für demente Bewohner profitieren und mit deren Hilfe ihre Selbständigkeit länger erhalten (vgl. auch Grond, 1991). Befürworter des integrativen Ansatzes befürchten in einer Separierung Demenzkranker deren Stigmatisierung als psychisch Kranke mit den Folgen einer weitgehenden Ausgrenzung und Abwertung in der Öffentlichkeit sowie im Heimgeschehen (Lind, 2000).

Weitere positive Ergebnisse ergab eine vergleichende Evaluationsstudie zur Demenzenbetreuung, die in Hamburg mit traditionell integrativ versorgten Demenzkranken durchgeführt wurde. Die von Weyerer et al. (2005, 2006) durchgeführte Studie kam zu dem Ergebnis, dass im integrativen Modell die Aktivitäten der Bewohner höher waren und länger von den Betroffenen aufrechterhalten werden konnten. Ebenfalls zeigte sich, dass eine Steigerung der Besuchshäufigkeit von Angehörigen sowie deren Einbindung in Pflege und Betreuung in diesen Einrichtungen zu verzeichnen waren.

Aufgrund dieser positiven Ergebnisse kann die integrative Betreuungsform nicht grundsätzlich als überholt betrachtet werden. Voraussetzung scheint allerdings eine konzeptionelle Berücksichtigung der besonderen Probleme im Zusammenleben von dementen und nichtdementen Bewohnern, die nicht dem zufälligen Gelingen überlassen sein darf.

## **Teilsegregative Settings**

Als Antwort auf die oben geschilderten Fragestellungen wurden teilsegregative Settings entwickelt. Teilsegregative Unterbringungsformen bestehen aus einer Kombination von integrativen, wie zum Beispiel das mit Nichtdementen gemeinsame Wohnen auf einer Station, und segregativen Elementen, wie die zeitweise Betreuung in besonderen Tagesgruppen. Vorteile des teilintegrierten Ansatzes liegen einerseits darin, in den Tagesgruppen dementiell Erkrankte individuell fördern zu können und andererseits ein gemeinschaftliches Leben im „normalen“ Umfeld zu ermöglichen. Nichtdemente Bewohner erhalten eine zeitliche Entlastung und können von den allgemeinen Unterstützungsmaßnahmen wie zum Beispiel Orientierungshilfen profitieren (Schmidt, 2002). Praktiker berichten über positive Effekte für nicht dementiell erkrankte Bewohner, bei dementiell Erkrankten sind hingegen die Ansichten gemischt. Einerseits profitieren sie von den individuellen Fördermöglichkeiten. Andererseits führt der tägliche Ortswechsel von der vertrauten Umgebung in die Tagesgruppe und zurück bei einigen zu erhöhter Unruhe und Weglauftendenzen. Hinzu kommt, dass sich dementiell Erkrankte gegenseitig mit ihrer Unruhe und Angst anstecken (Müller, 1994). Die Aufenthaltszeit in der Gruppe kann für die Betroffenen in diesem Fall zu einer Belastung werden.

## **Segregative Settings**

In einigen Einrichtungen werden segregative Betreuungsformen angeboten. Hierbei handelt es sich um klar von anderen Pflegebereichen abgegrenzte Wohngruppen, die ausschließlich für dementiell Erkrankte geschaffen worden sind (auch nach dem Domusprinzip benannt). Diese Wohngruppen unterscheiden sich durch eine strikte Ausrichtung der Betreuungs- und Beschäftigungsangebote auf die Bedürfnisse dieser Bewohnergruppe. Weyerer et al. (2004) weisen daraufhin, dass in Deutschland wenige wissenschaftlich gesicherte quantitative Studien zu Wirkungen besonderer stationärer Versorgungsformen für Demenzkranke vorliegen. Sie verweisen auf Praxisberichte, Einzelfallstudien wie von Damkowski et al. 1994 und Demenz-Verein Saarlouis e. V. 2000 und die Erfahrungen aus dem „Modellprogramm Stationäre Dementenbetreuung“ in Hamburg, die einhellig über positive Auswirkungen der separierten Betreuung auf die Betroffenen, das Personal und Angehörige berichten. Weitere positive Ergebnisse ergaben sich auch in amerikanischen Studien in Bezug auf Aktivitätsniveau, Geselligkeit, Agitiertheitsgrad und Fixierungen.

Diese positiven Einschätzungen in Bezug auf die Kernsymptome der Demenz, wie zum Beispiel der Verlust der Selbständigkeit in der Durchführung alltäglicher Tätigkeiten sind von amerikanischen Forschungen nicht bestätigt worden.

„Nach den bisherigen Forschungsbefunden kann eine Verzögerung des Leistungsabbaus bei Demenzkranken, wenn überhaupt, in erster Linie durch antidementive Medikamente und nur für eine begrenzte Zeitspanne erreicht werden“ (Weyerer et al., 2004, 7 und 2005, 87).

Ebenfalls nicht nachgewiesen werden konnte eine Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit und der Grad der Selbständigkeit in den alltäglichen Tätigkeiten.



Weyerer et al. (2004 und 2005) verweisen auf die Ergebnisse einer an ihrem Institut in Mannheim durchgeführten quantitativen und qualitativen Interventionsstudie, in der festgestellt wurde, dass einerseits die kognitiven Beeinträchtigungen und der Verlust an Selbständigkeit nicht beeinflusst werden konnten. Andererseits konnte durch zum Beispiel körperliche Aktivierung und andere kompetenzfördernde Maßnahmen eine positive Beeinflussung nichtkognitiver Symptome festgestellt werden. Ebenfalls zeigten sich in den Indikatoren für Lebenszufriedenheit deutliche Unterschiede zu integrativen und teilsegregativen Konzepten. So äußerten die Bewohner häufiger positive Gefühle; es entstanden mehr Sozialkontakte zum Personal; es wurden weniger freiheitsentziehende Maßnahmen notwendig, und es fand eine bessere gerontopsychiatrische Versorgung statt. Weyerer et al. (2004) warnen davor, aufgrund der bisher vorliegenden international uneinheitlichen Forschungsergebnisse Schlussfolgerungen für die Umsetzung zu ziehen. Dafür liegen ihrer Meinung nach zu wenig Erfahrungen und Evaluationen vor. Unter anderem fordern sie „Erfolgs-“ bzw. „Outcome-Kriterien“, die sich nicht nur an den Kernsymptomen der Erkrankung, sondern auch auf das Wohlbefinden und die Lebensqualität der dementiell Erkrankten richten, in eine konzeptionelle Bewertung aufzunehmen. Erst dann können Empfehlungen für die eine oder andere Betreuungsform ausgesprochen werden.

Es ist zu befürchten, dass die fachliche Diskussion durch die demographische Entwicklung überholt wird. Mit der Zunahme der dementiellen Erkrankungen wird in naher Zukunft fast die gesamte Bewohnerschaft in stationären Einrichtungen von kognitiven Einschränkungen betroffen sein. Es wird dann nur noch die segregative Betreuung geben. Die integrierte Betreuung ist eine auslaufende Betreuungsform. Die teilsegregative Betreuung wird sich eher an unterschiedlichen Schweregraden der dementiellen Erkrankung ausrichten. Diese Entwicklung erfordert eine konzeptionelle, Neuausrichtung der Heime, wie dies zum Beispiel in den verschiedenen Wohngruppen und Hausgemeinschaften vorgenommen wurde.

### **2.4.3. Hausgemeinschaften als Alternative?**

„Eine Hausgemeinschaft im hier verstandenen Sinne umfasst im Kern eine in einem gemeinsamen Haushalt lebende überschaubare soziale Gruppe von bis zu acht älteren pflegebedürftigen Personen“ (Bundesministerium für Gesundheit, 2000, 12).

Mitte bis Ende der 80er Jahre entwickelten sich im europäischen Ausland nach dem Konzept der Wohngruppen neue Versorgungsformen für dementiell erkrankte alte Menschen. Es entstanden unter anderem in Schweden die Gruppboende, in Großbritannien die Domus units, in Frankreich Cantou und in den Niederlanden Anton-Pieck-hofje. Aufgrund dieser Erfahrungen entstanden auch in Deutschland alternative Modelle wie die betreuten Wohngruppen zur Versorgung Demenzkranker in stationären oder ambulanten Einrichtungen (Radzey/Heeg, 2001). Kennzeichen dieser Hausgemeinschaften sind die Schaffung einer möglichst alltagsnahen Wohn- und Pflegesituation in kleinen überschaubaren räumlichen Zusammenhängen. Wie oben beschrieben, bestehen die Hausgemeinschaften aus maximal zehn Personen, deren Lebensmittelpunkt die Wohnküche ist. Die Bewohner werden in das unmittelbare Alltagsgeschehen einbezogen (Bundesministerium für Gesundheit, 2000). Alle Aktivitäten der täglichen Versorgung finden in dieser Wohnküche im Beisein der dort lebenden Personen statt (Wäschewaschen, Reinigungsarbeiten,

bügeln, kochen). Die Mitglieder der Hausgemeinschaft können sich ihrer Kompetenz und ihren Wünschen entsprechend an den Aktivitäten beteiligen, sie ganz übernehmen oder passiv an ihnen teilhaben. Das Mittagessen wird gemeinsam zubereitet: Einige Mitglieder schälen Kartoffeln oder rühren die Suppe im Kochtopf, andere schauen zu. Die sinnlichen Reize des normalen Lebens, wie zum Beispiel die Gerüche und Geräusche, die beim Essenkochen oder beim Bügeln entstehen, sind für alle in der Wohnküche erlebbar. Entsprechend der familienähnlichen Tageslaufgestaltung mit überwiegend hauswirtschaftlichen Tätigkeiten spielen in diesen Hausgemeinschaften Hauswirtschaftskräfte eine wichtige Rolle. Sie stellen die Präsenzkkräfte dar, die tagsüber als Ansprechpartner zur Verfügung stehen und in diesem Sinne die Rolle der „Hausfrau“ erfüllen. Da hauswirtschaftliche Tätigkeiten mehr oder weniger jedem Menschen geläufig sind, können Angehörige sich direkt in das Alltagsgeschehen einbringen. Die Rolle der Pflegekräfte besteht überwiegend in der Übernahme reiner pflegerischer Aufgaben, beziehungsweise in der Prozessbegleitung und Steuerung.

### **Forschungsstand**

Auf internationaler Ebene wurden ab Mitte/Ende der achtziger Jahre eine Reihe von Forschungsprojekten zu Auswirkungen von Wohngruppen mit überwiegend positiven Ergebnissen durchgeführt. Im Folgenden werden die wichtigsten europäischen Forschungsergebnisse zusammenfassend dargestellt (Radzey/Heeg, 2001).

#### **Schweden**

Von Annerstedt (1992) liegt eine Begleitforschung zu den Wohngruppen in Malmö vor. Die Ergebnisse der Forschung sind eine positive Wirkung der Wohngruppen während einer beschränkten Zeit der Demenzerkrankung. Festgestellt wurden eine Reduzierung von Symptomen wie Ängstlichkeit, Depression und Argwohn. Bewohner konnten in der Erhaltung ihrer Unabhängigkeit gestützt werden. Dies setzte allerdings eine Zusammensetzung der Bewohnergruppe im gleichen Stadium der Demenz, umfangreich qualifizierte und engagierte Mitarbeiter sowie eine überschaubare, wohnlich gestaltete Umgebung voraus. Die positiven Effekte sind dieser Studie zufolge zeitlich begrenzt und enden dann, wenn die Krankheit so weit fortgeschritten ist, dass eine sehr intensive Pflege notwendig ist. Dann entstehen durch die zeitintensive Pflegetätigkeit für die anderen Bewohner der Wohngruppen Nachteile. Diesen Ergebnisse zufolge können die Wohngruppen die Versorgungslücke zwischen der Pflege in der eigenen Häuslichkeit und den Pflegeheimen für einen begrenzten Zeitraum füllen.

#### **Frankreich**

Von Ritchie et al (1992) liegt eine Vergleichsstudie zu den Wohngruppen (Cantou) mit gerontopsychiatrischen Pflegebereichen vor. Die Ergebnisse der Forschung sind ebenfalls eine positive Wirkung in Bezug auf eine höhere Mobilität, eine größere Selbständigkeit, mehr Aktivität, weniger Depressivität und mehr verbale Kommunikation bei den Bewohnern der Wohngruppen.

#### **Großbritannien**

Von Lindsay et al (1991 in Radzey/Heeg, 2001) liegt eine ähnliche Vergleichsstudie zu den Damos Units im Vergleich mit gerontopsychiatrischen Pflegebereichen

vor. Die Studie kommt ebenfalls zu positiven Ergebnissen für die Wohngruppen in Bezug auf den Aktivitätsgrad der Bewohner, die Anzahl der Kontakte zwischen Bewohner und Personal sowie auf die Personalzufriedenheit. Auffallend sind die Einschätzungen der Fähigkeiten und Selbständigkeit der Bewohner durch das Personal der Wohngruppen. Obwohl sich beide Bewohnergruppen objektiv nicht unterschieden, schätzten die Mitarbeiter der Wohngruppen die Fähigkeiten der Bewohner positiver ein.

## **Niederlande**

Von Plaisier et al (1992) liegt eine Evaluation des Anton Pieck-hofje vor. Evaluert wurde die Erreichung der Einrichtungsziele. Auch die Ergebnisse dieser Studie sind positiv in Bezug auf die Zufriedenheit der Bewohner in einer alltagsnahen, häuslich gestalteten Umgebung.

Radzey/Heeg (2001) folgern, dass die bisherigen Studien zu den Wohngruppenmodellen nicht ausreichend zwischen den Effekten differenzieren, die durch eine kleinräumige, aus der eigenen Häuslichkeit vertrauten Umgebung oder durch eine veränderte Einstellung des Personals erzielt werden. Sie verweisen auf eine Studie von Downs (1997), in der der Umzug von dementiell erkrankten alten Menschen aus einer gerontopsychiatrischen Klinik in eine kleine Wohngruppe untersucht wurde. Die Veränderung der Wohnumgebung zeigte keine Auswirkungen auf Verhalten und Kompetenzen der Bewohner. Die Veränderungen bezogen sich auf einen „Wahrnehmungswandel“ des Personals. Die Mitarbeiter schätzten die Bewohner kompetenter und weniger auffällig ein. Entsprechend positiver eingestellt, förderten und unterstützten sie die Bewohner und trugen damit zum Erfolg der Wohngruppenkonzeption bei.

Radzey/Heeg (2001) kritisieren die durchgeführten europäischen Untersuchungen bezüglich der Nichtanwendung der in der Wissenschaft üblichen methodischen Standards. Aus diesem Grund warnen sie vor einer Verallgemeinerung der Ergebnisse.

## **Deutschland**

Aus Deutschland liegen zwei Studien zu Wohngruppen in stationären Bereichen vor.

1. Wie in Kapitel 1 erwähnt, führten Radzey/Heeg/Goerlich (1999) im Auftrage der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e. V. in Kooperation mit der Sozialplanung in Baden-Württemberg e. V. eine Untersuchung modellhafter Wohngruppenkonzepte für dementiell Erkrankte in den Niederlanden und Frankreich durch. Die Untersuchung sollte dazu dienen, Daten in Bezug auf Personalbesetzung, Vernetzung verschiedener Hilfen, Einbindung von Angehörigen und freiwilligen Helfern in die Alltagsgestaltung und Fragen der architektonischen Gestaltung zu sammeln und eine Umsetzung der Konzeptionen auf bundesdeutsche Verhältnisse zu unterstützen.

Ergebnisse der Evaluation im Überblick:

- Aufnahme- und Ausschlusskriterien für Bewohner können nur eingeschränkt von der medizinischen Diagnose und dem Stadium der Demenz abhängig gemacht werden. Entscheidender ist, inwiefern jeder Einzelne von der Wohngruppe profitieren kann beziehungsweise die Enge der Gruppe als belastend erlebt wird. Die Verlegung von schwerstpflegebedürftigen Bewohnern aus der Wohngruppe in reine Pflegestationen ließ sich im Alltag nur eingeschränkt durchführen.
- Angehörige leisten einen wichtigen Beitrag zum Erfolg der Wohngruppe, zum Beispiel durch ihre Präsenz, die Teilnahme am Alltagsgeschehen und durch Übernahme von Verantwortung für die Alltagsgestaltung. Seitens der Einrichtungen setzt dies eine aktive Einbindung der Angehörigen voraus.
- Die Arbeit in der Wohngruppe verlangt eine menschliche, soziale und fachliche Qualifikation insbesondere im Umgang mit den dementiell Erkrankten. Eine spezielle Auswahl und begleitende Schulungen der Mitarbeiter wirken auf den Erfolg des Gesamtkonzeptes.
- Die Betreuungsansätze werden auf die individuell vorhandenen Kompetenzen und Neigungen abgestimmt. Wirkungsvolle Betreuungsangebote orientieren sich an alltagspraktischen Tätigkeiten, die den Betroffenen sinnvolle Aktivitäten ermöglichen.

Eine Schwachstelle der Evaluation könnte in der Kürze der Vor-Ort-Untersuchung liegen. Das Untersuchungsteam hielt sich zirka zwei Tage in den Einrichtungen auf. Dadurch sind die Daten eher als eine Momentaufnahme zu betrachten. Verzerrende Eindrücke wie die Personalbesetzung an den beiden Tagen oder die Tagesform der Bewohner können die Datenerhebung beeinflussen. Des Weiteren wurden die Daten aufgrund von Gesprächen mit den verantwortlichen Mitarbeitern gesammelt. Die Betroffenen selber beziehungsweise deren Angehörige wurden nicht in die Evaluation einbezogen. Die Verantwortlichen geben damit nur ihre eigene Einschätzung wieder, die sich von der der Betroffenen und deren Angehörigen unterscheiden können.

2. Wie in Kapitel 1 beschrieben, wurde im Auftrag des Nordrhein-Westfälischen Ministeriums für Arbeit, Soziales, Qualifikation und Technologie in Nordrhein-Westfalen vom Institut für sozialpolitische und gerontologische Studien in Berlin (Reggentin/Dettbarn-Reggentin, 2003) die ISGOS-Studie durchgeführt. Dabei wurden drei stationäre Einrichtungen im Abstand von einem halben Jahr untersucht. Bei Bewohnern mit leichter bis mittelschwerer Demenz wurden die Faktoren soziales Verhalten, Stimmung (mit Hilfe eines Fragebogens), der Verlauf der dementiellen Erkrankung (mit Hilfe des MMSE= Mini-Mental-State-Examination nach Folstein et al), die physische Selbständigkeit (mit Hilfe des Barthel-Index), die Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten (mit NOSGER= Nurses Observation Scale for Geriatric Patients) und die funktionellen Fähigkeiten der Bewohner (mit BGP= Beurteilungsskala für Geriatrische Patienten) erfasst. Erstmals wurden in Deutschland mit dieser Vergleichsstudie die Milieueffekte in segregativen Wohngruppen mit den Effekten in den klassischen stationären Pflegeeinrichtungen erforscht. Die Ergebnisse dieser Untersuchung belegen einen signifikanten Zusammenhang zwischen den Effekten des Wohngruppenmilieus auf die Stimmung und das soziale Verhalten dementiell erkrankter Bewohner. Das Wohngruppenmilieu

hatte keinen positiven Einfluss auf den Verlauf der Erkrankung und den damit verbundenen Verlusten an Selbständigkeit in der Lebensführung. Feststellen ließ sich allerdings ein milderer Verlauf der Einschränkungen. Die positiven Ergebnisse ließen sich in den Wohngruppen ohne weitere therapeutische Maßnahmen nur durch eine individuelle Unterstützung durch Biographiekennntnisse erreichen (Reggentin, 2005). Die besonderen „Gewinner“ sind dementiell erkrankte alte Menschen, die in einer integrativen Wohngruppe leben. Nach Einschätzungen des Personals sind sie deutlich zufriedener als in den Kontrollgruppen.

Die wichtigsten Ergebnisse im Überblick:

- Bei den Bewohnern der Wohngruppen konnte ein verzögerter Krankheitsverlauf psychischer und somatischer Erkrankungen festgestellt werden. Des Weiteren ergab sich ein etwas geringerer Psychopharmakagebrauch und eine Stabilisierung sozialer Beziehungen dementiell Erkrankter.
- Neue Bewohner konnten trotz ihrer krankheitsbedingten Verhaltensauffälligkeiten gut in die kleinen Wohngruppen integriert werden.
- Der Gesundheitszustand und die Fähigkeit zur Verrichtung von alltäglichen Aufgaben verschlechterte sich wesentlich langsamer.
- Im Vergleich zu den Kontrollgruppen konnte die soziale Kompetenz dementiell erkrankter alter Menschen länger erhalten bleiben.

Aus den Forschungsergebnissen lassen sich verschiedene Ergebnisse und daraus resultierende Empfehlungen für die Praxis ableiten. Zur besseren Übersicht werden diese im Folgenden tabellarisch zusammengefasst.

**Tabelle 3. Zusammenfassende Darstellung der Forschungsergebnisse zu den Hausgemeinschaften**

<b>Studie</b>	<b>Ergebnisse</b>	<b>Empfehlungen</b>
Annerstedt (1994/1995)	Reduzierung von Begleitsymptomen wie z. B. Ängstlichkeit, Depression	Homogene Zusammensetzung der Gruppe im gleichen Demenzstadium; qualifizierte und engagierte Mitarbeiter; wohnlich gestaltete Umgebung; bei weit fortgeschrittener Erkrankung Umzug in andere Betreuungsformen
Ritchie et al. (1992)	Höhere Mobilität; Erhaltung der Selbständigkeit und sozialen Kommunikationsfähigkeit; Reduzierung von Begleitsymptomen wie Depression	
Plaisier et al. (1992)	Höhere Zufriedenheit	Alltagsnahe und an der Häuslichkeit orientierte Gestaltung der Umgebung
Radzey et al. (1999)		Aufnahme- und Ausschlusskriterien sollten von den Teilnahmemöglichkeiten an der Wohngruppe abhängig gemacht werden; Einbindung der Angehörigen in die Alltagsgestaltung; menschliche, soziale und fachliche Qualifikation der Mitarbeiter entscheidend; individuelle Betreuungsansätze nach vorhandenen Neigungen und Kompetenzen
Reggentin/Dettbarn-Reggentin (2003/2005)	Verzögerter Krankheitsverlauf psychischer und somatischer Erkrankungen; geringerer Psychopharmakagebrauch; Stabilisierung sozialer Beziehungen; leichtere Integration neuer Bewohner; längere Aufrechterhaltung der sozialen Kompetenz; Teilnahme an den Vorgängen in der Umgebung	Gruppenbezogene Tagesgestaltung; menschliche Nähe (Personalkonstanz, Präsenzkraft); Aktivität nach Bedarf; Kleinräumigkeit/Vertrautheit der Umgebung; Schaffung eines kleinen Zentrums mit freundlicher/anregender Atmosphäre

## **2.5. Zusammenfassung**

In den meisten Untersuchungen zu Wohngruppenkonzepten wurden positive Effekte auf die Bewohner und insbesondere auf dementiell erkrankte Bewohner festgestellt. Sie sind die eindeutigen „Gewinner“ dieser Wohn- und Betreuungsform. Die Wohngruppenkonzepte können deshalb als ein Weg einer qualitativ hochwertigen stationären Pflege und Betreuung für dementiell erkrankte alte Menschen bezeichnet werden. Wie bereits Radzey/Heeg (2001) feststellen, reichen die bisherigen Erkenntnisse allerdings nicht, um eindeutige Empfehlungen für die Praxis zu entwickeln. Hierzu bedarf es weiterer Untersuchungen und Befundsammlungen.

### **3. Lebenszufriedenheit dementiell Erkrankter in der institutionellen Versorgung**

Die durchschnittliche Lebenserwartung der Bevölkerung in der Bundesrepublik hat sich in den vergangenen hundert Jahren annähernd verdoppelt. Grundlage für die Verlängerung der Lebenszeit sind eine bessere medizinische Versorgung, eine Verbesserung der hygienischen Verhältnisse und die Erhöhung des Lebensstandards. Der Zugewinn an Lebensjahren bedeutet nicht gleichzeitig einen Gewinn an Lebensqualität, da mit steigendem Lebensalter auch die Zahl der chronischen Erkrankungen und insbesondere der dementiellen Erkrankungen und damit die Wahrscheinlichkeit eines Heimeintritts zunimmt (siehe Kapitel 2.2.). Auch wenn eine grundlegende Besserung des Gesundheitszustandes in der Regel nicht möglich erscheint, ist die Erhaltung der Lebensqualität im Heim durch entsprechende Intervention und Umweltgestaltung zumindest nicht von vornherein ausgeschlossen.

In unserer Gesellschaft ist in der Regel eine gute Lebensqualität an das „Bild der neuen Alten“ gebunden. Sie erfüllen Attribute wie rüstig, vital, gesund und leistungsfähig. Das Idealbild eines alten Menschen ist ebenfalls durch eine Zunahme an Weisheit und Gelassenheit geprägt. Ein dementiell erkrankter alter Mensch, der nicht Herr seiner Sinne zu sein scheint, passt nicht in dieses Bild. Er stellt eher ein abschreckendes Beispiel des alternden Menschen dar. Ausgrenzung und Ablehnung der Betroffenen bis hin zum „Wegsperrn“ in geschlossenen oder stationären Einrichtungen der Altenhilfe sind die Folge. Für viele Gesunde scheint ein zufriedenes Leben mit oder trotz dementieller Erkrankung nicht möglich.

Was bedeutet Lebensqualität für Demenzkranke? Wie ist ihr subjektives Erleben zu erfassen? Welche Determinanten führen zu Wohlbefinden trotz dieser Erkrankung? Da im Gegensatz zu anderen älteren Menschen Demenzkranke nicht oder nur eingeschränkt Aussagen zu ihrem Wohlbefinden machen können, müssen andere Wege gefunden werden, um zu zuverlässigen Aussagen zu kommen. Welche Instrumente sind für eine Einschätzung der Lebensqualität Demenzkranker geeignet?

Im Folgenden werden die Lebensqualität im Kontext der Konzepte zum Erfolgreichen Altern sowie die Ergebnisse verschiedener Forschungsstudien dargestellt. Es soll deutlich werden, welchen Einfluss die Umstrukturierungen der pflegerischen Versorgung von dementiell erkrankten alten Menschen auf die Lebensqualität dieser Personengruppe haben könnten.

#### **3.1. Definition des Begriffes Lebensqualität**

Der Begriff Lebensqualität trat zum ersten Mal in der griechischen Philosophie durch Aristoteles in Erscheinung. Nach ihm führt tugendhaftes Wirken der Seele zu Glück und damit zu einem guten Leben. Die Verbindung des Begriffes Lebensqualität mit der Vorstellung von einem „guten Leben“ hat sich bis heute insbesondere in der Umgangssprache erhalten.

Eine hohe Lebensqualität hat demnach derjenige, der unter anderem aufgrund seiner finanziellen und gesundheitlichen Lebensumstände in der Lage ist „sorgenfrei“ zu leben. Ein erstrebenswertes Ziel, das als „Streben nach Glück“ als Grundrecht in die Unabhängigkeitserklärung des amerikanischen Volkes aufgenommen wurde



(King 2001). Wie beide Zugänge deutlich machen, werden die Begriffe „Glück“, „Wohlbefinden“ und „Lebenszufriedenheit“ mit der Lebensqualität in Zusammenhang gebracht. Lehr (2000) beschreibt, wie der Begriff „Lebensqualität“ als „quality of life“ ursprünglich von Hearnshaw (1972) zur Erfassung der Lebenssituation von Rentnern nach der Berufsaufgabe eingeführt wurde. Seither ist der Begriff in sehr vielfältiger Weise gebraucht worden und immer neue Instrumente zur Messung der „Lebensqualität“ entwickelt worden, ohne dass eine eindeutige Definition und einheitliche Messkriterien vorliegen (Lehr 2000).

Die umfassendste Definition liegt von der WHO vor. Sie spiegelt die Erkenntnisse aus verschiedenen Forschungsansätzen wieder, in denen eine weitgehende Übereinstimmung darin besteht, dass die Lebensqualität nur subjektiv empfunden und beurteilt werden kann. Darauf verweist auch der vierte Altenbericht vom BMFSFJ (2002). In ihm wird festgehalten, dass kein direkter statistischer Zusammenhang zwischen der allgemeinen Lebenszufriedenheit und den objektiven Lebensumständen der untersuchten Personen festgestellt werden konnte. Die allgemeine Lebenszufriedenheit scheint demnach vielmehr von der Zufriedenheit in Teilbereichen des Lebens und der Lebensumstände abhängig zu sein.

Stellvertretend soll hier die Definition der Lebensqualität von Angermeyer et al. (2000, 10) zitiert werden.

„Lebensqualität ist die individuelle Wahrnehmung der eigenen Lebenssituation im Kontext der jeweiligen Kultur und des jeweiligen Wertesystems und in Bezug auf die eigenen Ziele, Erwartungen, Beurteilungsmaßstäbe und Interessen.“

Nach dieser Definition ist Lebensqualität eine individuelle Einschätzung und damit für den externen Beobachter nur begrenzt nachvollziehbar. Der vierte Altenbericht des BMFSFJ (2002) verweist auf die Problematik einer objektiven und externen Einschätzung. Demnach entzieht sich die Lebensqualität weitgehend einer objektiven, externen Einschätzung. Es konnte kein direkter statistischer Zusammenhang zwischen der allgemeinen Lebenszufriedenheit und den objektiven Lebensumständen der Personen festgestellt werden. Ergebnisse weiterer verschiedener Untersuchungen (BOLSA, Bonner Längsschnittstudie, Thoma, 1976, 1983, Lehr & Thoma 1987) unterstützen die These, dass Lebensqualität vor allem subjektiv, das heißt vom Individuum selbst ausgehend erfassbar ist. Die Lebensqualität wird demnach von verschiedenen Faktoren beeinflusst. An erster Stelle wird der individuell wahrgenommene Gesundheitszustand, der vom objektiven abweichen kann, benannt. Dazu kommen eine Reihe weiterer Faktoren, die sich unter anderem aus den Sozialkontakten, der finanziellen, familiären oder auch der Wohnsituation ergeben und die zur Relativierung der erlebten Bedeutung gesundheitlicher Einschränkungen beitragen.

Die Definition der WHO mit der Wiedergabe der Subjektivität und Relativität des Begriffes ist die Grundlage für die vorliegende Vorstudie (Capell, 2005, 195).

Im Zusammenhang mit der Lebensqualität werden Begriffe wie „Glück“, „Lebenszufriedenheit“ und „Wohlbefinden“ verwendet (Lehr, 2000). Die Lebensqualität äußert sich in der Lebenszufriedenheit und besteht aus körperlichem, seelischem und sozialen Wohlbefinden.

Im Folgenden werden die verschiedenen Begriffe in ihrem theoretischen Zusammenhang dargestellt und im Weiteren die Einflussfaktoren auf die Lebensqualität im Alter näher beschrieben.

### **3.2. Theoretische Ansätze zur Lebenszufriedenheit im Alter**

Das Konstrukt Wohlbefinden wurde verstärkt ab den sechziger Jahren im Zusammenhang mit dem Thema „Lebenszufriedenheit“ Gegenstand der sozialgerontologischen und psychogerontologischen Forschung. Im Mittelpunkt der gerontologischen Forschung stand von Anfang an die Bedeutung des subjektiven Wohlbefindens für ein erfolgreiches Altern (Mayring, 1987). Erfolgreiches Altern wird als geglückte Anpassung des Einzelnen an soziale, psychische und körperliche Veränderungen im höheren Alter bezeichnet (Baltes, 1992). Dies setzt eine gelungene Auseinandersetzung mit den Veränderungen im Alter, einer Anpassung der persönlichen und sozialen Entwicklungsziele, Entwicklungspotentiale und Ressourcen voraus. Ein wichtiger Indikator für die gelungene Anpassung an diese Veränderungen ist die Lebenszufriedenheit älterer Menschen.

Für Thomae (1983, 43) stellen „die Konstrukte >>Lebenszufriedenheit<< und >>Wohlbefinden<< bedeutsame Aspekte der menschlichen Situation“ dar. In der Erforschung dieser Konstrukte sieht er „eine der wichtigsten Aufgaben der sozialwissenschaftlichen Altersforschung“.

Entsprechend dieser Bedeutung finden sich Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit als Hauptkriterien sowohl in der Aktivitätstheorie als auch in der Disengagement-Theorie wieder (Mayring, 1987; Thomae, 1983). Die Disengagement-Theorie wurde in den 60er Jahren von Cumming & Henry (1961) aufgrund der Ergebnisse der „Kansas City Study of Adult Life“ entwickelt. Sie wird auch als „Theorie des sozialen Rückzugs“, ein mit dem Alter verknüpfter Rückzug aus sozialen Rollen (zum Beispiel Beruf) und sozialen Kontakten (zum Beispiel Auszug der Kinder aus dem Elternhaus), beschrieben (Backes / Clemens 1998 und Wahl / Heyl 2004). Cumming & Henry (1961) gehen davon aus, dass der Prozess des Rückzugs sowohl vom Individuum als auch von der Gesellschaft (zum Beispiel durch die Verrentung in einem bestimmten Alter) ausgelöst werden kann. Eine Gleichzeitigkeit von individuellen Rückzugsbedürfnissen und gesellschaftlichen Anforderungen wird als Idealfall angenommen. Ist dies nicht der Fall, kommt es zum Rückzugs- beziehungsweise Disengagementprozess, ein zwangsläufiges Phänomen des Alterns, das sich selbst weiter vorantreibt und zu veränderten sozialen Rollen und Beziehungen führt (Wahl/Heyl, 2004 und Lehr, 2000). Die Veränderungen können sich einerseits positiv und andererseits negativ auf die Lebenszufriedenheit des Einzelnen auswirken. Die positiven Wirkungen werden in der „Befreiung“ von Rollen gesehen, die aufgrund von altersbezogenen Einschränkungen in körperlicher und geistiger Hinsicht nicht mehr wahrgenommen werden können. Negative Effekte oder Krisen entstehen demnach immer dann, wenn keine adäquaten neuen Rollen und damit verbundene soziale Beziehungen für das Alter gefunden werden können (Wahl/Heyl, 2004).

Demgegenüber steht die Aktivitätstheorie (Tartler, 1961), nach der ein älterer Mensch durch Aktivität, Leistungsvermögen und sozialer Einbindung in Form des „Gebrauchtwerdens“ eine höhere Lebenszufriedenheit erlangen kann. Dies setzt voraus, dass enge soziale Kontakte bestehen oder aktiv gesucht werden. Allerdings verfügen nicht alle älteren Menschen über Kontakte, beziehungsweise erleben den

Verlust dieser Kontakte durch den Tod von Freunden und Verwandten und nicht immer gelingt es ihnen, den Verlust zu überwinden und neue zu suchen. Andererseits kann durch die Betonung der besonderen Bedeutung der Aktivität im Alter ein „Aktivitätszwang“ entstehen, indem Aktivität um jeden Preis von den älteren Menschen gefordert wird und zu Überforderung führen kann (Backes/Clemens 1998).

Beide Theorien sieht Lehr (2000) durch empirische Forschungen mehrfach widerlegt. So kommt Lehr (2000, 57) zu dem Schluss, dass beide Theorien nicht geeignet sind, „für alle Lebenslagen den rechten Weg zur Zufriedenheit zu weisen“.

Kruse und Wahl (1999) beschäftigten sich in ihrer Arbeit über den Forschungsstand der Psychologischen Gerontologie von 1988 bis 1997/1998 mit den sozialen Beziehungen im Alter. Sie stellen fest, dass ältere Menschen eher ihre sozialen Kontakte am emotionalen Gewinn, der in der Interaktion mit anderen entstehen kann, ausrichten. Das bloße Vorhandensein von sozialen Kontakten und auch die Kontakthäufigkeit hat keinen wesentlichen Einfluss auf das Wohlbefinden. Es kommt dementsprechend auf die Qualität der Beziehung an, zum Beispiel das Empfinden von Nähe. Nicht alle Beziehungen sind positiv gestaltet und führen automatisch zu einem höheren Wohlbefinden. Negative Beziehungen können zu Belastungen führen, die wiederum negative Auswirkungen auf das Wohlbefinden haben. Zu nennen sind in diesem Zusammenhang insbesondere Beziehungen, die mit Unterstützungsleistungen verbunden sind. Kruse und Wahl verweisen auf den Verlust von Autonomie, Kompetenz und auf das überbehütende Verhalten der Kontaktpartner (Angehörige sowie Mitarbeiter / Mitarbeiterinnen von Einrichtungen / ambulanten Diensten).

Das Übermaß an „Hilfestellung“, insbesondere bei der Ausführung der Aktivitäten des täglichen Lebens durch die Kontaktpartner führt langfristig zu einer Abnahme der Selbständigkeit und Zufriedenheit der älteren Menschen. Beide Autoren greifen in diesem Zusammenhang den Begriff des „Unselbständigkeitsunterstützungsskripts“ auf. Sie verweisen auf Forschungsergebnisse von Lang & Cartensen (1998), die vier negative Aspekte unterscheiden:

„1. dysfunktionale Unterstützung, wie unerwünschte, ineffektive oder exzessive Unterstützungsleistungen, 2. als unangenehm oder überfordernd erlebte soziale Kontakte, 3. Gewalt und Vernachlässigung, 4. antizipierte oder tatsächlich eingetretene Verlusterlebnisse“ (Kruse/Wahl, 1999, 336).

Ihre Forschungsergebnisse weisen einen engen negativen Zusammenhang zwischen dysfunktionaler Unterstützung und subjektivem Wohlbefinden nach. Demgegenüber hat positiv erlebte Unterstützung einen geringeren Einfluss auf das Wohlbefinden.

Bezugnehmend auf Havighurst (1961) stellt für Thomae (1983, 59) „die Lebenszufriedenheit den besten Indikator für die Anpassung zwischen individuellen Bedürfnissen und Erwartungen einerseits und der sozialen und biographischen Situation des Älteren dar“. Der Grad der Befriedigung dieser Bedürfnisse bestimmt das Wohlbefinden ebenso wie die physischen, materiellen und persönlichen Lebensumstände. Dies weist sowohl auf subjektive als auch objektive Bedingungen der Lebenszufriedenheit hin.

### 3.2.1. Subjektives Wohlbefinden

Nach Mayring (1987) wird Zufriedenheit als das subjektive Abwägen positiver und negativer Lebensbedingungen definiert. Die Zufriedenheit wird beeinflusst durch Freuden und Belastungen, wie sie durch körperlicher Symptome und durch objektive Lebensumstände entstehen können. Im engen Zusammenhang mit der Zufriedenheit sieht Mayring den Begriff „Glück“. Glück geht über das konkrete Erleben einzelner Glücksmomente (‘state’ Komponente) und dem Empfinden des eigenen Lebens als globalem, glücklichem Leben (‘trait’ Komponente) hinaus und stellt den umfassendsten Wohlbefindensbegriff dar. Neben den drei Variablen entwickelt Mayring (1987) bezugnehmend auf Lawton (1984) einen weiteren Aspekt des subjektiven Wohlbefindens. Dies ist die Zielkongruenz, d. h. die Zufriedenheit und Überzeugung, die eigenen Ziele erreicht zu haben.

“Wohlbefinden lässt sich danach nicht nur durch eine Vermehrung von Erfolgen steigern, sondern auch durch eine Veränderung, eine Zurücknahme schwer erreichbarer Ziele.“ (Mayring, 1987, 16)

Kruse und Wahl (1999) stellen einen Wechsel in der Priorität einzelner Ziele fest. Dieser Perspektivenwechsel hängt eng mit der „subjektiven Zeitperspektive“ älterer Menschen zusammen. Die zeitliche Begrenztheit ihres Lebens vor Augen, rücken unmittelbare Bedürfnisse wie emotionales Wohlbefinden für ältere Menschen in den Vordergrund. Im Gegensatz dazu haben jüngere Menschen eher längerfristige Zielstellungen.

Aufgrund seiner Analyse empirischer Forschungsergebnisse entwickelt Mayring (1987, 1989) einen Vierkomponentenansatz des subjektiven Wohlbefindens. Die vier zentralen Faktoren subjektivem Wohlbefindens sind:

„ - Belastungsfreiheit: Alle Dimensionsanalysen von Wohlbefinden weisen die Bedeutung des Belastungsfaktor nach. Es scheint, als ob die Abwesenheit von subjektiven Belastungen, von Symptomen, von negativen Emotionen, allein schon ein Wohlbefindensfaktor sei.

- Freuden: Das Erleben positiver Emotionen im Alltag, konkrete Freuden, Lust, Hochstimmung stellen eine zweite Dimension dar. Der positive, emotionale, kurzfristige Aspekt des Wohlbefindens soll damit bezeichnet werden.

- Zufriedenheit: Wohlbefinden besitzt auch eine kognitive Komponente, die in der subjektiven Einschätzung der eigenen Lebensbedingungen besteht. Der Einzelne wägt Positives und Negatives im eigenen Leben ab, überprüft für sich, inwieweit er die eigenen Vorstellungen vom Leben erfüllt hat, seine Ziele erreicht hat. Diese kognitive Wohlbefindenskomponente wird als Zufriedenheit bezeichnet.

- Glück: Schließlich muss eine langfristige positiv-emotionale Dimension des Wohlbefindens konzipiert werden. Glück bedeutet dabei ein positives Lebensgefühl, das über den konkreten Augenblick (Freuden) hinausgeht.“ (Mayring, 1989, 4)

Die obengenannten vier Faktoren des subjektiven Wohlbefindens sind nicht von den objektiven Lebensbedingungen losgelöst zu betrachten. Sie bedingen sich wechselseitig, führen nicht bei allen Personen automatisch zu Wohlbefinden und werden ergänzt durch weitere Faktoren.

In explorativen Interviews mit 65- bis 74- Jährigen zu Glück und Lebensqualität im Alter konnten Fliege und Filipp (2000) den oben geschilderten Ansatz belegen. Bestätigt wurde in dieser Untersuchung insbesondere die Dimension

„Lebensqualität und Glück als Gegenteil von Unglück bzw. als Abwesenheit von besonderen Problemlagen“ und der Freiheit von Belastungen (Fliege/Filipp, 2000, 311-312).

Die Vorstellungen älterer Menschen von Lebenszufriedenheit und Glück beinhalten nicht nur den bilanzierenden Rückblick auf das, was gewesen ist, sondern vor allem die Hoffnung auf eine bessere Zukunft. Sie bestätigen damit den bereits 1991 von Becker beschriebenen „Zukunftsoptimismus“ als eine wichtige Komponente des Wohlbefindens. Weitere Befunde von Fliege und Filipp (2000) sind der hohe Stellenwert der Güte von sozialen Beziehungen, die Betonung von Selbständigkeit und Unabhängigkeit und die von äußeren Zwängen befreite Tagesgestaltung. Darüber hinausgehend fanden Fliege und Filipp (2000) eine ausgeprägte Orientierung der älteren Menschen an den tatsächlichen Lebensgegebenheiten vor. Sie schließen daraus auf eine höhere Anpassungsbereitschaft älterer Menschen.

Weitere Faktoren des Wohlbefindens sind nach Becker (1991) neben Zukunftsoptimismus die positive Einstellung zur eigenen Person und die Bejahung der Umwelt. Diese drei Komponenten stellen die „positive Triade“ des Wohlbefindens dar. Sie sind nach Becker (1991) die Garanten für subjektives Wohlbefinden. Das subjektive Wohlbefinden wird von Becker (1991) weiter in „aktuelles Wohlbefinden“ (AW) und in „habituelles Wohlbefinden“ (HW) unterteilt.

Aktuelles Wohlbefinden bezieht sich auf das individuelle momentane Erleben und ist von kurzfristig wirkenden Faktoren abhängig. Es schließt nicht nur emotionale Empfindungen sowie positive Stimmungen ein, sondern auch körperliche Empfindungen, die z. B. durch das Fehlen von Beschwerden ausgelöst werden können. Dementsprechend kann das aktuelle Wohlbefinden durch die Verminderung oder Beseitigung negativer Zustände, zum Beispiel Schmerzen, Müdigkeit, Hilflosigkeit, und über positive Erfolgserlebnisse, zum Beispiel sensorische Erfahrungen, soziale Zuwendungen und Nähe, hergestellt werden (Becker, 1991).

Das habituelle Wohlbefinden bezieht sich dagegen auf die Grundhaltung eines Menschen und seiner aus dieser Grundhaltung heraus vorgenommenen Einschätzungen. Das bedeutet, dass eine Person mit einem überwiegend positiven Selbstwertgefühl einen ausgeprägten HW-Wert hat und sich relativ häufig in einem Zustand des Wohlbefindens befindet. Die Bewertung durch die Person findet unabhängig von objektiven Lebensumständen statt und wird als relativ stabile Persönlichkeitsvariable betrachtet. Der HW-Wert kann als Ausdruck für eine gelungene Bewältigung externer und interner Lebensanforderungen betrachtet werden. Becker (1991) verweist auf die empirisch abgesicherten Ergebnisse der zentralen Bedeutung des Selbstwertgefühls, das eng mit der Beziehung zu anderen Menschen und dem Vorhandensein von sinnvollen Aufgaben verknüpft ist.

Ein weiterer Faktor für Wohlbefinden besteht in der Person-Umwelt-Interaktion. Saup (1993) und Becker (1991) betonen in ihren anpassungstheoretischen Ansätzen, dass immer, wenn die allgemeinen Lebensumstände gut mit den Fähigkeiten und Bedürfnissen übereinstimmen, Zufriedenheit und Wohlbefinden die Folge sind. Eine optimale Anpassung an die objektiven Bedingungen sind günstige Voraussetzungen für Lebenszufriedenheit. Becker (1991) verweist in diesem Zusam-

menhang auf das von Carp & Carp (1984) entwickelte „Komplementaritäts-Kongruenz-Modell des Wohlbefindens“.

„Wohlbefinden erreicht eine Person in dem Maße, in dem ihre Kompetenzen der zur Erhaltung eines unabhängig geführten Lebens notwendigen Erfüllung der Umweltanforderungen gerecht werden, sowie in dem Maße, in dem die Umwelt Befriedigung ermöglicht, und zwar nicht nur hinsichtlich der existentiellen Bedürfnisse, sondern auch der Bedürfnisse höherer Ordnung (z. B. Geselligkeit, Privatheit, ästhetisches Erleben)“ (Becker, 1991, 252).

Die Einbeziehung von Umweltfaktoren entspricht dem Perspektivenwechsel vom Defizitmodell zum Kompetenzmodell des Alterns (Perrig-Chiello, 1997). Nach dem Kompetenzmodell führt die Nichtnutzung von vorhandenen Fähigkeiten und Fertigkeiten zu Kompetenzverlusten und in der weiteren Folge zu Unzufriedenheit. Eine Ursache für den Kompetenzverlust wird in einer anforderungs- und anreizarmen Umwelt gesehen.

Eine andere Zuordnung der verschiedenen Aspekte des Wohlbefindens werden von Perrig-Chiello (1997) in ihrem multidimensionalen Modell des Wohlbefindens vorgestellt. Für sie lassen sich vorwiegend drei Komponenten unterscheiden: physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden. Physisches Wohlbefinden wird durch Bedürfnisse im körperlichen Bereich geprägt. Dies sind Bedürfnisse nach Sättigung, Schmerzfreiheit, des physischen „Versorgtseins“. Das psychische Wohlbefinden bezieht sich auf die Bedürfnisse wie Geborgenheit, Zufriedenheit, Glück und Kontrollmöglichkeiten. Das soziale Wohlbefinden wird beeinflusst von dem Verlangen nach Partizipation, aber auch von Autonomiebedürfnissen. Perrig-Chiello (1997) bildet die drei Komponenten in Form einer Pyramide ab. In dieser Pyramide befinden sich an der Basis die körperlichen Aspekte wie körperliche Zufriedenheit und Beschwerdefreiheit. Darüber geordnet befinden sich Aspekte wie Lebenszufriedenheit, Kontrolle und Lebenssinn. Die Spitze wird durch Autonomie und Partizipation gebildet.

Nach Perrig-Chiello (1997) befinden sich die drei Komponenten im Verlaufe des Lebens in einer ständigen Wechselbeziehung und treten unterschiedlich stark nach ihrer Bedeutung in den Vordergrund. Im Alter findet eine Verschiebung der Bedeutung der drei Komponenten statt.

„So ist das soziale Wohlbefinden auch bei älteren Menschen ein wichtiger Faktor, doch der soziale Aktionsradius wird kleiner, die gesellschaftliche Einflussnahme ist nicht mehr so existentiell wie während der Berufsausübung. Das psychische Wohlbefinden (Sinn des Lebens neu formulieren, Kontrolle über das eigene Denken und Tun wahren) und vor allem das physische Wohlbefinden (wie soll mit den zunehmenden Gebrechen und Schmerzen umgegangen werden) bekommen eine neue, starke Bedeutung.“ (Perrig-Chiello, 1997, 116).

Den drei Komponenten des Wohlbefindens ordnet Perrig-Chiello drei Gruppen von Ressourcen zu. Mit dem Begriff Ressourcen werden die „intrapersonellen“ und „extrapersonellen“ Bedingungen, die einer Person zur Verfügung stehen, bezeichnet. Physische Ressourcen sind der allgemeine Gesundheitszustand, chronische Krankheiten und Gesundheitsverhalten. Psychische Ressourcen werden unterteilt in kognitive Variablen und Persönlichkeitsvariablen. Als kognitive Variablen führt Perrig-Chiello (1997) Gedächtnis (objektiv und subjektives) sowie Intelligenz an. Als Persönlichkeitsvariablen werden Neurotizismus und Selbstkonzept benannt.

Eine weitere Persönlichkeitsvariable, die internalen Kontrollüberzeugungen, haben einen besonderen Stellenwert in der Entstehung von psychischen Wohlbefinden. Die sozialen Ressourcen beziehen sich zum Beispiel auf Nachbarschaft, Wohnumfeld, Wohnverhältnisse, finanzielle Situation.

Mayring (1987, 9) verweist auf die Kritik an der bisherigen Vorgehensweise der Wohlbefindensforschung; sie sei theoretisch mangelhaft fundiert und bestehe aus einer überwiegenden Faktorenanalyse im Anschluss an einen „undurchschaubar zusammengestellten Itempool“. Auch Perrig-Chiello (1997) sieht in der bisherigen Forschung verschiedene Aspekte nicht, beziehungsweise nicht ausreichend berücksichtigt. Sie kritisiert die mangelnde theoretische Aufarbeitung und weist auf einen „impliziten Negativismus“ (Wohlbefinden wird mit dem Fehlen von Beschwerden gleichgesetzt) hin. Zudem konstatiert sie sozio-kulturelle Verzerrungen, weil schichtenspezifische Aspekte nicht beachtet worden seien und kritisiert, dass die abgefragten Ergebnisse durch soziale Erwünschtheit und Ja/Nein-Sage-Tendenzen älterer Menschen beeinflusst worden seien.

Perrig-Chiello (1997) spricht damit einen wichtigen Aspekt der Lebensqualität an. Sie kann nicht außerhalb von sozialen Kontexten betrachtet werden. Diesen Aspekt greift Tom Kitwood (2000) in seiner sozialpsychologischen Definition von „Personsein“ (Kitwood, 2000, 27) auf und entwickelt auf dieser Grundlage sein Konzept der „Personenzentrierten Pflege“.

Der Sozialpsychologe Tom Kitwood hat sich in seinem Konzept der „Personenzentrierten Pflege“ intensiv mit der Lebensqualität und dem Wohlbefinden von dementiell Erkrankten in stationären Einrichtungen beschäftigt. Grundlage seines Konzeptes ist die sozialpsychologische Definition von „Personsein“.

„Es ist ein Stand oder Status, der dem einzelnen Menschen im Kontext von Beziehung und sozialem Sein von anderen verliehen wird. Er impliziert Anerkennung, Respekt und Vertrauen. Ob jemandem Personsein zuerkannt wird oder nicht: Beides hat empirisch überprüfbare Folgen.“ (Kitwood, 2000, 27)

Grundlage seines Konzeptes ist die Vorstellung, dass Wohlbefinden für jeden Menschen von vier „globalen Empfindungszuständen“ abhängt.

„Jeder Mensch bedarf der Anerkennung seines Wertes, seiner Würde und Bedeutsamkeit; jeder Mensch möchte handeln, auf Menschen und Dinge einwirken, einen Unterschied im Lauf der Dinge machen können; jeder bedarf des Vertrauens in soziale Beziehungen, benötigt Kontakt und Interaktion; jeder bedarf der Hoffnung im Sinne des Urvertrauens, dass Welt und Menschen in einem fundamentalen Sinne gut und verlässlich sind.“ (Müller-Hergl, 2001, 256)

Es geht immer dann einem Menschen gut, wenn er über diese vier Dimensionen in ausreichendem Maße verfügt. Dieses Wohlbefinden ist relativ in Bezug auf die übrigen Belastungen, die auf einen Menschen zu kommen. Er spricht in diesem Zusammenhang vom „relativen Wohlbefinden“.

Für Tom Kitwood bedeutet

„Relatives Wohlbefinden, dass den Grundbedürfnissen der Menschen nachgekommen wird und es den Pflegekräften gelingt, Wünsche und Bedürfnisse herauszufinden und zu befriedigen, Verhalten als Kommunikation zu deuten und die darin

enthaltenen Intentionen zur Zufriedenheit zu ergänzen, zu unterstützen und zum Erfolg zu bringen.“ (Müller-Hergl, 2001, 84-85)

Das Personsein sieht er nicht so sehr durch Autonomie und rationale Fähigkeit geprägt, wie es in unserer kulturellen Tradition steht, sondern eher in Verbindung mit Gefühl, Emotion und der Fähigkeit, in Beziehungen zu leben. Diese Betonung des Personseins im Austausch mit dem Anderen entspricht eher den Demenzkranken, die in hohem Maße gefühlsbetont reagieren und agieren, während die Einschränkungen im kognitiven Bereich sich im Verlauf der Erkrankung verstärken. Diese Sichtweise des Personsein setzt einen verstehenden und einfühlsamen Umgang im Gegensatz zur bisherigen überwiegend rationalen, distanzierten, sachlichen eher an medizinisch- psychosomatischen Vorgängen ausgerichteten Umgangsweise seitens der Pflegekräfte voraus. Dies erfordert eine hohe psychosoziale Kompetenz und Sensibilität in der Wahrnehmung der Gefühlslagen.

Demgegenüber stellt Kitwood eher verschiedene Abwehrformen von pflegenden Personen gegenüber Demenzkranken fest.

Diese Sichtweise sieht er begründet in der Tendenz vieler westlicher Kulturen, Menschen mit schwerer körperlicher oder seelischer Behinderung zu depersonalisieren (auszugrenzen). Von dieser Ausgrenzung besonders betroffen sind Menschen mit Demenz. Dies macht sich für ihn durch zum Beispiel viel zu niedrige Mittel, die zur Verfügung gestellt werden, um eine angemessene Betreuung und Pflege zu gewährleisten, sowie eine unzureichende Qualifizierung des Pflegepersonals in Bezug auf die Pflege dementiell Erkrankter deutlich.

Als Problem in der Pflege und Betreuung Demenzkranker sieht er nicht die Krankheit an sich, sondern die gestörte Interaktion zwischen Demenzkranken und ihrer Umwelt, aus der sich eine Eigendynamik von Reaktion und Gegenreaktion entwickelt. In Form einer „Involutionsspirale“ (Kitwood, 2000, 82) entwickeln sich aus ersten neurologischen Beeinträchtigungen Missverständnisse oder auch Unverständnis in der Umgebung, die wiederum zum Beispiel herausforderndes Verhalten der Demenzkranken erzeugen. Dieses Verhalten wird von Außenstehenden als Symptom der Krankheit angesehen und führt nicht selten zu Zwangsmaßnahmen, Psychopharmakagabe oder auch zu Fixierungen. Durch diese Maßnahmen wird das „Personsein“ der Betroffenen massiv beeinträchtigt. Die Folgen sind die mehrfach beschriebenen Verhaltensauffälligkeiten wie aggressives Verhalten, Schreien, Weinen, Rückzug.

Aus seinen umfangreichen Beobachtungen und Untersuchungen in der Praxis entwickelte Tom Kitwood die Formen der depersonalisierenden Pflege in stationären Settings. Er beschreibt sie als „maligne, bösartige Sozialpsychologie“ (Kitwood, 2000, 75-76). In seinem Konzept werden 17 Formen unterschieden, in denen sich die maligne Sozialpsychologie ausdrückt.

Dies sind beispielhaft (die vollständige Aufzählung ist im Anhang aufgelistet):

1. Betrug (treachery) – Einsatz von Formen der Täuschung, um eine Person abzulenken, zu manipulieren oder zur Mitwirkung zu zwingen.
2. Zur Machtlosigkeit verurteilen (disempowerment) – jemandem nicht gestatten, vorhandene Fähigkeiten zu nutzen; die Unterstützung beim Abschluss begonnener Handlungen versagen.
3. Infantilisieren (infantilization) – jemanden sehr väterlich bzw. mütterlich autoritär behandeln, etwa wie ein unsensibler Elternteil dies mit einem sehr kleinen Kind tun würde.



Die Personsein schädigende Formen des Umgangs führen nach dieser Theorie zu einer tiefen Beeinträchtigung der Person und beeinflussen das körperlichen Wohlbefindens der Betroffenen. Kitwood unterstellt keine Bösartigkeit bzw. Absicht der Betreuenden. Er sieht vielmehr ihr schädigendes Verhalten als Bestandteil ihres kulturellen Erbes.

Demgegenüber stehen Möglichkeiten, das Personsein zu stützen und zu stärken. Ausgehend von der Annahme, dass dementiell Erkrankte darauf angewiesen sind, Beschäftigung und Aufgaben angeboten zu bekommen, in der Gemeinschaft mit anderen unterstützt und begleitet zu werden sowie Konstanz in der Anwesenheit von Personen zu erleben, entwickelt er seine Theorie der „positiven Personennarbeit“. Sie ist eine stark individuelle, auf den Krankheitsverlauf abgestimmte Unterstützungsform und darauf ausgerichtet, durch die einfühlsame Begleitung des Betroffenen dessen Wohlbefinden zu erhalten und zu steigern. Ziele sind, das „Subjektsein“ zu erhalten, Unterstützung bei der Behauptung des eigenen Willens zu geben, Gefühle ausdrücken zu können, soziale Kontakte aufnehmen zu können, Zuneigung zu geben und zu empfangen, Spaß zu empfinden, sich sinnvoll betätigen zu können, sich zu entspannen und zu erholen (Müller-Hergl, 2001).

Es werden zwölf positive Interaktionsformen unterschieden, die als Anregung für die Praxis dienen. Aufgabe der Pflegepersonen ist, die Möglichkeiten der positiven Förderung individuell zu erkennen und geeignete Unterstützungsmaßnahmen zu ergreifen.

Positive Interaktionsformen sind beispielsweise (die zwölf Interaktionsformen sind im Anhang aufgelistet):

„1. Anerkennen (recognition). Hierbei wird ein Mann oder eine Frau mit Demenz als Person anerkannt, ist namentlich bekannt und wird in seiner bzw. ihrer Einzigartigkeit bestätigt. Anerkennen lässt sich durch einen einfachen Akt des Grüßens oder durch achtsames Zuhören über einen längeren Zeitraum, in dem jemand vielleicht einen Teil seines früheren Lebens beschreibt, erreichen. Anerkennen ist jedoch niemals rein verbal und kann auch völlig wortlos erfolgen. Einer der grundlegenden Akte des Anerkennens ist einfach der direkte Blickkontakt.

2. Verhandeln (negotiation). Das charakteristische Merkmal dieser Art von Interaktion besteht darin, dass Menschen mit Demenz nach ihren Vorlieben, Wünschen und Bedürfnissen gefragt werden, statt den Vermutungen anderer angepasst zu werden. Vielmehr wird verhandelt über einfache Angelegenheiten des Alltags, etwa ob sich jemand in der Lage sieht, aufzustehen, eine Mahlzeit einzunehmen oder nach draußen zu gehen. Geschicktes Verhandeln berücksichtigt die Ängste und Unsicherheiten von Menschen mit Demenz sowie das langsamere Tempo, in dem sie mit Informationen umgehen. Verhandeln gibt selbst hochgradig abhängigen Menschen ein gewisses Maß an Kontrolle über die Pflege, die sie erhalten, und gibt ihnen Macht zurück.“ (Kitwood, 2000, 134)

Das „Subjektsein“ der Demenzkranken kann durch die gute Pflege in dem Maße erhalten werden, in dem das Personsein trotz des fortschreitenden Verlustes kognitiver Fähigkeiten vorausgesetzt wird. Ausdruck der guten Pflege ist das Wohlbefinden der Betroffenen, egal in welchem Stadium der Erkrankung sie sich befinden. Das relative Wohlbefinden Demenzkranker ist ein wichtiges Kriterium zur Beurteilung der Qualität der Pflege. Dementsprechend ist für die Qualität der Pflege und

Betreuung nicht die Beseitigung der Symptome beziehungsweise eine Wiederherstellung gestörter Funktionen wichtig, sondern der alltägliche Umgang mit den Betroffenen. Damit rückt die Prozessqualität, das Miteinander umgehen, in den Mittelpunkt.

Kitwood entwickelte auf der Grundlage seines Person-zentrierten Ansatzes ein Instrumentarium zur Erfassung des relativen Wohlbefindens bei dementiell Erkrankten, das in dieser Studie zur Anwendung kommt und in Kapitel 3.4. eingehender dargestellt wird.

### **3.2.2. Objektives Wohlbefinden**

Die Persönlichkeitsvariablen des Wohlbefindens sind nicht unabhängig von den sozialen Bedingungen, die das Lebensumfeld und damit auch die Handlungsspielräume zur Gestaltung der eigenen Existenz ermöglichen oder begrenzen. Die objektiven Lebensumstände bilden den Rahmen für subjektiv empfundene Lebensqualität.

Der Einfluss der äußeren Lebensumstände auf das subjektive Erleben der betreffenden Menschen wird im Lebenslagekonzept aufgegriffen (Backes und Clemens, 2000 / Clemens, 1994 / Backes, 1997). Mit dem Begriff „Lebenslage“ werden gleichbedeutend die Begriffe „Soziallage“ und „soziale Lage“ verwandt. Gegenstand der Betrachtung sind die Auswirkungen und Bedingungen sozialer Ungleichheit, wie sie von Max Weber thematisiert wurden (Clemens, 1994 / Backes 1997). Die Vielfalt der Definitionen und empirischen Operationalisierungen des Begriffes werden zum Beispiel bei Backes (1997) ausführlich dargestellt.

Die objektive Strukturiertheit der Lebenslage wird „als Ergebnis eines gesellschaftlich-historischen Entwicklungsprozesses verstanden“ (Clemens, 1994, 142). Sie stellt den sozialen Spielraum dar, in dem der einzelne Mensch Interessen und Bedürfnisse befriedigen kann (Tesch-Römer, 2002).

„Lebenslagen sind die historisch entstandenen und sich entwickelnden Strukturbeziehungen, die sich aus den äußeren Lebensbedingungen ergeben, die Menschen im Ablauf ihres Lebens vorfinden, sowie die mit diesen äußeren Bedingungen in wechselseitiger Abhängigkeit sich entwickelnden individuellen Wahrnehmungen, Deutungen und Handlungen, die diese Menschen hervorbringen.“ (Amann, 1994:323f zitiert in Backes/Clemens, 1998, S. 20)

Das Lebenslagekonzept findet in verschiedenen Bereichen wie soziale Gerontologie, Familie, Arbeitsschutz, Gesundheitssicherung, Wohnungswirtschaft sowie der Theorie und Praxis sozialer Arbeit Anwendung (Clemens, 1994). Backes und Clemens (1998) beschreiben sieben Dimensionen des Lebenslagekonzeptes:

- „1. der Vermögens- und Einkommensspielraum;
2. der materielle Versorgungsspielraum: Er bezieht sich auf den Umfang der Versorgung mit übrigen Gütern und Diensten, insbesondere des Wohnbereichs, des Bildungs- und Gesundheitswesens incl. Art und Ausmaß infrastruktureller Einrichtungen, Dienste und Angebote des übrigen Sozial- und Gesundheitswesens;

3. der Kontakt-, Kooperations- und Aktivitätsspielraum: Er betrifft die Möglichkeiten der Kommunikation, der Interaktion, des Zusammenwirkens mit anderen sowie der außerberuflichen Betätigung;
4. der Lern- und Erfahrungsspielraum: Er steckt die Möglichkeiten der Entfaltung, Weiterentwicklung und der Interessen ab, die durch Sozialisation, schulische und berufliche Bildung, Erfahrungen in der Arbeitswelt sowie durch das Ausmaß sozialer und räumlicher Mobilität und die jeweiligen Wohn-Umweltbedingungen determiniert sind;
5. der Dispositions- und Partizipationsspielraum: Er beschreibt das Ausmaß der Teilnahme, der Mitbestimmung und der Mitgestaltung in den verschiedenen Lebensbereichen;
6. der Muße- und Regenerationsspielraum sowie der Spielraum, der durch alternstypische psycho-physische Veränderungen, also vor allem im Gesundheitszustand und in der körperlichen Konstitution, bestimmt wird, und
7. schließlich der Spielraum, der durch die Existenz von Unterstützungsressourcen bei alternstypischer Hilfe- und Pflegeabhängigkeit aus dem familialen und/oder nachbarschaftlichen Umfeld bestimmt ist.“ (Backes/Clemens, 2000, 15)

Mit dem Lebenslagenkonzept ist eine präzisere Beschreibung der Lebenssituation möglich. Insofern ergänzt es die subjektiven Aspekte des Lebensqualitätsansatzes. In der subjektiven Bewertung der eigenen Lebenslage kann eine Beurteilung der Lebensqualität vorgenommen werden (Cappell, 2005).

Capell (2005) beschreibt und ergänzt die „Domänen“ und „Facetten“ beider Begrifflichkeiten in Anlehnung an Angermeyer et al. (2000) von Lebenslage und Lebensqualität. Dies sind unter der Domäne physische Gesundheit die Facetten Schmerz/Unwohlsein, Energie/Erschöpfung, Schlaf/Ruhe, Mobilität, tägliche Verrichtungen, Abhängigkeit von Medikamenten/mededizinische Behandlung und Arbeitsfähigkeit, unter der Domäne Psychische Gesundheit: positive/negative Gefühle, Denken, Lernen, Gedächtnis, Konzentration, Selbstakzeptanz, Körperbild/Erscheinung, Lebenssinn, Entfaltung/Weiterentwicklung der Interessen, unter der Domäne Soziale Beziehungen: persönliche Beziehungen, Sexualleben, soziale Unterstützung, Teilnahme-, Mitbestimmungs-/Mitgestaltungsmöglichkeiten und unter der Domäne Umwelt Facetten wie Sicherheit, Wohnung, Einkommen, Vermögen, Zugang/Leistungsfähigkeit von Gesundheits- und Sozialdienstleistungen, Informationszugang, Gelegenheit/Beteiligung an Freizeitaktivitäten, gesundes Wohnumfeld, Beförderungsmittel.

Die bisherigen Forschungen zu Wohlbefinden im Alter verdeutlichen, dass verschiedene Einzelaspekte zusammenwirken und nicht losgelöst von sozialen Lebenslagen betrachtet werden können. Erst das Zusammenwirken zwischen subjektiven und objektiven Bedingungen kann die Voraussetzungen für Wohlbefinden schaffen. Das Wohlbefinden wird aufgrund persönlicher Bewertungen in Sinne des „Habituellen Wohlbefindens“ subjektiv empfunden und steht im engen Kontakt mit Lebenszufriedenheit, Glück, Freude, Beschwerdefreiheit, der Erhaltung der Fähigkeiten und Fertigkeiten, Autonomiebedürfnissen, der Kontrolle über das eigene Denken und Tun sowie sozialen Kontakten.

Trotz der Uneinheitlichkeit der theoretischen Zugänge gibt es eine weitgehende Übereinstimmung zu den wichtigsten Einflussfaktoren auf die Lebenszufriedenheit alter Menschen. Dies sind subjektiver und objektiver Gesundheitszustand, persönliche Kontrolle, Selbständigkeit, die Bildung positiver Beziehungen zu anderen

Menschen, Vertrautheit und Beherrschung der Umgebung, finanzielle Situation, Bildung und Familienstand (Thomae, 1983, Zank/Baltes, 1998, Lehr, 2000).

### **3.3. Ausgewählte Prädiktoren des Wohlbefindens**

Trotz der Unübersichtlichkeit der Forschungslage zur Lebensqualität und dem Wohlbefinden besteht weitgehende Einigkeit in Bezug auf einflussnehmende Faktoren. Drei Prädiktoren, Gesundheit, soziale Beziehungen und Alltagsrhythmen sollen im Folgenden in Bezug auf ihre Bedeutung für dementiell Erkrankte näher betrachtet werden. Zum besseren Verständnis soll zunächst die besondere Lebenssituation der Betroffenen dargestellt werden.

Eine wesentliche Veränderung der Lebenssituation mit Auswirkungen auf die Lebensqualität der Betroffenen und Angehörigen ist der Eintritt von Pflegebedürftigkeit und/oder die Erkrankung an einer Demenz. Dadurch ergeben sich Einschränkungen der individuellen Handlungsspielräume mit negativem Einfluss auf die Lebensqualität. Insbesondere eingeschränkt werden die Handlungsspielräume in der selbständigen Gestaltung des Alltags, da die Erkrankten dazu nicht mehr alleine in der Lage sind. Die Veränderung der Lebenssituation bezieht sich auf den Erkrankten und seine Angehörigen, die Pflege und Versorgung übernehmen müssen. Beeinträchtigt werden die physische Gesundheit durch Veränderungen des Schlaf- und Wachrhythmus bis zur völligen Umkehrung durch erhöhte Motorik bis zur Erschöpfung sowie der Unselbständigkeit im täglichen Leben. Die psychische Gesundheit wird durch das Erleben des Versagens und des Vergessens bis zum Verlust der eigenen Identität sowie den Verlust des Realitätsbezugs bis zu Wahnvorstellungen beeinträchtigt. Bei fortschreitender Erkrankung entfremden sich die Betroffenen in ihren sozialen Beziehungen; zum Teil erkennen sie langjährige Partner und Verwandte nicht wieder. Das erschwert die Wertschätzung und soziale Unterstützung.

Die Wahrscheinlichkeit steigt, aufgrund der Erkrankung in eine stationäre Einrichtung ziehen zu müssen. Die Auswahl einer geeigneten Einrichtung wird von den zur Verfügung stehenden finanziellen Möglichkeiten beeinflusst, da die Leistungen der Pflegeversicherung nur einen Teil der Pflegekosten abdecken (§ 41 bis 43 SGB XI). Eine über die normalen Heimentgelte und deren pauschalierte Leistungen hinausgehende spezielle individuelle Betreuung, besondere Betreuungskonzepte et cetera müssen zusätzlich finanziert werden. Die soziale Ungleichheit der Lebenslagen wird deutlich.

Durch den Umzug in ein Heim ist von einer bedeutsamen Änderung der Lebenssituation auszugehen. Sie erfordert Anpassungsprozesse auf verschiedenen Ebenen. Eine Verschlechterung der Lebensqualität ist unter den gegebenen Bedingungen wahrscheinlich.

Verschiedene Modelle dienen zur Erklärung der institutionellen Wirkung auf die Lebenszufriedenheit. Jenull-Schiefer und Janig (2004) führen zwei Erklärungsmodelle an: „das Modell der erlernten Hilflosigkeit“ (Kontingenzlosigkeit des eigenen Verhaltens führt zu Kontrollverlust) und „das Modell der gelernten Abhängigkeit“ (verstärkende Reaktionen der sozialen Umwelt auf Unselbständigkeit) nach Baltes. Weiteren Einfluss haben die Einschränkungen der Autonomie, der Wahl- und Entscheidungsfreiheit sowie „distanzierte Routinepflege“. Von Havighurst (1968) und

Tartler (1961) werden die Bedeutung von Aktivität für die Lebenszufriedenheit und das allgemeine Wohlbefinden hervorgehoben.

„Das subjektive Wohlbefinden und die Anpassung an die Pflegeheimumgebung sind unmittelbar damit verbunden, inwiefern der Pflegeheimbewohner in Entscheidungen des täglichen Lebens eingebunden ist und Aktivitäten, die den Interessen und Neigungen entsprechen, ermöglicht werden. Die Notwendigkeit, dem alten Menschen im Sinne eines Kompetenzmodells zu begegnen, ist längst erkannt, dennoch wird die Kluft zwischen theoretischer Auseinandersetzung mit dem Bereich Beschäftigung und Aktivierung und der praktischen Umsetzung dieser Erkenntnisse als enorm bezeichnet.“ (Jenuß-Schiefer/Janig, 2004, 394)

### **3.3.1. Gesundheit**

Der objektive Gesundheitszustand ist für das Leben und die Lebensqualität von grundlegender Bedeutung. Hier spielen die Ernährung und eine regelmäßige Bewegung eine wichtige Rolle bei der Erhaltung der körperlichen und kognitiven Gesundheit. In der Wahrnehmung älterer Menschen steht das subjektive Gesundheitsbefinden im Vordergrund. Wie oben beschrieben, belegen Studien die Erkenntnis, dass trotz objektiver Gesundheitseinschränkungen durch Krankheiten, das subjektive Empfinden der Lebensqualität nicht zwingend beeinträchtigt sein müssen. Zank und Baltes (1998) verweisen auf Studien, nach denen selbst bei schwersten Erkrankungen hohe Zufriedenheitswerte angegeben wurden. Diese Befundlage ist unabhängig von der Lebensform in einer Institution beziehungsweise in der eigenen Häuslichkeit. Erklärungsmodelle für diese Diskrepanz zwischen objektiver und subjektiver Realität gehen in der Psychologie davon aus, dass besonders der alte Mensch von bestimmten mentalen Anpassungsprozessen Gebrauch zu machen scheint, die seine psychologische Widerstandsfähigkeit erhöhen. Neben den Anpassungsprozessen werden Vergleiche mit anderen, denen es schlechter geht und zum eigenen früheren Leben gezogen. Aufgrund dieses Vergleichsprozesses werden Ansprüche und Erwartungen reduziert bzw. Hoffnungen auf die Beibehaltung des jetzigen Zustandes und nicht auf eine Verbesserung ausgerichtet. Erst die fortschreitenden Einschränkungen in den Aktivitäten des Lebens führen zu einer negativen subjektiven Einschätzung (Zank/Baltes, M.M., 1998).

Diese Erkenntnisse sind bei kognitiv gesunden alten Menschen gewonnen worden und können zum Teil auf Demenzkranke übertragen werden.

In der Untersuchung von Meier (1995) zur Erfassung der individuellen Lebensqualität von gesünderen Älteren sowie von Patienten im Anfangsstadium einer Demenz und ihren Angehörigen wurde gezeigt, dass eine dementielle Erkrankung zu einer Lebensqualitätseinbuße bei den Betroffenen und den Verwandten führt. Die Lebensqualität wurde besonders vom subjektiven Erleben des Demenzprozesses mit den begleitenden kognitiven Defiziten beeinträchtigt. Die Betroffenen litten unter Einschränkungen der Flexibilität, dem Verlust bestehenden Wissens und einer Verlangsamung der kognitiven Funktionen. Weitere Belastungen ergaben sich aus der Dauer der Krankheit, Stimmungsschwankungen und den Störungen des Gedächtnisses in Form von Orientierungsschwierigkeiten. Entlastend scheinen Störungen des Langzeit- und Kurzzeitgedächtnisses zu wirken. Betroffene können in diesen Fällen keinen Vergleich mit dem früheren Leben herstellen, da sie es vergessen haben.

Die Lebensqualität der Angehörigen wurde weniger von den Gedächtnisstörungen negativ beeinflusst, als von der verminderten Verhaltenskontrolle der Betroffenen. Dazu zählen die verminderte Fähigkeit, Umweltreize zu erkennen und richtig zu interpretieren, Schwierigkeiten in der Körperpflege und der Verlust sozialer Kompetenz. Die Langzeitbeobachtung über ein Jahr ergab keine weiteren Verschlechterungen der Lebensqualität trotz der fortschreitenden Erkrankung der Probanden. Die Ergebnisse der Untersuchung von Meier weisen darauf hin, dass sowohl die Demenzkranken als auch ihre Angehörigen im Verlaufe der Erkrankung gelernt haben, mit dieser besser umzugehen beziehungsweise sie zu akzeptieren.

### **3.3.2. Soziale Beziehungen**

Soziale Kontakte spiegeln die Beziehungen des Individuums in seinem unmittelbaren sozialen Umfeld wieder. Die Bedeutung sozialer Beziehungen zu Familienangehörigen, Ehepartnern, Freunden et cetera bekommt dadurch Gewicht, dass die meisten Bedürfnisse erst in der Interaktion mit anderen befriedigt werden können. Mit sozialen Beziehungen sind nicht nur die Anzahl der Kontakte sondern auch deren „Qualität“ oder auch Intensität gemeint. Die Qualität liegt vor allem in der sozialen Hilfestellung bei der Aufrechterhaltung eines weitgehend selbständigen Lebens.

In verschiedenen Studien zu den Faktoren der Lebenszufriedenheit bei Heimbewohnern wurde die Vermutung belegt, dass die Möglichkeiten zu Sozialkontakten nicht automatisch die Zufriedenheit erhöhen (Zank/Baltes 1998/ Kempe et. al. 1989). Vielmehr beobachteten auch sie das von Koch-Straube (1997) beschriebene Phänomen, dass trotz der Anwesenheit vieler Personen über Einsamkeit geklagt wird. Institutionen wie Altenpflegeheime können demnach in der bisherigen Form nur begrenzt zur Aufnahme neuer und intensiver Kontakte beitragen. Der stärkste Faktor für Wohlbefinden im Alter scheint das Vorhandensein eines Partners oder einer Vertrauensperson zu sein. Demgegenüber steht die konkrete Situation der Heimbewohner. Sie sind in der Regel alleinstehend beziehungsweise verwitwet und haben über längere Zeit vor dem Heimeintritt allein gelebt (Backes und Clemens, 1998). Sie sind deshalb in der Kontaktaufnahme auf die sie im Heim umgebenden Personen, das Personal und die Mitbewohner, angewiesen.

Beeinträchtigt wird die Kontaktaufnahme durch die Einschränkungen, mit denen die dementiell Erkrankten leben müssen. Sie verlieren mit fortschreitendem Verlauf der Krankheit – zunehmend - die sprachliche Ausdrucksfähigkeit. Die Heimbewohner sind darauf angewiesen, dass die Bezugspersonen (Angehörige, Mitbewohner, Personal) ihr Ausdrucksverhalten deuten und die richtigen Schlüsse auf ihr Befinden und ihre Bedürfnisse ziehen. Das bedeutet, dass sich die Kommunikation von der verbalen auf die nonverbale Ebene verschiebt.

Bär et al. (2003) haben eine Studie vorgelegt, in der sie die nonverbale Ausdrucksfähigkeit von 29 Heimbewohnern mit mittlerer und schwerer Demenz sowie die Reaktionen des Personals beschrieben. Das Ergebnis belegt die Vermutung, dass die Fähigkeit, Emotionen erleben und sie zu zeigen, bei demenzkranken Menschen deutlich länger erhalten bleibt als die Fähigkeit zum sprachlichen Ausdruck. Auffällig war die Unsicherheit der ausgebildeten Fachkräfte, die nonverbalen Signale der Bewohner zu deuten. Dem gegenüber reagierten nichtausgebildete Mitarbeiter

intuitiver und angemessener. Diese Erkenntnis spricht einerseits für eine Mischung beider Mitarbeitergruppen im Team und andererseits für veränderte Aus- und Fortbildungskonzepte.

Bestätigt wird diese Einschätzung durch die H.I.L.D.E. Studie (Becker et al., 2005). Becker et al. stellten in ihrer Untersuchung fest, dass bei ausgebildeten Pflegekräften eine hohe Unsicherheit in der Deutung der Mimik zu erkennen ist. Hinzu kommt die fachliche Unsicherheit in der Einschätzung von Symptomen dementieller Erkrankungen trotz der festgestellten hohen Grundqualifikation. Unsicher waren sie in der Einordnung der Bewohner in „Demenzkrank oder nicht“ und insbesondere in der Deutung von nicht kognitiven Symptomen (wie zum Beispiel Angst).

Während der Studie wurden Situationen beobachtet, in denen die Bewohner Freude und Wohlbefinden zum Ausdruck brachten. Das Gefühl der Freude wurde durch Zuwendung und persönliche Ansprache verstärkt. Immer dann wenn die Bewohner zu einfachen Alltagsaktivitäten angeregt wurden oder sie ihre individuellen Vorlieben und Gewohnheiten ausleben konnten, fühlten sie sich wohler. Dagegen führten Situationen in denen ihre Handlungsmöglichkeiten eingeengt wurden, sie sich zu etwas gedrängt beziehungsweise genötigt fühlten sowie Konflikte mit anderen Bewohnern zu negativen Emotionen.

Die Ergebnisse dieser Studie unterstreichen die Bedeutung des persönlichen Gesprächs und der individuellen Zuwendung im Leben der Heimbewohner.

In einer älteren empirischen Untersuchung zu Korrelaten des psychischen und sozialen Wohlbefindens von Heimbewohnern konnte Schick (1978) den Einfluss der Institution Heim auf den Umfang und die Qualität der sozialen Beziehungen feststellen. Ergebnisse ihrer Studie belegen den Zusammenhang zwischen Reglementierungsgrad der täglichen Lebensvollzüge und dem Umfang von Kontakten. Ein starker Reglementierungsgrad scheint Freundschaften der Bewohner untereinander zu verhindern beziehungsweise zu erschweren. Auch die Beziehung zum Personal wird vom Reglementierungsgrad beeinflusst. In Einrichtungen mit geringem Reglementierungsgrad hat das Personal weniger negative Vorurteile gegenüber alten Menschen, lehnt Restriktionen und sozialen Rückzug als adäquate Verhaltensweise im Alter ab. Ist der Reglementierungsgrad hoch, das Stimulationsangebot gering und die Einstellung des Personals den alten Menschen gegenüber autonomieunterbindend und vorurteilsbelastet, wird die Institutionalisierung negativer erlebt.

Für die Zufriedenheit und Lebensqualität von Demenzkranken ist die Berücksichtigung ihrer individuellen Situation in der Bedarfsermittlung, Planung und Durchführung der Pflege von grundlegender Bedeutung. Neben der verbalen Kommunikation spielen nonverbale Gesten, Handlungen und emotionaler Ausdruck eine entscheidende Rolle. Es ist davon auszugehen, dass sich Demenzkranke und auch andere Pflegebedürftige sachlich und emotional verstanden wissen wollen. Wird ihren Bedürfnissen nicht entsprochen, so ist davon auszugehen, dass ihre Lebensqualität gemindert wird. Merkmal einer guten Pflege und Betreuung ist die Berücksichtigung der kommunikativen Bedürfnissen der Bewohner.

### 3.3.3. Alltagsrhythmen

Vertrautheitserfahrungen dementiell erkrankter älterer Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen stehen im Zusammenhang mit Interessen, die früher für sie im Mittelpunkt standen. In der Praxis beobachtet werden vor allem zwei Bereiche. Dies sind die Lebenssituation in der Familie (die Ursprungsfamilie und die selbst gegründete Familie) sowie die frühere Arbeitssituation. Ihre Aktivitäten, ihr Alltag und ihre Tagesstrukturierung war über Jahrzehnte hinweg von diesen Interessensgebieten geprägt. Im Gegensatz dazu steht die Heimumgebung mit ihren eigenen - an organisatorischen Vorgaben ausgerichteten - Tagesstrukturen, der „Rund-um-Versorgung“ und „künstlichen“ Aktivitäten. In diesen Einrichtungen scheinen sich eine Mehrzahl von dementiell Erkrankten nicht zu Hause zu fühlen. Das Gefühl äußert sich in der von Praktikern beschriebenen ständigen Beschäftigung vieler Betroffener mit dem Thema „nach Hause wollen“.

Auffällig für Bosch (1998) ist, dass dies ein wichtiges Thema für Frauen ist. Sie leiden besonders unter der Fremdheit des Alltags im Heim. Auch wenn sie schon Jahre in einer Einrichtung leben, bleibt das Gefühl, „nach Hause zu wollen“. Die Beweggründe sind nach Bosch ambivalent: der Mann, die Kinder, die Mutter warten oder müssen versorgt werden. Häufig offenbart sich in ihrer Motivation das Verantwortungsgefühl für diejenigen, für die, um die sich früher gekümmert haben. Beobachtet wird eine Zunahme der Unruhe mit dem Bedürfnis, nach Hause zu wollen, um 16 bis 17 Uhr wenn in der Vergangenheit der Mann und die Kinder eintrafen.

Bei dementiell erkrankten älteren Männern, steht eher die Beschäftigung mit Regularien in ihrem früheren Berufsleben im Vordergrund. Auch das Vereinsleben prägt die Interessenlage männlicher Demenzkranker. Zu den Unterschieden im Erleben zwischen Frauen und Männern schreibt Bosch:

„Im Erleben der dementierenden Frauen, so hat sich aus der Untersuchung ergeben, steht vor allem die frühere Situation innerhalb des Hauses im Mittelpunkt. Frauen möchten nach Hause. Aus ihren Äußerungen wird deutlich, wer in ihrem Leben signifikante Bezugspersonen waren und es noch immer sind: Mann, Kinder, Mutter und einige Male auch der Vater. Bei Männern ist das nicht der Fall. Das „(Zu)Hause“ wird wesentlich seltener behandelt, und die Männer fühlen auch nicht so sehr den Drang, nach Hause zu wollen. Im Allgemeinen passen sie sich schneller und einfacher der Pflegesituation an als Frauen.“ (Bosch, 1998, 85-86)

Ein weiteres Ergebnis der Studie waren Unterschiede in der Interpretation der Verhaltensweisen von Seiten des Pflegepersonals. Eine höhere Akzeptanz fand bei ihnen das Wegwollen der dementiell erkrankten Männer zu ihrem Arbeitsplatz.

„Das Wegwollen der Männer zu ihren Arbeitsplatz wird mehr oder weniger als selbstverständlich empfunden und begriffen; es ruft weniger das Gefühl der Machtlosigkeit oder Irritation hervor. ...Im Gegensatz dazu wird das Verhalten der Frauen... häufiger als negativ, abweichend oder krank eingeschätzt und definiert. ...Möglicherweise beruht dieser Unterschied darin, dass das Verhalten der Männer, die zu ihrer Arbeit wollen, nicht der (impliziten oder expliziten) Zielsetzung der Pflegenden entgegensteht: nämlich, ein Zuhause zu schaffen. Das Verhalten wird nicht als Kritik an der Arbeit aufgefasst und vermittelt den Pflegenden nicht das



Gefühl, zu versagen. Darüber hinaus spielt möglicherweise die geringe Bewertung der Arbeit von Hausfrauen eine Rolle.“ (Bosch, 1998, 86-87)

Die Vertrautheitserfahrungen dementiell erkrankter älterer Menschen stehen mit ihren früheren Lebenssituationen in der Familie beziehungsweise der Arbeit im Zusammenhang. Durch die Sorge für die Familie beziehungsweise die Arbeit erhielt das tägliche Leben einen Inhalt und eine sinnhafte Struktur. Die Tätigkeiten, die in der Vergangenheit als sinnvoll, wesentlich und wertvoll erfahren wurden, und mit denen ein Großteil des täglichen Lebens ausgefüllt war, spielen auch in der stationären Einrichtung eine wichtige Rolle.

Daraus ist zu schließen, dass eine von früher vertraute Umgebung, die Beibehaltung von gewohnten Alltagsrhythmen und -tätigkeiten eine wichtige Voraussetzung für das Wohlbefinden Demenzkranker in der stationären Versorgung ist.

### **3.4. Instrumente zur Erfassung der Lebenszufriedenheit**

Es gibt eine Fülle von verschiedenen Instrumentarien zur Erfassung der Lebensqualität und des allgemeinen subjektiven Wohlbefindens (Mayring, 1989). Der Anteil derjenigen Arbeiten, die sich direkt und unmittelbar mit der subjektiven Erlebniswelt von dementiell erkrankten alten Menschen beschäftigen, ist demgegenüber eher gering. Dies erklärt sich aus der allgemein anerkannten These, dass der Betroffene selbst die angemessenste Quelle für Aussagen über seine Lebensqualität ist (Mayring, 1989). Eine direkte Nutzung der Aussagen kann dementsprechend nur bei den Personen vorgenommen werden, die noch in der Lage sind, sich verbal verständlich zu machen.

#### **Instrumente zur Erfassung der subjektiven Lebensqualität**

Niebuhr (2004) führte in ihrer qualitativen Untersuchung zur subjektiven Lebensqualität Interviews mit Demenzkranken. Die befragten Personen verfügten noch über ein Mindestmaß an sprachlicher Kommunikation. Das Auswahlkriterium schränkte die Gruppe der Befragten und damit die Aussagekraft der Ergebnisse ein; diese Einschätzung wird von der Forscherin bestätigt. Nur ein Teil der Interviews (25 von 40) sei vollständig auswertbar gewesen (Niebuhr, 2004).

Eine weitere Annäherung der subjektiven Lebensqualität über Interviews stellt die von Meier (1995) vorgenommene Entscheidungsanalyse dar. Sie befragte an Demenz erkrankte alte Menschen im Anfangsstadium sowie in der mittleren Phase der Krankheit und bezog Angehörige zu einzelnen Aspekten der Lebensqualität ein. Die Ergebnisse wurden mit Hilfe der Methode des sozialen Urteilens (SEIQoL, Meier, 1995) ausgewertet. Auch für diese Studie wurden die Befragten im Anfangs- beziehungsweise mittlerem Stadium der Demenz ausgewählt. Personen in weiter fortgeschrittenen Stadien beziehungsweise mit eingeschränkter sprachlicher Kompetenz blieben unberücksichtigt.

Die Beurteilung der Lebensqualität bei Demenzkranken, die keine beziehungsweise nur eingeschränkte Aussagen zu ihrer Lebenssituation geben können, ist eine Herausforderung. Dies betrifft insbesondere die Validität des Instruments (Sowarka, 2000).

Weitere Instrumente der Beobachtungsforschung dienen dazu, aus dem emotionalen Verhalten dementiell erkrankter Menschen Rückschlüsse auf das Wohlbefinden zu ziehen. Damit können auch Personen erfasst werden, die die Fähigkeit zur verbalen Kommunikation verloren haben. Beispiel ist die Beobachtung des mimischen Ausdrucks bei Bär et al. (2003). Sie sehen ihre Hypothese bestätigt, dass die Fähigkeit, Emotionen zu erleben und zu zeigen, bei dementiell Erkrankten länger erhalten bleibt als die verbale Ausdrucksfähigkeit. Demnach können aus der Beobachtung des mimischen Ausdrucks Rückschlüsse auf Situationen mit positiven beziehungsweise negativen Emotionen gezogen werden (Bär et al., 2003).

Einen anderen Versuch zur Ermittlung der subjektiven Lebensqualität unternahm Bosch (1998) in ihrer Studie zur Vertrautheit – einer teilnehmenden Beobachtung der Lebenswelt dementierender alter Menschen. Die Studie wurde durch Interviews, Berichte, Literatur und persönlichen Erfahrungen ergänzt. Bosch beobachtete die Bewohner in einer gerontopsychiatrischen Einrichtung mehr als ein Jahr lang bei Gesprächen untereinander und mit den Pflegekräften.

Zur Reihe der Beobachtungsinstrumentarien zählt auch das von Kitwood (2000) entwickelte Verfahren DCM (Dementia Care Mapping), ein Beobachtungsinstrument zur Erfassung des subjektiven Wohlbefindens in stationären Einrichtungen. Es erfasst die Interaktionsqualität zwischen Demenzkranken und Pflegenden und bildet sie ab. DCM orientiert sich an den emotionalen Äußerungen der dementiell Erkrankten. Eine direkte Interaktion zwischen Beobachtern und Beobachteten sowie Befragungen der beteiligten Personen sind nicht vorgesehen. Erfasst werden darüber hinaus Aktivitäten und Beschäftigungen der Betroffenen. Das Verfahren wird im Kapitel 3.2 eingehend vorgestellt.

### **Multidimensionale Erfassungsinstrumentarien**

Um zu einer verlässlichen Aussage zur Lebensqualität pflegebedürftiger alter Menschen zu kommen, sollte nicht nur die subjektive Einschätzung der Lebensqualität herangezogen werden. Die verschiedenen theoretischen Konzepte zur Lebensqualität erfordern vielmehr einen multidimensionalen Forschungsansatz (Mayring, 1989). Sinnvoll erscheint der Einsatz verschiedener Methoden zur Ermittlung der individuellen Einschätzung, der Beurteilung alltagsnaher Kompetenzen und der Erfassung der sozial-räumlich gestalteten Umgebung (Sowarka, 2000).

### **Heidelberger Instrument zur Erfassung von Lebensqualität bei Demenz**

Beispielhaft für die Umsetzung des multidimensionalen Ansatzes steht H.I.L.D.E., das Heidelberger Instrument zur Erfassung von Lebensqualität bei Demenz (Becker et al., 2005). Ziel des Forschungsprojektes ist die Entwicklung und Erprobung eines umfassenden Instrumentariums zur Messung der Lebensqualität bei demenzkranken Heimbewohnern.

Grundlage des Instrumentes sind die vier Dimensionen der Lebensqualität nach Lawton et al. (1996). Daraus wurden acht Dimensionen von Lebensqualität abgeleitet. Dies sind 1. die räumliche Umwelt (Besonderheiten der räumlichen Umwelt), 2. die soziale Umwelt (Art und Struktur sozialer Kontakte), 3. die Betreuungsqualität (Merkmale der infrastrukturellen Umwelt: Versorgung durch Ärzte und Pflege, Qualifikation, Alltagsgestaltung), 4. der medizinisch funktionale Status (Medizinischer Status, Allgemeinzustand, Ernährungszustand), 5. der kognitive Status (Psychopathologie, Verhaltensauffälligkeiten), 6. das subjektives Erleben

und die emotionale Befindlichkeit (Emotionale Befindlichkeit, subjektives Erleben der räumlichen Umwelt, subjektives Erleben der sozialen Umwelt). Becker et al. wendeten die Untersuchungsmethode bei 121 Demenzkranken, 97 Pflegekräften und 101 Angehörigen in elf Pflegeeinrichtungen an. Der Methodenmix bestand aus einer Befragung der Mitarbeiter und Bewohner sowie Angehörigeninterviews, die Analyse von Pflegedokumenten und einer gerontopsychiatrischen Untersuchung.

Das Projekt berücksichtigt die Multidimensionalität der Lebensqualität, die individuelle Perspektive der Bewohner und die Perspektive der Pflegemitarbeiter sowie der Angehörigen. Die vielfältigen im H.I.L.D.E.- Projekt eingesetzten Instrumentarien tragen dazu bei, umfassende Informationen über die verschiedenen Aspekte der Lebensqualität demenzkranker Menschen zu erhalten. Nicht erfasst wurden die Wirkungen von Interaktion und Kommunikation zwischen Pflegekräften und Bewohnern auf deren Wohlbefinden. Die Interaktionen spiegeln die Pflegehaltung der Pflegekräfte mit den entsprechenden Konsequenzen wieder (zum Beispiel „Unselbständigkeits-Unterstützungs-Muster“ Wahl, 1998; Kapitel 4.1.3).

Die Betrachtung der räumlichen Umwelt orientierte sich an den vier ausgewählten Aspekten Sicherheit, Orientierung, Privatheit und Gestaltung des sozialen Milieus. Ausgeklammert wurden in der Beobachtung die Alltagsgestaltung, sensorische Erfahrungen, Aktivitätsangebote sowie deren Wahrnehmung und Wirkung auf dementiell Erkrankte.

Aus den Erfahrungen im H.I.L.D.E.- Projekt wird deutlich, dass durch einen Methodenmix umfassende Informationen über wichtige Aspekte, die für die Lebensqualität dementiell Erkrankter wichtig sind, gesammelt werden können. Aus den umfassenden Informationen können demnach eher Empfehlungen für die Gestaltung positiv valenter Situationen und - darauf aufbauend - gezielte Förderung positiver Emotionen für demenzkranke Bewohner in Altenheimen abgeleitet werden.

### **Instrumente zur Beurteilung der Pflegequalität nach SGB XI - Pflegeversicherungsgesetz**

Neben den Regularien des Heimgesetzes wurden im Sozialen Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) eigene Vorgaben für die Prüfung und Beurteilung der Pflegequalität in den Vorschriften und Ausführungsbestimmungen zum § 80 SGB XI. aufgenommen (Schellhorn, 2005). Die Prüfsystematik befindet sich noch im Aufbau. Im SGB XI finden sich wenige konkrete Strukturvorgaben. Konkreter und umfangreicher werden Prozessvorgaben gemacht. Sie beziehen sich auf eine systematisch zu planende und nach Vollzug möglichst lückenlos dokumentierte Pflege (zum Beispiel Qualitätsvereinbarungen für den stationären Bereich, Stand 10.07.1996 in Schellhorn, 2005). Verankert wurde eine Standardisierung der pflegerischen Handlungen, die zu einer Vereinheitlichung der Pflegepraxis führen soll (zum Beispiel wurden Expertenstandards zur Dekubitusprophylaxe oder zur Sturzprophylaxe entwickelt). Die Standards beziehen sich bis heute auf körperliche Pflegetätigkeiten und nicht auf besondere Pflege- und Betreuungsangebote für dementiell Erkrankte.

Durch die Strukturvorgaben in den Qualitätsvereinbarungen ergeben sich Kontrollmöglichkeiten durch den MDK (Medizinischer Dienst der Krankenkassen). Sie beziehen sich auf die standardisierte Verrichtung von pflegerischen Aufgaben. Da die Pflege dementiell Erkrankter individuell und nach Tagesform unterschiedlich gestaltet werden muss, ist der Anteil der standardisierten Verrichtungen gering. Der

Schwerpunkt liegt in der Kommunikation und Interaktion mit den Betroffenen. Die bisherigen Kontrollmöglichkeiten können im besten Fall eine Verschlechterung der Lebensqualität im Bereich der physischen Gesundheit verhindern. Zur Verbesserung der psychischen und sozialen Lebensqualität erscheinen sie eher ungeeignet. Dies wird auch im vierten Bericht zur Lage der älteren Generation (BMFSFJ, 2002) festgestellt. Grundlage des vierten Berichtes sind die Auswertungen von über 4 000 Qualitätsprüfungen durch den MDK. Die Auswertung der Ergebnisse ergab, dass differenzierte qualitative und quantitative Aussagen über die Pflege dementiell Erkrankter mit diesem Instrumentarium nicht ermittelt werden können.

### **3.5. Zusammenfassung**

Für die Pflege und Betreuung an Demenz erkrankter alter Menschen ist ein prinzipielles Umdenken erforderlich. Ausgangspunkt und nicht erst Ergebnis der Pflege dieses Personenkreises sollte das relative Wohlbefinden sein (vgl. Buhl und Entzian, 2002). Die Prozessqualität der Pflege und Betreuung sowie die personennahe, an der vertrauten Lebenswelt orientierte Umweltgestaltung schaffen die Voraussetzungen dafür, vorhandene Fähigkeiten und Fertigkeiten bis ins hohe Alter zu erhalten.

Relatives Wohlbefinden stellt ein wichtiges Kriterium für die Pflegequalität dar. Entscheidend ist, wie einführend pflegerische Maßnahmen auf die Situation und das Vermögen des Einzelnen abgestimmt werden. Geht es den Betroffenen nicht gut, so kann dies weitgehend auf die Nichtbeachtung wesentlicher Bedürfnisse zurückgeführt werden.

„Grundhypothese für die Beobachtung ist: Wenn es Menschen mit Demenz relativ gut geht, dann ist dies ein wesentliches Kriterium für eine gute Pflegequalität. Wohlergehen von Menschen mit Demenz muss demnach überzeugend operationalisiert werden. Geht es Menschen mit Demenz in der Regel schlecht, werden wesentliche Bedürfnisse wohl nicht wahrgenommen. Eine Reorganisation der Pflege ist erforderlich.“ (Müller-Hergl, 2001, 257).

Eine weitgehende Übereinstimmung der allgemeinen Lebensumstände mit den individuellen Fähigkeiten und Bedürfnissen der Bewohner begünstigt mit hoher Wahrscheinlichkeit deren Wohlbefinden und Zufriedenheit. Positive Erfolgserlebnisse, sensorische Erfahrungen und soziale Zuwendungen stehen im linearen Zusammenhang mit dem Wohlbefinden älterer Menschen. Partizipation und das Eingehen auf Autonomiebedürfnisse erhöhen das aktuelle Wohlbefinden.

Die Frage ist, wie das Wohlbefinden dementiell erkrankter alter Menschen in der Institution Altenheim aufrechterhalten bzw. hergestellt werden kann.

#### **4. Altenheime als Umwelten für dementiell erkrankte alte Menschen**

Im Dezember 2003 waren 2,08 Millionen Menschen im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes pflegebedürftig, davon 68 Prozent Frauen. 81 Prozent waren 65 Jahre und älter, 32 Prozent 85 Jahre und älter. Insgesamt 31 Prozent oder 640 000 der Pflegebedürftigen wurden in Pflegeheimen betreut. Gegenüber 2001 hat die Bedeutung der stationären Pflege zugenommen. Die Zahl der Heime stieg um 6,3 Prozent gegenüber den Vorjahren. Der Anteil der stationär betreuten alten Menschen an der gesamten Bevölkerungsgruppe betrug 2,5 Prozent. (Statistisches Bundesamt 2005, Pflegestatistik 2003 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse). Der Familienstand der Heimbewohner unterscheidet sich von dem der Gesamtbevölkerung. Sie weisen im Vergleich zu nicht im Heim Lebenden eine schlechtere soziale Verankerung auf. Ledige, Verwitwete und Geschiedene sind in der Überzahl. In den Heimen leben überwiegend Frauen. Ihr Anteil beträgt 80 Prozent und mehr (Brandenburg, 1994). Auch dies ist im Vergleich zu ihrem Anteil an der Gesamtbevölkerung mit 65 Prozent in Nordrhein-Westfalen hoch.

Die Zahlen belegen einen zunehmenden Trend zur stationären Betreuung. Für immer mehr Betroffene wird das Leben in der „Umwelt Altenheim“ zur letzten Station in ihrem Leben. Der Wechsel von der selbstbestimmten eigenen Häuslichkeit in die Institution Heim ist mit einer grundlegenden Veränderung ihrer Lebensumstände verbunden. Da sie die meiste Zeit ihres Tages in ihrem unmittelbaren Lebensumfeld verbringen (Saup, 1993), hat ihr Wohnumfeld direkten und indirekten Einfluss auf ihr Wohlbefinden, ihre Selbständigkeit, ihr Verhalten und ihr Erleben. In den vergangenen Jahren hat sich in der Gerontologie die Erkenntnis von dem zentralen Stellenwert von „räumlich-sozialen Umweltbedingungen“ für die Erhaltung einer weitgehenden Selbständigkeit und dem Wohlbefinden älterer Menschen durchgesetzt (Saup, 1993). Entsprechend dem „environmental richness“ Ansatz von Lawton & Nahemow kann die Alltagskompetenz des alten Menschen nicht losgelöst von den Umweltgegebenheiten betrachtet werden. Es besteht vielmehr eine wechselseitige Person-Umwelt-Beziehung. Aus diesem Grund sollen im Folgenden die Umweltgegebenheiten der Institution Altenheim und deren Auswirkungen auf die in ihr lebenden alten Menschen dargestellt werden (Wahl, 1989; Wahl/Reichert, 1994).

Im Mittelpunkt der Darstellung stehen ältere Menschen mit dementiellen Erkrankungen, da deren Heimübersiedlung in der Regel nicht freiwillig geschieht und sie gezwungen sind, sich in einer für sie fremden Welt mit völlig fremden Personen und Tagesabläufen zurechtzufinden. Der Wechsel ist in Bezug auf die im Kapitel 2 beschriebene Person- Umwelt-Beziehung prägnant: sie ist durch die Erkrankung gestört. Die Umwelt-Reize können nicht mehr angemessen verarbeitet werden. Mögliche Folgen sind eine Zunahme von Verwirrtheit und Desorientierung.

In diesem Abschnitt soll folgenden Fragen nachgegangen werden: Welche Erkenntnisse liegen zu den Wirkungen der „Umwelt Heim“ vor? Welche Faktoren haben Auswirkungen auf das Leben und die Lebensqualität in den Einrichtungen? Welche Bedingungen führen zu einer gelingenden Adaptation?

Im Folgenden werden zunächst die Merkmale und Effekte einer totalen Institution aus soziologischer Sicht dargestellt, besondere Belastungssituationen herausgearbeitet und durch ökologische Erkenntnisse ergänzt. Aus den beschriebenen Er-

kenntnissen sollen die vermuteten Wirkungen der verschiedenen Settingformen der Hausgemeinschaften und der klassischen Pflegestationen auf Pflege und Betreuung dementiell Erkrankter abgeleitet werden.

#### **4.1. Merkmale und Effekte der Institution**

Welchen Einfluss haben die organisatorischen Strukturen auf das Wohlbefinden dementiell erkrankter alter Menschen in Alten- und Pflegeheimen? Das bekannteste klassische Modell ist das Konzept der „totalen Institution“ von Goffman. (1973). Das dieses 40 Jahre alte Konzept nach wie vor zur Erklärung struktureller Wirkungen Anwendung findet, haben Amrhein (2005) und Koch-Straube (1997) in ihren Studien dargelegt. Nicht alle Merkmale, wie insbesondere die Umgangsstrategien der Bewohner totaler Institutionen, lassen sich auf die Situation der dementiell Erkrankten übertragen, da ihre Verhaltens- und Reaktionsweisen nicht mit „normalen“ Heimbewohnern gleichzusetzen sind. Zudem sind viele Heime in den letzten Jahren umgestaltet worden und können nicht mehr als „totale Institutionen“ im Sinne Goffmans definiert werden. Gleichwohl können mit Hilfe des Konzeptes einige Wirkungen erklärt werden.

##### **4.1.1. Organisationsstrukturen**

In der 1961 in englischer Sprache erschienenen und 1973 übersetzten Studie von Goffman werden der umfassende, „totale“ Charakter sozialer Institutionen und die Wirkungen auf das Leben und die Persönlichkeit der dort lebenden und arbeitenden Menschen beschrieben. Goffman zählt zu den von ihm beschriebenen Institutionen auch Altenheime, da in ihnen zwar im Gegensatz zu Psychiatrien und Gefängnissen freiwillig Menschen leben, diese Institutionen aber für einen längere Zeit Wohn- und Arbeitstätte für Personen darstellen, die gleiche Bedürfnislagen haben. In diesen Institutionen findet ein weitgehend von der Öffentlichkeit abgeschnittenes Leben statt. Er beschreibt auf einer deskriptiven Ebene die institutionellen „totalen“ Merkmale:

„1. Alle Angelegenheiten des Lebens finden an ein und derselben Stelle, unter ein und der selben Autorität statt. 2. Die Mitglieder der Institution führen alle Phasen ihrer täglichen Arbeit in unmittelbarer Gesellschaft einer großen Gruppe von Schicksalsgenossen aus, wobei allen die gleiche Behandlung zuteil wird und alle die gleiche Tätigkeit verrichten müssen. 3. Alle Phasen des Arbeitstages sind exakt geplant, eine geht zu einem vorher bestimmten Zeitpunkt in die nächste über, und die ganze Folge der Tätigkeiten wird von oben durch ein System expliziter formaler Regeln und durch einen Stab von Funktionären vorgeschrieben. 4. Die verschiedenen erzwungenen Tätigkeiten werden in einem einzigen rationalen Plan vereinigt, der angeblich dazu dient, die offiziellen Ziele der Institution zu erreichen.“ (Goffman, 1973, 17)

Einzelne Merkmale der totalen Institution nach Goffman sind in vielen klassischen Einrichtungen der stationären Altenpflege bis heute nachvollziehbar. Nahezu alle Bewohner leben dort auf grund ihrer Pflegebedürftigkeit bis zum Tod. Da sie pflegebedürftig sind, können sie die Einrichtung nicht eigenständig wieder verlassen. Zudem ist in der Regel ihre eigene Wohnung aufgelöst worden. Viele Bewohner sind nicht freiwillig eingezogen; die zunehmende Pflegebedürftigkeit, die kogniti-

ven und körperlichen Einschränkungen und die fehlenden Pflegemöglichkeiten zu Hause zwingen zur Heimunterbringung. Alle Aktivitäten des Lebens werden vom Pflegepersonal begleitet und beaufsichtigt. Wohnen alte Menschen in Zweibettzimmern, finden auch intime Bedürfnisse (wie die Benutzung des Toilettenstuhls) vor anderen Mitbewohnern statt.

Der Tageslauf wird in Abhängigkeit von den Bedürfnissen der Bewohner und der Dienstzeiten der Mitarbeiter exakt geplant. Dabei greifen in der Regel feste Anfangs- und Endzeiten der Schichten (Vormittagsschicht, Nachmittagsschicht und Nachtschicht) ineinander über und bestimmen den Beginn und das Ende des Tages für den Bewohner. Für beide, Bewohner und Mitarbeiter, gibt es eine feste Tagesstruktur mit zum Teil absurden Situationen und biologisch unsinnigen Schlaf- und Essenszeiten. Der Tag beginnt in der Regel um 6.00 Uhr mit dem Beginn der Tagesschicht und endet gegen 20.00 Uhr mit der Nachmittagsschicht. Die Bewohner werden dem entsprechend früh geweckt beziehungsweise zu Bett gebracht (einige schon nach dem Abendessen um 18.00 Uhr) und verbringen bis zu zwölf Stunden im Bett. Das stört den normalen Schlaf- und Wachrhythmus. Die Bewohner sind über einen langen Zeitraum hinweg sich selbst überlassen und liegen lange Zeiten wach. Bewohner berichten von quälenden Gedanken, dem Gefühl der Einsamkeit und dem Gefühl, die leere Zeit „totschlagen“ zu müssen.

Eine weitere starre Routine ist die Pflegerunde zu festen Tages- und Nachtzeiten für die, die nicht alleine zur Toilette gehen können. Sie müssen zu einer vom Pflegepersonal vorgegebenen Zeit die Notdurft verrichten. Vor nicht allzu langer Zeit gab es noch die einheitlich festgelegten Dusch- und Abfuhrtage.

Die standardisierte, zeitlich genau geplante und an den organisatorischen Abläufen ausgerichtete Tagesstruktur erfordert die Aufgabe individueller Gewohnheiten und Rhythmen. Das führt zur Einschränkung der Selbstbestimmung der Heimbewohner und geht mit einem Interessenverlust einher, der bis zur Apathie führen kann.

Die Welt der Insassen sieht Goffman geprägt durch den Widerspruch individueller Bedürfnisse und organisatorischer, struktureller Vorgaben. Er beschreibt fünf Strategien, wie Bewohner (Insassen) mit dieser Situation umgehen. Dies sind 1. die Regression (Rückzug), 2. die Rebellions- bzw. Verweigerungshaltung, 3. die Kolonisierung (in Besitz nehmen), 4. die Konversion (Veränderung zum perfekten Bewohner), und 5. die Kombination von verschiedenen Anpassungsformen.

Die von Praktikern am häufigsten beobachtete Reaktionsformen von Menschen mit Demenz sind zwei Strategieformen: die Regression und die Rebellion- beziehungsweise Verweigerungshaltung. Die weiteren Strategien setzen eine kognitive Auseinandersetzung voraus, zu denen sie insbesondere bei fortschreitender Erkrankung nicht mehr in der Lage zu sein scheinen.

Auch die von Goffman beschriebene soziale Zwitterfunktion der totalen Institutionen lässt sich auf einige heutige Pflegeheime übertragen. Das Altenheim hat den Anspruch, für seine „Insassen“ (Bewohner) eine Wohn- und Lebensgemeinschaft zu bieten (Goffman, 1973). Diesen Anspruch kann das Heim aufgrund der derzeitigen Rahmenbedingungen nicht erfüllen. Dies führt zu einem immanenten Widerspruch zwischen humanitären Zielen einerseits und mangelhaften Realisierungsmöglichkeiten im Heimalltag andererseits. Folgt man der Argumentation Goffmans und betrachtet die derzeitigen Rahmenbedingungen (nach Pflegeversicherung), unter denen stationäre Altenhilfe organisiert ist, so wird der Widerspruch deutlich.

Im Pflegeversicherungsgesetz (§ 43 SGB XI) wird lediglich die Grundversorgung und Pflege zugesichert und bezuschusst. Demgegenüber steht die Erwartungshaltung der Angehörigen, der Mitarbeiter und der betroffenen Bewohner selbst nach einer hochwertigen, individuellen Pflege.

Die Ausrichtung des Heimalltags und der Aktivitäten des täglichen Lebens sind unter diesen Rahmenbedingungen nur standardisiert und unter rationellen Kriterien wie oben geschildert durchführbar. Im möglichst reibungslosen Ablauf ist für Individualität der Bewohnerschaft nicht viel Platz; Personen, die sich dem nicht unterordnen können (zum Beispiel aufgrund ihrer kognitiven Einschränkungen), werden als störend wahrgenommen. Nach Goffman werden zur Lösung dieses Widerspruchs verstärkt Kontroll- und Reglementierungsmaßnahmen vorgenommen. Auch dies findet sich zum Beispiel in den Hausordnungen vieler Heime wieder. Die Hausordnungen werden mit dem Schutz der Bewohner begründet, dienen tatsächlich eher zur Disziplinierung unerwünschter Verhaltensweisen wie von Anthes (1975) untersucht und festgestellt wurde. Kontroll- und Reglementierungsmaßnahmen erweisen sich im Umgang mit dementiell Erkrankten als unwirksames Mittel und führen im Gegenteil zu weiteren Verweigerungen beziehungsweise zu Regression (Rückzug in eine innere- imaginäre Welt).

Im Folgenden werden verschiedene Forschungen zu den Wirkungen der Lebenswelt Altenheim auf der Basis der von Goffman (1973) beschriebenen Merkmale der totalen Institutionen vorgestellt.

Knobling (1985) hat mit ihrer Analyse von „Konfliktsituationen im Altenheim“ die von Goffman beschriebenen Wirkungen der Institution Altenheim auf die Lebensumstände der Bewohner belegen können. Gründe zahlreicher Konflikte sind nach ihren Ergebnissen die Lebens- und Arbeitsbedingungen im Heim, individuelle traumatische Erlebnisse vor und nach dem Heimeintritt und unrealistische Berufsvorstellungen der jungen Pflegekräfte. In den Strukturen ähneln Altenheime den von Goffman beschriebenen Kriterien für totale Institutionen. Knobling beschreibt vor allem den starren monotonen Tagesablauf mit vielen „Leerlaufzeiten“, in denen nichts geschieht.

In ihrer Analyse vom Verhalten und Erleben alter Menschen unter Institutionalisierungsbedingungen beschreibt Schick (1978) die Merkmale der Heimsituation. Dies sind weitgehende Alters- und Geschlechtshomogenität, die Gemeinsamkeit der Pflege- und Versorgungsbedürftigkeit, der notgedrungene Zusammenschluss mit Aktionspartnern, die nicht selbst ausgesucht wurden, der Bruch mit den gewohnten Lebensbezügen sowie die Einschränkung der persönlichen Autonomie. Schick konstatiert des Weiteren die Aufgabe der autonomen, individuellen Lebensführung zugunsten eines „imaginären Gemeinwohls“, den Interessengegensatz zwischen Bewohnern und Personal (Bewohner suchen nach dem Verlust von Bezugspersonen im Heim eine Art Familienersatz), die „Normen der Kollektivität“ und ein überwiegend negatives Menschenbild in den Einrichtungen - geprägt von negativen Altersstereotypen.

Schick (1978) verweist außerdem darauf, dass nicht nur die ökologischen Bedingungen der Heimumgebung das Wohlbefinden der Bewohner beeinflusst, sondern auch die sozialen Bedingungen in diesen Organisationen. Die sozialen Bedingungen werden von den Mitbewohnern, den Mitarbeitern, den Angehörigen und den Ehrenamtlichen geprägt.



In einer qualitativ-heuristischen Studie beschäftigt sich Dux (1997) mit dem lebensweltlichen Alltag von Alten- und Pflegeheimbewohnern. Ergebnisse seiner Studie belegen die Erwartungshaltung der alten Menschen, in der Institution Alten- und Pflegeheim ihre Individualität und Alltagsgewohnheiten aufrecht erhalten zu können. Demgegenüber stehen die realen strukturellen Rahmenbedingungen, die eine Anpassung an institutionelle Zwänge erforderlich machen.

„Aus diesem Widerspruch heraus resultiert ein Gefühl „relativer Deprivation“, das sich in den Aussagen der Betroffenen offenbart: Sie klagen über Autonomie-/Individualitätsverluste, Mobilitätsverluste, massive individuelle Einschränkungen, Restriktionen und Kommunikationsprobleme in der neuen Lebenswelt.“ (Dux, 1997, 23)

In zahlreichen Interviews mit Bewohnern kristallisiert sich insbesondere der unfreiwillige Einzug in ein Heim als „...radikalen Bruch mit ihrem bisherigen Leben...“ (Dux, 1997, 20) heraus. Die Akzeptanz der neuen Lebenswelt bleibt bei den Pflegeheimbewohnern auch nach der Eingewöhnungsphase auf einem geringen Niveau bestehen. Dux stellt eine dauerhafte Ablehnung der Institution Pflegeheim fest, die sich in Aussagen der Betroffenen widerspiegelt. Dies wird deutlich im Wunsch, das Pflegeheim schnellstmöglichst wieder zu verlassen. Realitätsflucht, Depressionen, Minderwertigkeitsgefühle, Selbststigmatisierungen, Krankheiten und individuelle Todeswünsche (Dux, 1997) sind weitere Phänomene der Ablehnung. Besonders benachteiligt sind der Studie zufolge Personen, die aufgrund ihrer physischen und psychischen Konstitution nicht über Kommunikations- und Handlungsressourcen verfügen. Sie leiden mehr unter den allgemeinen Existenzbedingungen der „Lebenswelt Alten- und Pflegeheim“ (Dux, 1997).

In der ethnologischen Studie „Fremde Welt Pflegeheim“ von Koch-Straube (1997) wird ebenfalls die Einschränkung der individuellen Entfaltungsmöglichkeiten in der Institution Altenheim und deren Auswirkungen auf die Betroffenen deutlich. Sie beschreibt den

„...institutionelle(n) Widerspruch zwischen Schutz und Zwang...“ (Koch-Straube, 1997, 341).

„Das Pflegeheim bietet Schutz und Sicherheit, Hoffnung auf Verbesserung seines Gesundheitszustandes, Vermeidung von Risiken und fordert gleichzeitig Unterordnung unter die Regelungen des Heimalltags, schränkt individuelle Entfaltungsmöglichkeiten ein, übt eine starke soziale Kontrolle aus.“ (340).

Als Reaktion auf diesen Widerspruch stellt sie in ihrer Studie fest, dass Betroffene sich der realen Umgebung und den dort wirkenden Menschen entziehen, Krankheit und Inkompetenz entwickeln und sich damit Zuwendung regelrecht erzwingen. Sie bezeichnet diese Reaktionen als „Formen des Widerstands“ (31). Koch-Straube stellt Verbindungen zum Konzept der „totalen Institution“ von Goffman (1973) her. Die Abläufe und Regeln des Heimalltags enthalten ihren Erkenntnissen nach Charakteristika der totalen Institution.

Dementsprechend ist das Pflegeheim für sie

„...ein Ort verkürzter Sprache oder des Verstummens“ (11).

Ein weiteres Phänomen, das in Altenheimen auftritt, ist das Gefühl der Einsamkeit und Isolation, obwohl viele Personen (Mitbewohner und Personal) auf engstem

Räume anwesend sind. Saup (1986) und Koch-Straube (1997) beschreiben dieses Phänomen. Saup (1986) verweist auf eine Mikroökologische Studie von Stephens/Willems, nach der nur 13 Prozent der sozialen Interaktionen in den Gemeinschaftsräumen und 34 Prozent in den Speisesälen stattfanden. Die eigentlich gedachte Nutzung dieser Räumlichkeiten zur Begegnung und zur Kommunikation konnte bisher offensichtlich nicht umgesetzt werden. Dies kann unter anderem von dem Gefühl der Massierung in den klassischen großen Speisesälen hervorgerufen werden. Der Rückzug in das eigene Zimmer wäre dann der Versuch der „Privatheitsregulation“ (Saup, 1986).

Viele Altenheimbewohner beklagen immer wieder Langeweile und mangelnde Anregung im Heim. Mögliche Reaktionen darauf könnten die am häufigsten vorgefundenen Verhaltensweisen wie „Vor-sich-hin-schauen“ und „Schlafen“ sein (Saup 1986). Auch die von den Einrichtungen durchgeführten Aktivierungs- und Beschäftigungsangebote scheinen den Personenkreis nicht zu erreichen. Jenull-Schiefer und Janig (2004) berichten in ihrer Studie zur Inanspruchnahme und Zufriedenheit von Aktivierungsangeboten in Pflegeheimen mit 255 Heimbewohnern über eine deutliche Häufung depressiver Erkrankungen und passivem/abhängigem Verhalten. Als depressionsverursachend wird dabei neben krankheitsbedingten Ursachen der Einfluss der Institution angesehen, die eher Hilflosigkeit verstärkt als Selbständigkeit fördert. Dadurch gehen Kompetenzen der Bewohner verloren. Eine am Kompetenzmodell ausgerichtete Pflege und Betreuung findet in der Praxis keine konkrete Umsetzung.

Eine mögliche Ursache für die Kluft zwischen Theorie und praktischer Umsetzung liegt in der nach wie vor vom Defizitmodell geprägten Sichtweise des Alters bei den Mitarbeitern und Leitungen der Einrichtungen. Diese Sichtweise verstellt den Blick auf die vorhandenen Fähigkeiten und Möglichkeiten in alltagsnahen Tätigkeiten, die sich z. B. aus der Biographie ergeben. Zu kritisieren ist die bisherige Aktivierung in den Altenpflegeheimen, die nach dem „Gießkannenprinzip“ durchgeführt, aus alltagsfernen Tätigkeiten besteht und nicht auf die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen ausgerichtet wird. Mit hoher Wahrscheinlichkeit ist eine höhere Zufriedenheit der Heimbewohner durch deren Einbeziehung in die Gestaltung des Heimalltags mit sinnvollen Beschäftigungsangeboten zu erreichen.

#### **4.1.2. Ökologische Mikrobedingungen der Heimumgebung**

Heime sind Wohn- und Versorgungsorte in denen alte Menschen mit körperlichen und psychischen Erkrankungen wohnen und leben. Heime sind im Unterschied zur Privatwohnung eigens für diesen Personenkreis speziell konzipierte Umwelten. Wie in den vorhergehenden Abschnitten beschrieben, überwiegt in Altenheimen inzwischen der Anteil der dementiell erkrankten Bewohnerschaft. Ihre besondere Problematik bleibt weitgehend unberücksichtigt.

Die Erforschung der Wirkung des Wohnumfeldes wurde zum Gegenstand der Ökologischen Gerontologie, deren Vertreter Saup verschiedene Vorstellungen unter dem Begriff „Umwelt“ subsumiert. Saup (1993, 78) teilt die unterschiedlichen Sichtweisen in vier Kategorien ein. Erstens: die Einteilung der Umwelt in verschiedene Größeneinheiten. Dazu zählen die mikroökologische, das heißt die unmittelbare Umwelt (Besitz eines Telefons) und die halböffentlichen Übergangsbereiche vor der eigenen Wohnung (Gemeinschaftsräumlichkeiten) sowie die Makro-

ökologische Umwelt, hierzu gehört die Stadt, der Stadtteil und die weitere Umgebung des unmittelbaren Wohngebietes. Zweitens: die Einteilung der Umwelt in verschiedene „Realitätsarten“. Saup spricht von der „subjektiv erlebten Umwelt“ (Erleben von Belastungssituationen) und der „tatsächlichen (faktischen) Umwelt“ (Reglementierende Heimordnungen, strukturelle Gegebenheiten). Drittens: die Unterscheidung nach Umweltaspekten. Saup nennt in diesem Zusammenhang die „räumlich physikalischen Merkmale“ (sächliche Ausstattung der Räumlichkeiten) und die „sozialen Merkmale der Umwelt“ (Umgangsformen und Verhaltensweisen des Personals). Viertens: die Unterscheidung nach „Attributen“. Saup bezeichnet die Umwelt als „reglementierend“ oder „stimulierend“.

In diesem Zusammenhang sollen weitere Aspekte aus ökopsychologischer Sicht in die Betrachtung der Mikroökologie im Altenheim einbezogen werden. So verweisen Kruse/Wahl (1994) auf eine ökopsychologische Grundhypothese, die besagt,

„je niedriger die Kompetenz des alten Menschen, desto größer der Einfluss der Umwelt auf sein Erleben und Verhalten (Lawton und Nahemow 1973; vgl. auch Wahl 1991). Und noch einen Schritt weitergehend: Sind die Anforderungen der neuen Umwelt Heim in einem sehr breit verstandenen Sinne zu hoch oder zu niedrig, so geht dies wahrscheinlich zu Lasten von Lebenszufriedenheit und von effektivem Handeln im Alltag.“ (Kruse/Wahl, 1994, 28)

In die Betrachtung der „räumlichen Dimension des menschlichen Alltags“ einbezogen werden müssen zwei Bereiche. Dies sind die „räumlichen Umfelder des alltäglichen Lebensvollzugs“ sowie die „raumbezogenen Verhaltensweisen im Alltag.“ (Saup, 1993, 10)

Mit einer stützenden Umgebung können Einbußen kompensiert werden. In diesem Sinne kann die Umgebung einen „prothetischen Charakter“ erhalten (Wahl/Reichert, 1994). Mollenkopf et al. (2004) verweisen auf Studien über das Wohnverhalten von Bewohnern stationärer Einrichtungen, die in den 70er und 80er Jahren von Baltes, Barton, Orzech und Lago (1983) durchgeführt wurden. Ergebnis: Der am häufigsten genutzte Raum ist das private Zimmer; die häufigste Position ist das Sitzen; die häufigsten Verhaltensweisen sind „Vor sich hin schauen“ und Schlafen. Die sozialen Interaktionen mit anderen Bewohnern und dem Personal folgten erst mit deutlichem Abstand. Entsprechend dem Grade der Pflegebedürftigkeit bezog sich der Aktionsradius auf den Bereich der Pflegestation oder sogar nur auf das Pflegebett. Bestätigt werden diese Ergebnisse durch Saup (1993.) Er verweist auf Tageslaufanalysen von Altenheimbewohnern von Stephens und Willems (1979), nach denen Aktivitäten zu 90 Prozent innerhalb der Einrichtung und 60 Prozent im eigenen Zimmer stattfanden. Die besondere Stellung, die das Zimmer als Aufenthaltsort einnimmt, kann allerdings auch auf ein gesteigertes Bedürfnis der Separierung von den Mitbewohnern gedeutet werden.

Saup (1993, 18) beschreibt die Begrenztheit des Lebens im Altenpflegeheim als

„Totalisierung der Wohnerfahrungen“.

Im Folgenden sollen die „Totalisierung der Wohnerfahrungen“ in ihrer vermuteten Wirkung auf dementiell erkrankte Heimbewohner übertragen werden. Ein besonderer Schwerpunkt liegt auf den Wirkungen der mikroökologischen Umweltbedingungen des täglichen Lebens und die raumbezogenen Verhaltensweisen.

Die Mikrobedingungen beziehen sich auf die Gestaltung der Wohnform und des unmittelbaren Wohnumfeldes. Hierzu zählen der eigene Wohnraum, die Wohnung beziehungsweise das Zimmer im Heim. Die Gestaltung und damit die Privatheit der Wohnräume sind uneinheitlich gestaltet. In einigen Pflegeeinrichtungen haben Bewohner kleine wohnungsähnliche Räumlichkeiten in denen zum Beispiel eine kleine Kochgelegenheit, ein kleiner Flur und ein eigenes Bad vorhanden sind. Im Gegensatz dazu gibt es ebenfalls Altenpflegeheime die nur über Doppelzimmer verfügen. Die Einrichtung der Räumlichkeiten sind entweder standardisiert und funktional auf die Pflegebedürftigkeit ausgerichtet (Pflegebett, Nachttisch) oder bieten die Möglichkeit, durch eigene Möbel und Bilder, etwas von der früheren eigenen Häuslichkeit abzubilden. Je nachdem wird die Umgebung als fremd oder vertraut empfunden. Entsprechend reagieren die Bewohner mit Ablehnung oder Akzeptanz. Wenn sich Erinnerung und Identität an Objekte knüpfen lassen, so sollten diese auch in der neuen Wohnsituation einen Platz finden und zum Gefühl eines eigenen Zuhause beitragen können.

Nach älteren Untersuchungen (zum Beispiel Schick, 1978) zählt das Vorhandensein eines abgesicherten individuellen Lebensraumes zu den zentralen Bereichen der Mikrobedingungen in der Umwelt Heim. Der Verlust der Privatsphäre führt zu negativen Verhaltenseffekten, unabhängig von kognitiven Einschränkungen. Verhaltenseffekte sind zum Beispiel: erhöhte Aggressivität und Verringerung der Kooperationsbereitschaft, wie de Lang in einer älteren Untersuchung (1970) festgestellt hat. Diese Verhaltenseffekte werden von den Praktikern besonders bei einer Unterbringung im Doppelzimmer und bei dementiell Erkrankten beschrieben. Die unmittelbare Konfrontation mit einer fremden Person ohne Rückzugsmöglichkeit wird als eine der entscheidendsten Belastungssituationen und Konfliktauslöser im Heimleben angesehen.

Uneindeutig sind die Ergebnisse der Untersuchungen zu Entstehung von Freundschaften und Konflikten. Die Studie von Lawton und Simon (1968) ergab einen positiven Einfluss von räumlicher Nähe auf soziale Interaktionen, während die Untersuchung von James (1975) die Erkenntnis lieferte, dass eher räumliche größere Distanz zu positiven Interaktionen führte. Die Widersprüchlichkeit wird auch von Praktikern bestätigt, die von Freundschaften zwischen dementiell Erkrankten berichten: Man wandert gemeinsam die Flure ab, hält sich an den Händen und erzählt sich etwas, ohne Bezug aufeinander nehmen zu können. Es ist auch eine emotionale Ausgeglichenheit beider Beteiligten zu beobachten. Tagesformabhängig kann es zu Streitereien kommen. Wichtig erscheint die Möglichkeit, sich aus dem öffentlichen Charakter des Heimlebens in einen privaten Lebensraum zurückziehen zu können. Dadurch haben die dementiell Erkrankten die Wahlfreiheit bezüglich sozialer Interaktionen.

Eine Begleitsymptomatik bei dementiellen Erkrankungen ist erhöhte motorische Unruhe, die unter anderem zum beständigen Umherwandern führt. Der starke Bewegungsdrang kann zu Verletzungen und Stürzen führen, wenn die halböffentlichen Räumlichkeiten (Treppenhäuser, Gänge) nicht vorsorglich konzipiert wurden. Da diese Symptomatik in der Regel mit Orientierungs- und Gedächtnisverlust verbunden ist, verirren sich Betroffene in der Umgebung oder gelangen unbeobachtet ins Freie – manchmal mit fatalen Folgen. Es ist davon auszugehen, dass in den Einrichtungen, in denen keine geeigneten räumlichen Vorkehrungen für ein gefahrloses Ausleben des Bewegungsdranges getroffen wurden, reglementierende Maßnahmen den Einzelnen einschränken. Dies sind in der Regel Fixierungsmaßnahmen; das Festbinden am Stuhl oder am Bett und der Einsatz von Psychopharmaka

zur „Ruhigstellung“. Klie und Lörcher (1994) haben einen hohen Anteil an Fixierungsmaßnahmen in deutschen Altenheimen festgestellt. Demnach wurden 1994 von 404 untersuchten Mannheimer Pflegeheimbewohnern bei 369 Männern und Frauen entsprechende Fixierungen veranlasst, am häufigsten Bettgitter. An zweiter Stelle rangierten ruhigstellende Psychopharmaka (Tranquilizer, Beruhigungs- und Schlafmittel, Neuroleptika), die sich nicht auf Diagnose und Therapie zurückführen ließen.

Die räumliche Orientierung ist von der Möglichkeit, sich im Raum zu „orten“, das heißt eine räumlich-strukturelle Vorstellung von der Umgebung zu entwickeln, abhängig. Es wird eine „kognitive Landkarte“ von der Umgebung erstellt (Heeg, 1994).

Menschen mit kognitiven Einschränkungen sind nicht oder nur begrenzt in der Lage, diese Landkarte in einer neuen Umgebung zu erstellen. Hinzu kommt der zunehmende Gedächtnisverlust, der das Wiedererkennen von Räumlichkeiten und deren Funktionen (zum Beispiel der Toilette) erschwert - insbesondere, wenn die Räumlichkeiten nicht in vertrauter Weise gestaltet sind und damit anhand bestimmter Merkmale wiedererkannt werden können oder wenn sie sich nicht in ihrem Blickfeld befinden. Ängste, Wahnvorstellungen, Unruhe aber auch das oben geschilderte Umherwandern können die Folge sein. Dies wird auch von den Betroffenen in dem Wunsch, „nach Hause gehen zu wollen“, geäußert (Bosch, 1998).

Praktiker beschreiben darüber hinaus Suchbewegungen und lautes Rufen dementiell Erkrankter. Sie suchen offensichtlich die Nähe zu vertrauten Menschen. Lind (2000) beschreibt stationäre Einrichtungen als „regelrechte Null-Zonen“ in Bezug auf Kontakte und Reize für die Bewohnerschaft. Fehlt aufgrund baulicher Gegebenheiten der Blickkontakt zwischen Pflegekraft und Bewohner, werden wiederum Ängste, Unruhe, Schreien und Weglauftendenzen ausgelöst. Aus dem „Schreiverhalten“ Demenzkranker – besonders wenn sie in ihrem Zimmer allein sind (Lind, 2000) - kann interpretiert werden, dass die Betroffenen die Situation als existentiell bedrohlich empfinden und mit ihrem Verhalten auf sich aufmerksam machen wollen. Es ist zu vermuten, dass durch eine ständige Präsenz des Personals sowie die Kontakte zu Mitbewohnern und Angehörigen eine Stabilisierung Demenzkranker erreicht werden kann.

Dementiell Erkrankte haben unter anderem Probleme in der räumlichen Orientierung, in Situationen, die komplexes Handeln erfordern und in der räumlichen Wahrnehmung. Heeg (2000) beschreibt Situationen, in denen Betroffene panisch reagieren, wenn sie zum Beispiel in einen dunklen Flur ohne Ausgang geraten. Sie sind nicht in der Lage, diesen Bereich wieder alleine zu verlassen.

Nach Wojnar (1997) ist die dementielle Erkrankung häufig gekoppelt mit einer ausgeprägten Störung der räumlichen Wahrnehmung. Hinzu kommt die im Alter nachlassenden Sehschärfe und eine Störung in der Farbwahrnehmung. Zusammen mit kognitiven Einschränkungen, nach denen das unscharf Gesehene nicht erkannt und zugeordnet werden kann, wird eine räumliche Orientierung fast unmöglich. Starke optische und akustische Reize wie zum Beispiel laute Musik, Spiegelungen, diffuse Lichter erschrecken und ängstigen.

Auch die Lösung komplexer Aufgaben wie das Ankleiden oder das Essen kochen sind eingeschränkt. Die Komplexität der Tätigkeit drückt sich in nacheinander folgenden Handlungsschritten aus. Deren logische Abfolge wird nicht mehr nach-

vollzogen und kann, wie alle anderen oben genannten Punkte, zu den Sekundärsymptomen der Demenz wie Unruhe, Ängste, Wahnvorstellungen, Aggressionen beitragen. Heeg (2000, 238) beschreibt dementiell Erkrankte als durch „Umweltstress in besonderem Maße verwundbar“. Aus diesen Gründen scheint eine häuslich vertraute Umgebungsgestaltung besonders relevant für die Lebensqualität dementiell Erkrankter.

Heeg legte (1994 und 1996) Vorschläge zur baulichen Umsetzung der Erkenntnisse verschiedener Forschungsansätze in ein „krankheitsangemessenes“ Milieu vor. Sie empfahl die Kompensation krankheitstypischer Einschränkungen durch Anpassung der Umwelanforderungen an die individuellen Fähigkeiten sowie die therapeutische Beeinflussung der Begleitsymptome durch Vermeidung von Reizüberflutung und die Gestaltung einer anregenden Umgebung. Auch die Vermeidung von institutionellen Nachteilen durch die vertraute, an eine normale Wohnung erinnernde Gestaltung der Lebensumwelt wird betont.

Weitere Gefährdungen für dementiell Erkrankte entstehen, weil ihre Wahrnehmung für Gefahren in der Umgebung herabgesetzt ist, zum Beispiel werden giftige Zimmerpflanzen als essbare wahrgenommen. Betroffene können aufgrund ihres verminderten Realitätssinns die Gefährdungen nicht erkennen und probieren von diesen Pflanzen.

Dementiell Erkrankte reagieren sehr sensibel auf akustische oder optische Reize in der Umgebung. Schlecht ausgeleuchtete Räume werden als Sackgassen gemieden. Dunkle Farben des Fußbodens werden als Abgründe interpretiert, beim Überschreiten dieser Bereiche können extreme Reaktionen wie Panik oder Schreien ausgelöst werden. Lange, nicht untergliederte Flure werden als unendlich wahrgenommen. Frei schwebende Treppen eröffnen Abgründe, und spiegelnde Flächen konfrontieren mit einer alt gewordenen Gestalt, die nicht als die eigene erkannt wird, sondern als fremd und bedrohlich. Die Anwesenheit vieler Personen (Mitbewohner und Personal) in einem großen Raum (zum Beispiel Speisesaal), laute Geräusche von modernen Reinigungsmaschinen usw. tragen zu einer weiteren Verwirrung bei (Heeg, 2000).

Diesen Erkenntnissen zur Folge erscheint es notwendig, eine vertraute Umgebung zu schaffen, die leicht erkannt und verstanden werden kann. Beständiger Blickkontakt zwischen Personal und Bewohner tragen zur kompensatorischen Wirkung der Umgebung bei. Das so gestaltete vertraute, menschnahe Milieu ermöglicht emotionale Sicherheit.

### **4.1.3. Heimpersonal**

Die Pflege und Betreuung alter Menschen im Heim ist eine soziale Dienstleistung, die von der Begegnung zwischen Pflegekraft und Bewohner geprägt wird. Die Wohnung der Bewohner ist gleichzeitig die Arbeitsstätte des Heimpersonals. Es ist davon auszugehen, dass die formellen Strukturen einen wesentlichen Einfluss auf die Begegnung zwischen Pflegekraft und Bewohner und damit auf die Pflege und Betreuung haben.

„In allen Organisationen wird Handeln von formellen Strukturen mitbeeinflusst. Diese Strukturen sind im Voraus unabhängig vom einzelnen Organisationsmitglied

geplant oder durch lange Gewohnheiten entstanden. Persönlich bekommt sie das Organisationsmitglied durch die an es gestellten Anforderungen zu spüren. Sein konkretes Verhalten schließlich richtet sich einmal nach den Erwartungen der Teilnehmer und Teilnehmerinnen seines Rollenfeldes und zum anderen nach den verschiedenen sozialen Konzepten, Verhaltenstypisierungen, Interpretationsmustern und Quasirollen, die es für solche Gelegenheiten speziell gelernt hat, oder aus der Erfahrung in anderen sozialen Bereichen erbringt.“ (Dechmann/Ryffel 1995, 104)

Im Folgenden werden die unterschiedlichen Befunde und Erklärungsansätze zum Einfluss der Strukturen auf das Handeln des Personals in der Pflege und Betreuung dementiell erkrankter alter Menschen dargestellt.

## **Qualifikation**

Statistische Daten zur Beschäftigungssituation, entnommen aus Statistisches Bundesamt (2005) Bericht: Pflegestatistik 2003- Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung- Deutschlandergebnisse.

Die Zahl der Beschäftigten in Altenpflegeheimen betrug 2003 insgesamt 511 000. Davon arbeiteten 68 Prozent im Bereich Pflege und Betreuung, 19 Prozent in der Hauswirtschaft, drei Prozent in der sozialen Betreuung, zehn Prozent im Bereich Verwaltung und Haustechnik. Von den 68 Prozent Beschäftigten im Bereich Pflege und Betreuung waren 47 Prozent Krankenschwestern beziehungsweise Altenpflegefachkräfte.

Die Statistik verdeutlicht, dass der überwiegende Anteil des Heimpersonals im Bereich Pflege und Betreuung tätig wird. Die Hauswirtschaft spielt mit 19 Prozent nach wie vor eine untergeordnete Rolle. Das bedeutet, dass der Bereich Pflege und damit die Pflegekräfte das Heimgeschehen wesentlich prägen.

Eine Unterscheidung nach Krankenpflege- und Altenpflegeausbildung ist dieser Statistik nicht zu entnehmen. Die Krankenpflegeausbildung ist von ihrer Ausrichtung her auf die Wiederherstellung von Gesundheit und die Beseitigung von Krankheiten ausgerichtet. Demgegenüber ist die Altenpflegeausbildung nicht primär auf die medizinische Unterstützung zur Therapie von Krankheiten ausgerichtet, sondern eher auf die Begleitung alter Menschen über einen langen Zeitraum hinweg bis zum Tode (Brandenburg/Klie, 2003).

Aus der unterschiedlichen Ausrichtung ist zu schließen, dass Altenpflegekräfte eher auf die besondere Pflege und Betreuung sowie die Belastungen im täglichen Umgang mit dementiell Erkrankten vorbereitet sind, da sie die größte Bewohnergruppe in Altenpflegeheimen darstellen. Dementsprechend hoch müsste der Anteil der Unterrichtsstunden in der Ausbildung sein. Die Realität sieht anders aus. Innerhalb der dreijährigen Ausbildung zur Altenpflegefachkraft nimmt das Thema „Grundlagen der gerontopsychiatrischen Pflege“ zirka 150 von insgesamt 2 400 Theoriestunden in Anspruch (Lernfelder der bundeseinheitlichen Altenpflegeausbildung- Stundentafel Bremen). Verschiedene Weiterbildungsträger bieten Zusatzfortbildungen in gerontopsychiatrischer Pflege an, die nicht gesetzlich gefordert beziehungsweise geprüft werden und somit nicht zum Qualifizierungsstandard gehören (Heimgesetz, Qualitätsvereinbarungen). Die Folge: die Altenpflegekräfte räumen Unsicherheit und Hilflosigkeit ein, besonders im Umgang mit den Verhaltensstörungen der Demenzkranken.

In einer Befragung von 147 Pflegekräften zu entsprechenden Belastungen (Whall et al., 1992) wurden an erster Stelle das akustisch störende Verhalten wie Schreien, Schimpfen und Stöhnen sowie ständige Wiederholungen genannt. An zweiter Stelle wurde auf Aggressionen verwiesen, die bis zu Tätlichkeiten reichen. Sie ereignen sich überwiegend in den Pflegesituationen, in denen ein enger Körperkontakt (Duschen oder Waschen) besteht (Lind, 2000). Das Personal reagiert im emotionalen Spektrum mit Hilflosigkeit, Ärger, Schuldgefühlen und Selbstzweifel. Beziehungsprobleme mit den Kollegen und die Furcht vor den Bewohnern werden als soziale Folge genannt. Schlafstörungen und Kopfschmerzen sind die somatischen Folgen des Drucks.

Die Verhaltensweisen dementiell Erkrankter wirken sich nicht nur belastend auf das Personal aus, sondern auch auf andere Mitbewohner, die mit Angst und Unruhe reagieren und somit wiederum einen erhöhten Betreuungsaufwand auslösen.

### **Soziale Beziehungen**

Mit zunehmender Pflegebedürftigkeit der Bewohner werden Mitarbeiter nicht selten zum Ersatz der nicht oder nicht mehr vorhandenen Familie.

Heimbewohner weisen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung eine schlechtere soziale Verankerung auf. In der deutlichen Überzahl sind Ledige, Verwitwete und Geschiedene. In Altenpflegeheimen leben überwiegend Frauen. Ihr Anteil beträgt an der Heimbewohnerschaft 80 Prozent und mehr. Auch dies ist im Vergleich zu ihrem Anteil an der Gesamtbevölkerung mit zum Beispiel 65 Prozent in Nordrhein-Westfalen recht hoch. Die meisten der im Heim lebenden Frauen sind Witwen und können daher nicht auf familiäre Pflege und Unterstützung zurückgreifen (Brandenburg, 1994).

Dem Heim kommt demnach eine wichtige Funktion in der Schaffung von zwischenmenschlichen Beziehungen zu. Sind keine anderen Kontaktmöglichkeiten vorhanden, bleiben soziale Beziehungen zu den Mitarbeitern und gegebenenfalls zu anderen Mitbewohnern. Da Kontakte zwischen dementiell erkrankten Bewohnern eher selten sind, richtet sich der Fokus auf die Mitarbeiter. Dadurch entstehen Probleme hinsichtlich der Nähe und Distanz zwischen Pflegekräften und Bewohnern. Sie erfordern professionelles Handeln.

Die Probleme zwischen Nähe und Distanz beschreibt Koch-Straube (2005), indem sie das Altenheim mit einem Schiff vergleicht, auf dem die Bewohner und das Personal zusammenleben und sich vom Ufer, der normalen Welt entfernen. Beide bilden eine Art Schicksalsgemeinschaft: Das Personal fühlt sich wie die Bewohner aus der Gesellschaft ausgegrenzt. Nach Koch-Straube machen die Mitarbeiter dies an verschiedenen Faktoren fest, zum Beispiel der unzureichenden Personalausstattung und dem dadurch ausgelösten Arbeitsdruck, der mit dem Gefühl der beständigen Überforderung verbunden ist. Gleichzeitig erleben sie die Erwartungshaltung der Bewohner nach Nähe und Zuwendung sowie deren Einsamkeit. Dies führt wiederum zu Ohnmachts- und Schuldgefühlen. Diese Gefühle werden von dem geringen Status, den die Altenpflege in der Gesellschaft besitzt, verstärkt. Die Mitarbeiter reagieren wie die Bewohner eher mit Rückzug und Resignation.

“ Sie solidarisieren sich vielmehr mit den alten Menschen in einer gemeinsamen Perspektivlosigkeit, verschanzen sich mit den Alten in der `Bastion Heim`(...) und



schauen mit kritischem Blick auf die gesellschaftlichen Verhältnisse (...). Sie fühlen sich mit den alten Menschen `in einem Boot sitzend`.“ (Koch-Straube, 2005, 223)

Lehr (2000) verweist auf die Bedeutung des Verhaltens des Personals für die psychische Situation der Bewohner. Das Verhalten kann sowohl förderlich als auch belastend auf die Bewohner wirken. Belastungen ergeben sich nach Wahl/Kruse (1994) durch eine häufig vom Personal geweckte Erwartungshaltung der Heimbewohner nach einer partnerschaftlichen Beziehung, die im Arbeitsalltag der Pflegekräfte oftmals nicht erfüllt werden kann. Weitere Belastungen ergeben sich durch unterschiedliche Erwartungshaltungen von Mitarbeitern und Angehörigen. Während die Pflegekräfte ein hohes Engagement der Angehörigen erwarten, wünschen diese eine umfassende Pflege und Versorgung durch die Institution.

Lehr (2000) verweist in diesem Zusammenhang darauf, dass die Beziehung der Heimbewohner zum Pflegepersonal im Extremfall zu gewaltsamen Auseinandersetzungen führen kann. Sie verweist auf Schneider (1990), der ein Verursachungsmodell für gewaltsame Situationen im Heim entwickelt hat. Nach seinem „Modell der Auslösung von Gewalt“ sind Merkmale der Person für die Eskalation verantwortlich. Sie sind bei den Heimbewohnern durch eine geringe soziale Kompetenz und Verwirrtheit definiert; beim Personal spielen der Grad der Arbeitsbelastung, das Lebensalter und die Motivation zur Qualifizierung eine wichtige Rolle. Auch die Größe und Differenziertheit der Einrichtung kann die Entstehung von Gewalt begründen. Lehr (2000) fordert deshalb eine Dezentralisierung mit kleineren Einrichtungen in der stationären Altenhilfe.

## **Soziale Konflikte**

In einer Befragung von 116 angehenden Altenpflegern stellte Amrhein (2005) die Frage, welchen Einfluss soziologische Strukturen auf das Arbeits- und Lebensumfeld in Altenheimen haben. Genauer betrachtet werden

„soziale Konflikte in der stationären Altenpflege als Ausdruck struktureller Machtkonstellationen“ (184).

Er bezieht sich auf die soziologischen Erklärungen nach Goffman (1973), nach denen die Konflikte des Personals durch die Normen der Humanität der Institution einerseits und der Anforderung der organisatorischen Effizienz andererseits bedingt sind. Dieser Konflikt verleite das Personal, Bewohner zu bevorzugen, die anspruchloser und einfacher in der Pflege und Betreuung sind. In dieser Konstellation werden dementiell Erkrankte mit auffälligen Begleitsymptomen eher abgelehnt, da sie in der Durchführung von Alltagsroutinen als störend wahrgenommen werden. Mitarbeiter beschreiben die Reaktion dementiell Erkrankter auf Zeit- oder Handlungsdruck als zum Teil totale Verweigerung mit aggressivem Potential. Es ist einerseits eine eher flexible Arbeitshaltung gefragt, die andererseits den engen strukturellen Vorgaben (Essenszeiten, Arbeitszeiten des Personals) widerspricht.

Von Amrhein (2005) werden solche Situationen der subtilen und niederschweligen Formen von Gewalt gegen eigenwillige beziehungsweise störrische Bewohner mehrfach beschrieben. Geschildert werden Situationen, in denen „auffällige“ Bewohner ins Zimmer gebracht wurden. Wenn dann noch keine Beruhigung eintrat, wurden ruhig stellende Medikamente verabreicht. Diese subtilen Formen der Gewaltanwendung wurden von den befragten Pflegekräften nicht als Gewalt angesehen.

hen, da Gewalt für sie eher mit direkten körperlichen Zwangsmaßnahmen verbunden ist.

Nicht nur Konflikte zwischen Bewohnern und Personal prägen die Heimumwelt, sondern auch die Konflikte zwischen dem Personal. Sie werden ausgelöst durch soziale Beziehungen der Pflegenden untereinander und durch die Arbeitssituation im Heim. Brandenburg (1994, 76) nennt als Konflikte zwischen dem Personal die Schwierigkeiten und Probleme in der Zusammenarbeit im Team, die Konkurrenz zwischen verschiedenen Teams, die Auseinandersetzungen zwischen Führungskräften und Mitarbeitern sowie die Probleme in der personellen Besetzung der Schichten und die mangelhafte Arbeitsorganisation. Folge dieser Konflikte sind mangelnde Motivation, hohe Krankheitsraten und Burn-out. Nach Brandenburg sind nicht so sehr die Konfrontation mit dem Leiden der Bewohner belastende Situationen, sondern vielmehr die mangelnde Qualifikation der Mitarbeiter, mit Konfliktsituationen umzugehen, sie zu thematisieren und geeignet zu bearbeiten. Als weitere wichtige Gründe sieht er die Ausrichtung der Arbeitsorganisation und die betriebliche Arbeitsablaufgestaltung zur Erfüllung von Sachaufgaben und weniger der Befriedigung individueller Bedürfnisse und Befindlichkeiten der Bewohner. Es sind demnach vorwiegend soziale Gründe, die zu Konflikten führen. Diese sind nicht nur durch verbesserte Aus-, Fort- und Weiterbildung zu lösen, sondern müssen strukturelle Konsequenzen nach sich ziehen.

Für die Entstehung von Belastungen und Konflikten werden unterschiedliche Erklärungsansätze angeführt. Aus soziologischer Sicht wird der Blickwinkel primär auf durch organisatorische Strukturen verursachte Arbeitsbelastungen und Konflikte gerichtet (Goffman, 1973 / Amrhein, 2005 / Saake, 1998). Sozial-psychologische Betrachtungsweisen betonen die zwischenmenschlichen und inneren Belastungskonflikte (Zimber / Weyerer, 1998). Ökogerontologische Erklärungsansätze setzen ihren Schwerpunkt auf Austauschbeziehungen zwischen Heimgruppen, die füreinander „soziale Umwelten“ darstellen (Wahl, 1999).

### **Selbstständigkeit und Autonomie**

Die Selbstständigkeit und Autonomie der Heimbewohner befinden sich im Widerspruch zwischen dem Anspruch der Pflegekräfte nach einer individuellen Pflege und der Realität im Heimalltag. In seiner Studie hat Amrhein (2005) festgestellt, dass zum Beispiel Essens- und Getränkewünsche der Bewohner erfragt, andere Bedürfnisse wie zum Beispiel nach individueller Weckzeit und Kleidung nicht berücksichtigt wurden, da dadurch der geordnete Stationsablauf gestört wurde.

Wahl kommt zu ähnlichen Ergebnissen in seiner alltagsnahen Erhebung in verschiedenen Settings (ambulante und stationäre Versorgungsformen). Das Ziel der befragten Pflegekräfte verhielt sich im Widerspruch zu dem tatsächlichen Handeln. Das erklärte Ziel ist die Förderung der Selbstständigkeit und Autonomie der Bewohner. Ihr konkretes Handeln richtet sich dagegen am Ziel der Hilfe aus. Ausgelöst werden diese Verhaltensweisen bereits durch schwache Signale der Hilflosigkeit. Die noch vorhandene Selbsthilfekompetenz des alten Menschen spielt dabei keine Rolle und wird auch nicht bekräftigt. Nach Wahl (1989) bestehen mit hoher Wahrscheinlichkeit die häufigsten Reaktionen von Sozialpartnern auf unselbständiges Verhalten alter Menschen darin, die Unselbstständigkeit zu verstärken. Die Wahrscheinlichkeit dieser Reaktionsweise ist in Institutionen höher als in der häuslichen Pflegesituation. Die Hilfeleistung und Unterstützung kann mit Nähe, Körperkon-

takt und menschlicher Zuwendung verbunden werden und gilt deshalb als massiver Verstärker unselbständigen Verhaltens.

Es ist davon auszugehen, dass noch verfügbare Selbsthilfefähigkeiten durch Nichtgebrauch als Folge des „Unselbständigkeits-Unterstützungs-Musters“ verloren gehen (Wahl, 1992, 111).

Saake (1998) kommt im Ergebnis eines Forschungsprojektes über subjektive Alterstheorien zu einem ähnlichen Resultat. Sie untersuchte die Beziehung von Pflegenden und Gepflegten (Sozialdimension), die Art der Pflege (Sachdimension) und die zeitliche Verteilung der Pflege (Zeitdimension). Sie stellte fest, dass der Blickwinkel aus der jeweiligen organisatorischen Einrichtung den Fokus auf die Klientel und die Erwartungshaltung bezüglich der vorhandenen Kompetenzen bestimmt. Mit der stationären Unterbringung ist ein umfassender Hilfebedarf verbunden. In der ambulanten Versorgung führt dies zu einer Ablehnung der Pflege, da sie nur punktuell unterstützend geleistet wird. In Altenheimen sind durch die Anwesenheit vieler Bewohner eine Vielzahl von Bedürfnissen zur gleichen Zeit zu befriedigen. In der ambulanten Versorgung steht die allmähliche Bearbeitung von vorübergehenden Problemlagen im Vordergrund. Obwohl beide Organisationen die gleiche pflegerische Versorgungsaufgabe haben, führen die verschiedenen organisatorischen Vorbedingungen zu unterschiedlichen Konsequenzen für Bewohner und Mitarbeiter.

### **Gleichzeitigkeit von Bedürfnissen**

Der Arbeitsablauf ist in den stationären Einrichtungen an der Dominanz der Institution, in der ambulanten Versorgung an den Fähigkeiten der Patienten und der pflegenden Angehörigen ausgerichtet. Dementsprechend richten die in Heimen arbeitenden Mitarbeiter ihre Arbeitsabläufe an den zeitlichen Vorgaben aus. Die gleichzeitige Anwesenheit vieler Bewohner im Heim beinhaltet ein nicht unwesentliches Konfliktpotential. Die Mitarbeiter geraten in die Zwickmühle, unter knappen zeitlichen Vorgaben die gleichzeitigen und unaufhörlichen Bedürfnisse und Erwartungen der Bewohner erfüllen zu müssen. Diesen Konflikt können sie nur bewältigen, indem die Bedürfnisse und Erwartungen nach ihrer Dringlichkeit sortiert und bearbeitet werden. Bei dieser Prioritätensetzung werden die betreuenden Leistungen in den meisten Fällen den pflegerischen Interventionen untergeordnet zum Beispiel: Das Gespräch mit der Bewohnerin muss unterbrochen werden, wenn ein anderer Bewohner zur Toilette geführt werden möchte.

„Resultat pflegerischer Selektionen ist eine Pflegeorganisation, deren zentrales Kennzeichen die Trennung von pflegerischen und betreuenden Elementen ist, worunter sowohl die Bewohner als auch die Pflegefachkräfte leiden.“ (Saake, 1998, 182)

Mitarbeiter empfinden die ständige Konfrontation mit den gleichzeitigen Bedürfnissen der Bewohner als Überforderung und gleichzeitig als Versagen, insbesondere in Bezug auf Erfüllung emotionaler Bedürfnisse der Bewohner. Saake (1998) sieht hierin ein Ideal der Pflegekräfte, das in der eher von depersonalisierenden Umgangsweisen geprägten Institution besonderen Stellenwert genießt. Die Mitarbeiter versuchen einen Ausgleich zu schaffen, in dem sie mit einigen wenigen Bewohnern eine persönliche Beziehung aufbauen.

In der stationären Pflege werden somit Bedürfnisse der Bewohnerschaft weitgehend dem zeitlichen Betriebsablauf untergeordnet. Besondere Bedürfnisse führen

zu Störungen im Ablauf. Die Form der Pflege richtet sich an den grundpflegerischen Tätigkeiten aus zu Lasten betreuender Elemente.

Demgegenüber wird in der ambulanten Versorgung jeweils nur eine Person gepflegt. Die Zeit für die Betreuung richtet sich nach den Vereinbarungen mit den Patienten und den Angehörigen. Die Pflege findet in der Umgebung des Patienten statt; dadurch werden sein individuelles Umfeld und die Angehörigen für die Betreuungskräfte erlebbar. Sie unterstützen den Patienten in der Erhaltung seiner selbständigen Lebensführung punktuell und in den Bereichen, die durch die pflegenden Angehörigen oder dem Patienten selbst nicht mehr geleistet werden können (Saake, 1998).

## **Kommunikationskultur**

In der Evaluation eines Modellprojektes zur Entwicklung einer Kommunikationskultur in stationären Einrichtungen der Altenhilfe hat Heinemann-Knoch (1999, 40) festgestellt, dass

„...eine erhebliche Diskrepanz zwischen der (positiven) Selbsteinschätzung der Mitarbeiter, in Pflegesituationen nicht-pflegeorientierte Themen anzusprechen und Ich-Botschaften zu senden, und dem tatsächlich zu beobachtenden Verhalten in den Pflegesituationen (Fremdeinschätzung)...“

besteht. Gezielte Fortbildungsprogramme halfen, das Kommunikationsklima in den Wohnbereichen zu verbessern, die Diskrepanz zwischen der Selbst- und Fremdwahrnehmung verhinderte sie nicht. 90 Prozent der Mitarbeiter schätzten ihre Fähigkeit, sich mit Bewohnern zu verständigen und ihre Bedürfnisse zu erkennen, hoch ein. Aus ihrer Sicht ergab sich somit nur ein geringer Bedarf einer Schulung. Dem gegenüber steht die Beobachtung der Forscher, dass nur zirka 50 Prozent der Pflegekräfte die Wünsche der Bewohner in Pflegesituationen erfragten. Sie zeigten nur geringe Bereitschaft, sich in Bezug auf die eigene Kommunikationsfähigkeit selbstkritisch in Frage zu stellen und dazu zu lernen. So konnte das selbstbestimmungsfördernde Verhalten der Mitarbeiter trotz Schulung nur zu einem geringen Teil geändert werden (Heinemann-Knoch, 1999).

Fazit: In den vorliegenden Studien besteht Einigkeit darin, dass die Arbeit in den Altenheimen generell mit seelischen und körperlichen Belastungen verbunden ist. Sie können zu Konflikten bis hin zu Machtmissbrauch und Gewaltbereitschaft führen. Die dementiell Erkrankten tragen durch ihre kognitiven Einschränkungen und häufige Verweigerung zu diesen Konflikten bei und haben selbst darunter zu leiden. Das häufig beschriebene Ausbrennen und die vorzeitige Aufgabe des Berufes können als mögliche Reaktionen auf die hohen Belastungen in der Pflege und Betreuung dieses Personenkreises angesehen werden (Becker/Meifort 1997). Es reicht nicht aus, die Mitarbeiter mit Supervision und Fortbildung zu stärken, wenn nicht auch die räumlichen und sozialen Umwelten verändert werden. Erst dann kann der von Knobling (1985) beschriebene Teufelskreis, bestehend aus hoher Arbeitsbelastung, hohen Krankheits- und Fluktuationsraten auf Seiten der Mitarbeiter, mangelhafter Ausstattung der Einrichtung, Rationalisierungsmaßnahmen und unzureichender Pflege und Betreuung der Bewohner durchbrochen werden.

#### 4.1.4. Angehörige

In jedem institutionellen Pflegesetting gibt es immer mehrere Akteure, die zusammenwirken müssen. Dies sind die Mitarbeiter, die Angehörigen und die rechtlichen Betreuer. In der Regel werden die Angehörigen zu rechtlichen Betreuern bestimmt. Wenn keine Angehörigen vorhanden sind beziehungsweise sie die notwendigen Entscheidungen nicht treffen können, werden andere Personen mit den Aufgaben betraut. Dies können Rechtsanwälte oder Mitglieder von Betreuungsvereinen sein. Ihr Auftrag ist es, im Sinne des Betroffenen zu entscheiden und zu handeln. Dabei schwelt der Konflikt: Die Betroffenen nehmen die Fähigkeit, noch ein selbständiges Leben in der eigenen Häuslichkeit führen zu können anders wahr als die Betreuer. Der Wille des Betroffenen steht im Widerspruch zur Hilfe- und Pflegebedürftigkeit und beeinflusst alle betreuerischen Maßnahmen (Re/Wilbers, 2004).

Die Angehörigen sind in der Regel die zentralen Ansprechpartner für alle Beteiligten in der Pflege- und Betreuung dementiell Erkrankter, die auf grund ihrer kognitiven Einschränkungen ihre Interessen nur eingeschränkt wahrnehmen können. Die Angehörigen sind die Entscheidungsträger, wenn es darum geht, die Ausgestaltung der Pflege- und Betreuung, die Fortführung der häuslichen Pflege sowie die Wahl des Altenheimes vorzunehmen. Diese Rolle kommt ihnen insbesondere dann zu, wenn sie die rechtliche Betreuung ihres Angehörigen übernehmen. Der Umzug in ein Heim wird überwiegend als letzte Möglichkeit eingestuft und erst nach einer längeren Entscheidungsphase beschlossen. Die Entscheidung wird in den wenigsten Fällen leichtfertig vorgenommen; in der Regel wird vorher nach anderen Möglichkeiten gesucht. Die Entscheidung zur Heimübersiedlung hat einen längeren Vorlauf, in dem die häusliche Pflege einen Grad erreicht hat, der nicht mehr zu verkraften scheint. Re und Wilbers (2004) weisen auf die Schnittstelle dementiell erkrankter Mensch und betreuende Person hin, die in den überwiegenden Versorgungsformen vernachlässigt werden.

Die Pflege dementiell Erkrankter ist für die Angehörigen mit starken Belastungen verbunden. Sie resultieren zum einen aus den Begleitsymptomen der Erkrankung (zum Beispiel dem Verlust der zeitlichen/örtlichen Orientierung und der sprachlichen Ausdrucksmöglichkeiten) sowie Gedächtnisstörungen, Inkontinenz und Verhaltensauffälligkeiten (zum Beispiel Wahnvorstellungen, Stimmungsschwankungen und aggressives Verhalten). Zum anderen ergeben sich Einschränkungen im finanziellen Bereich. Die ambulante Pflegeunterstützung, die stationäre Unterbringung sowie Pflegehilfsmittel werden von der Pflegeversicherung beziehungsweise den Krankenkassen nur zu einem Teil finanziert. Der überwiegende Kostenanteil muss von den Angehörigen/Betroffenen selbst getragen werden. Weitere Einschränkungen ergeben sich im Familienleben und in der Reduzierung von Außenkontakten. Manche Angehörige fühlen sich bei Pflegezeiten von sechs bis acht Stunden regelrecht vom Leben ausgeschlossen (Reggentin, 2005). Weitere Belastungen ergeben sich aus dem langsamen Abschiednehmen von einem nahestehenden Angehörigen.

Reggentin (2005) hat in einer Studie die Belastungen der Angehörigen dementiell Erkrankter in Wohngruppen im Vergleich zu häuslicher und stationärer Versorgung untersucht. Die Ergebnisse belegen, dass die Belastungen auch nach dem Heimeintritt bestehen bleiben. Die Nachwirkungen der Trennung wirken nach: Sie äußern sich in psychischem Stress mit somatischen Beschwerden besonders bei

älteren Frauen und nicht Berufstätigen. Bei einer Pflegedauer bis zur Heimaufnahme von durchschnittlich 2,5 Jahren und einer ebenfalls zwei bis dreijährigen Aufenthaltszeit in der Einrichtung erscheinen diese Ergebnisse nachvollziehbar.

Der per Fragebogen ermittelte Besuchsintervall birgt eine Überraschung: Er lag in der stationären Einrichtung täglich bei 15,7 Prozent und wöchentlich mindestens einmal bei 80,9 Prozent, in den Wohngruppen bei täglich 15,7 Prozent und einmal wöchentlich bei 79,3 Prozent. Die bei den Besuchen verbrachte gemeinsame Zeit betrug in der stationären Versorgung 5,4 Stunden und in den Wohngruppen 4,3 Stunden (Reggentin, 2005). Damit liegt die Besuchshäufigkeit und -länge in der stationären Versorgung leicht höher als in den Wohngruppen. Erwartet wurde eine gegensätzliche Verteilung der Besuchshäufigkeit und der Besuchslänge. Praktiker klagen seit Jahren darüber, dass die Mehrheit der Bewohnerschaft wenig Besuch bekommt. Besonders betroffen sind Bewohner mit dementiellen Erkrankungen, deren Besuchssituation auf grund ihrer kognitiven Einschränkungen als schwierig beschrieben wird. Reggentin fragte in der Studie nicht nach der Intensität der Besuche und der Aktivitäten während dieser Zeit; sie beließ es bei einer schriftlichen Selbstauskunft. Es bleibt offen, ob die angegebene Besuchshäufigkeit und -länge tatsächlich der Realität entspricht oder ein Wunsch bleibt, der aus dem schlechten Gewissen resultiert, die Angehörigen in eine Einrichtung abgegeben zu haben.

Klie et al. (2005, 123) beschreibt eine Ursache für das Fernbleiben der Angehörigen in der Tatsache, dass sich in der Bevölkerung ein fast

„...dichotomes Gegenüber von häuslicher Versorgung, fast ausschließlich durch Familienangehörige sichergestellt, hier und eine vollstationäre Versorgung ohne Beteiligung von Angehörigen dort als „Pflegearrangements“ kennt“.

Insbesondere durch das Pflegeversicherungsgesetz und das Heimgesetz wird eine strikte Trennung zwischen ambulanten und stationären Versorgungsformen vorgenommen. Dies bedeutet, dass sich Angehörige nicht verpflichtet fühlen, in der stationären Versorgung eine teilhabende beziehungsweise teilnehmende Rolle einzunehmen - man zahlt schließlich für eine umfassende Pflege und Betreuung. Diese Abgabehaltung trifft auf die Übernahmereitschaft seitens des Personals (Klie et al., 2005). Zu dem sind die Angehörigen hilf- und ratlos hinsichtlich der Möglichkeiten, sich mit den demenzkranken Familienmitgliedern in den Einrichtungen zu beschäftigen. Es bleibt die Frage, wie die Besuchssituation mit kognitiv Beeinträchtigten gestaltet werden kann, die kein normales Gespräch führen können und sich in der fremden Situation nicht zurecht finden – sie vielleicht sogar vehement ablehnen. Aus Hilflosigkeit werden Besuche vermieden.

Da sich stationäre Pflege grundsätzlich von der häuslichen Pflege insbesondere in der individuellen Zuwendung unterscheidet, haben Angehörige Erwartungen und Ansprüche, die sich in den stationären Bedingungen nicht wiederfinden. Von den Pflegemitarbeitern werden häufige Konflikte über die individuelle Zuwendung und über den Umfang pflegerischer Leistungen berichtet. Hinzu kommt, dass Angehörige oftmals in der häuslichen Pflege die gleichen pflegerischen Leistungen wie zum Beispiel Ganzwaschung, Ankleidehilfe und Nahrungsanreichen jahrelang durchgeführt haben und in der Einrichtung durch die Übernahme der Tätigkeiten durch die professionellen Fachkräfte aus der ehemals aktiven Rolle in eine passive Rolle der Besucher gedrängt werden.

Die Zusammenarbeit zwischen Angehörigen, Betreuern und Mitarbeitern hat eine besondere Bedeutung für die Ermittlung von Wünschen, Bedürfnissen und Alltagsgewohnheiten dementiell Erkrankter. Eine gelingende Kooperation würde für das Wohlergehen der Betroffenen beitragen.

## **4.2. Institutionalisierung als kritisches Lebensereignis**

Unter dem Begriff „kritisches Lebensereignis“ werden nach Zank/Baltes (1998) Lebensereignisse verstanden, die eine Anpassung an veränderte Lebensbedingungen erfordern. Gravierende Lebensereignisse sind zum Beispiel die Geburt des eigenen Kindes oder auch der Tod einer nahestehenden Person. In diesem Sinne kann auch die Institutionalisierung als kritisches Lebensereignis betrachtet werden, die eine erhebliche Anpassung erfordert (Backes und Clemens, 1998).

Der Umzug in ein Heim stellt - vor allem, wenn die Entscheidung nicht freiwillig getroffen wurde - einen Wendepunkt im Lebenslauf eines jeden Betroffenen dar. Der Umzug kann das psychische Gleichgewicht stören und zur Verschlechterung des Gesundheitszustandes führen (Schmidt, 2002/Kruse/Wahl, 1994/Klingefeld, 1999/Lehr, 2000). Immer mehr alte Menschen sehen sich mit der Situation konfrontiert, nach einem Krankenhausaufenthalt plötzlich in ein Heim einziehen zu müssen. Ebenfalls verändert hat sich auch der allgemeine Gesundheitszustand der Betroffenen.

War die Aufnahmesituation bis vor einigen Jahren durch eine leichtere bis mittelschwere Pflegebedürftigkeit der Betroffenen gekennzeichnet, so ist inzwischen die Aufnahme mit schwerster Pflegebedürftigkeit verbunden (siehe Kapitel 2). Die nähere Betrachtung der Folgen des Heimeintritts ist deshalb mehrdimensional.

Wahl/Reichert (1994) erläutern die „lebensumspannende Entwicklungsperspektive“ von Baltes, in dem sie drei die Entwicklungsprozesse beeinflussende Ursachen beschreiben. Dies sind „alterskorrelierte Einflüsse“, „geschichtlich bedingte Einflüsse“ und „nicht-normative Einflüsse“. Alterskorrelierte Einflüsse ergeben sich aus dem Zusammenspiel von biologischen und gesellschaftlichen Faktoren, die für die Mehrzahl alter Menschen einen normativen Charakter erhalten. Beide Autoren führen als Beispiel die Pensionierung an. Ein wichtiger, geschichtlich bedingter, Einfluss kann in dem einschneidenden Erlebnis der Weltkriege gesehen werden.

Die „nicht-normativen Einflüsse“ beziehen sich auf Ereignisse, die nicht bei allen alten Menschen gleich auftreten, aber höchstwahrscheinlich zu einer Veränderung des weiteren Lebens führen. Nach Wahl/Reichert (1994) ist der Heimeintritt ein solches „nicht-normatives Ereignis“ mit hoher „Entwicklungsaufgabe“ und beinhaltet sowohl die Möglichkeit von Entwicklungsgewinnen als auch von Verlusten. Wie weiter auszuführen sein wird, können Gewinne zum Beispiel in der Sicherheit der Pflege und Betreuung, der Entlastung der Angehörigen und auch durch neue Kontakte zu Mitbewohnern bestehen. Verluste ergeben sich durch die notwendige Anpassung an institutionelle Strukturen und Vorgaben, die nicht immer mit den bisherigen Alltagsgewohnheiten übereinstimmen.

Die von Wahl/Reichert (1994) genannten Beispiele der Gleichzeitigkeit von Verlust (zum Beispiel die Zunahme der körperlichen Einschränkungen und Schmerzen) und Gewinn (Freundschaft mit der Zimmernachbarin) können in der Praxis

bestätigt werden. Es kann davon ausgegangen werden, dass das alltägliche Leben in einem Heim von der Gleichzeitigkeit von Gewinnen und Verlusten gekennzeichnet ist. Die Bewertung dessen was als Gewinn oder Verlust empfunden wird, korreliert mit den individuellen Erfahrungen im Leben. Wahl/Reichert (1994, 27) verweisen auf empirisch gesicherte Annahmen, nach denen von einer „intraindividuellen Variabilität“, das heißt von

„großen zwischenmenschlichen Unterschieden im Verlauf und in der Gestaltung von Altersprozessen“

auszugehen ist. Diese Unterschiede können sich auf Erwartungen und Bedürfnisse, das kognitive Leistungsvermögen, Erfahrungen und Erleben sowie den Gesundheitszustand beziehen und führen nach Wahl/Reichert (1994, 27) zum

„klassischen Konflikt zwischen der notwendigerweise standardisierten Umwelt Heim und den spezifischen Bedürfnissen der Bewohner“.

Nach Saup (1990), Lehr (2000) und Wahl/Reichert (1994) ist die Freiwilligkeit des Umzugs in ein Heim ein wesentlicher Faktor, um sich an die neue Situation anzupassen. Dass dementiell Erkrankte sich freiwillig für die Heimunterbringung entscheiden, ist fraglich. Praktiker berichten von einer erhöhten Weglauftendenz, der Zunahme von Verwirrheitszuständen, dem Auftreten von Inkontinenz und der Verstärkung örtlicher Desorientierung in den ersten Wochen nach dem Umzug.

Nach Mollenkopf et al. (2004) erleben Betroffene reglementierende und einengende Umgebungsbedingungen verstärkt negativ. Sie fragten Altenheimbewohner, in wie weit sie der Verlust an Autonomie belastet. Die Ergebnisse belegen ein Ansteigen des Grades der Belastung mit dem Ausmaß an Autonomieeinschränkungen. Saup (1984) kommt zu ähnlichen Ergebnissen. In seiner Arbeit konnte er nachweisen, dass mit dem Grad der Autonomieeinschränkungen durch institutionelle Reglementierungen die Wahl der jeweiligen Copingstrategie beeinflusst wird.

Nach den vorliegenden Erkenntnissen stellt die Übersiedlung in ein Heim einen Wendepunkt im Leben eines alten Menschen dar. Mit dem Umzug geht eine grundlegende Veränderung des bisherigen Lebens einher. Die Übersiedlung in ein Heim wird von Saup (1990) als „ökologischer Übergang“ bezeichnet, als radikale Veränderung der vorher weitgehend selbständigen Alltagsgestaltung und der vertrauten Umgebung. Die Betroffenen müssen sich abrupt an ein fremdbestimmtes, an organisatorischen Abläufen orientiertes, standardisiertes, fremdes Wohnumfeld anpassen. Lehr (2000) bezeichnet die durch den Wechsel in ein Heim ausgelösten Belastungen als „relocation-stress“. Ungünstig wirkt sich die „Radikalität der Veränderung“ aus. Je unbekannter die Umgebung, das Personal, die Mitbewohner und die Einrichtung sind, um so höher scheint die Mortalität. Ein Anstieg der Mortalitätsraten im Zusammenhang mit einem Umzug ins Heim ist kritisch zu betrachten, da die Bewohner mehrfach Erkrankungen aufweisen und sich zunehmend erst in einem weit fortgeschrittenen Stadium der Pflegebedürftigkeit in ein Heim einziehen.

Lehr (2000) benennt mehrere Faktoren, die sich günstig auf die Lebenssituation in den Einrichtungen auswirken. Dies sind ein jüngeres Alter bei der Heimaufnahme, gutes Orientierungsvermögen, und die Fähigkeit zu kommunizieren. Bis auf den Faktor des Lebensalters sind die von Lehr genannten Faktoren auf dementiell Erkrankte nicht zutreffend. Hinzu kommt der in der Regel nicht freiwillige Umzug der Betroffenen. Aufgrund der krankheitsbedingten kognitiven Veränderungen geht



eine realistische Einschätzung der eigenen Situation schon früh verloren. Für die Betroffenen ist eine selbständige Lebensführung in ihrer eigenen Häuslichkeit noch möglich, für Außenstehende und nahe Verwandte ist der Hilfe- und Betreuungsbedarf nicht zu übersehen. Die Betroffenen fassen den Entschluß zur Übersiedlung in ein Heim in der Regel nicht selbst. Der Umzug wird zum Teil vehement abgelehnt. Diese Umstände der Übersiedlung müssen zwangsläufig zu Problemen in der Eingewöhnungsphase führen, die Auswirkungen auf den weiteren Aufenthalt im Heim haben.

Auf die Einrichtungen kommt die Aufgabe zu, den veränderten Aufnahmebedingungen und Bedürfnislagen der Betroffenen Rechnung zu tragen und sie positiv zu gestalten. Entscheidend ist, dass dem neuen Heimbewohner eine Perspektive im Heim vermittelt werden kann. Die Übersiedlung in ein Heim könnte dementsprechend als Entwicklungsaufgabe betrachtet werden. Wenn sie gelingt, dann könnte der Heimeintritt ein Gewinn für den Einzelnen sein.

### **4.3. Zusammenfassung**

Die verschiedenen oben geschilderten Forschungen unterstreichen, dass nicht nur der alte Mensch selber, sondern auch die Merkmale der Institution seine konkreten Bewältigungsstrategien bestimmen (Saup, 1990/Lehr, 2000). Beschrieben werden sowohl positive als auch negative Effekte von Institutionen. In der Analyse verschiedener Forschungsergebnisse kann festgestellt werden, dass Bewohner von Pflegeheimen den Privatbereich im Heim unter anderem subjektiv beengend empfinden. Trotz der Anwesenheit vieler Menschen herrscht Einsamkeit vor. Die starke Reglementierung der Selbstbestimmungsrechte führt zu lange Phasen der Leere und Langeweile. Die Bewohner fühlen sich nutzlos und sehen sich mit dem Leiden und Sterben der Mitbewohner konfrontiert. Positive Effekte treten dann auf, wenn Bewohner neue Kontakte knüpfen können, sie Anerkennung für die Übernahme sinnvoller Aufgaben bekommen, für sie eine vertraute Umgebung geschaffen wird und das Personal sie fördernd unterstützt. Der Gestaltung der Umwelt in der stationären Versorgung kommt dabei eine wichtige Funktion zu: Sie kann sowohl fördernd als auch reglementierend und kontrollentziehend wirken.

In Bezug auf die Mitarbeiter ist festzustellen, dass die Arbeit in den Altenheimen generell mit großen seelischen und körperlichen Belastungen verbunden ist. Mangelnde Qualifizierung und strukturelle Defizite führen zu Konflikten, Macht- und Gewaltproblematik. Eine umfassende Stärkung der fachlichen und persönlichen Kompetenzen im Umgang mit dementiell Erkrankten, eingebettet in strukturelle Veränderungen der organisatorischen und räumlichen Rahmenbedingungen, erscheint notwendig.

Die Erhaltung der sozialen Kontakte und familiären Netzwerke stellen in stationären Einrichtungen eine Herausforderung dar. Die enge Kooperation zwischen Angehörigen, Betreuern und Mitarbeitern hat eine besondere Bedeutung für die individuelle Pflege und Betreuung dementiell Erkrankter. Eine gelingende, partnerschaftliche Kooperation würde zum Wohlergehen der Betroffenen beitragen.

## 5. Schlussfolgerungen und Ableitung der eigenen Fragestellung

Eine positive, demenzgerechte Gestaltung der Person-Umwelt-Beziehung berücksichtigt ökopsychologische Ansätze (Wahl/Reichert, 1994). Die Grundhypothese besagt, dass der Einfluss der Umwelt auf das Erleben und Verhalten alter Menschen wächst, je niedriger ihre kognitive Kompetenz ist. Der Einfluss der Heimumwelt auf ihr Erleben und Verhalten muss entsprechend eingeschätzt werden. Im Idealfall passen die Umwelanforderungen zu ihren Bedürfnissen und Kompetenzen.

Allerdings müssen nach dem „Person-Umwelt-Passungsansatz“ (Kahana`s, 1982) die Umwelanforderungen weiterhin den nachlassenden Kompetenzen angepasst werden. Der Betroffene ist aufgrund der fortschreitenden Erkrankung immer weniger in der Lage, sie selbst zu beeinflussen beziehungsweise sie zu ändern. Ein weiterer ökopsychologischer Ansatz bezieht sich auf die „Person-Umwelt-Transaktion“ innerhalb der Heimsituation. Dabei kommt dem Aspekt der „prothetischen Umwelt“ des Heimes Bedeutung zu. Die Umweltfaktoren gewinnen durch die zunehmenden physischen und psychischen Einschränkungen eine wichtige Rolle, um die Selbständigkeit weitgehend aufrechterhalten zu können. Eine stützende Umgebung kann Einbußen zumindest vorübergehend kompensieren. Dazu zählen barrierefrei gestaltete Wohnräume, in denen sich die Bewohner sicher und angstfrei bewegen können sowie eine fachlich und psycho-sozial kompetente Pflege und Betreuung.

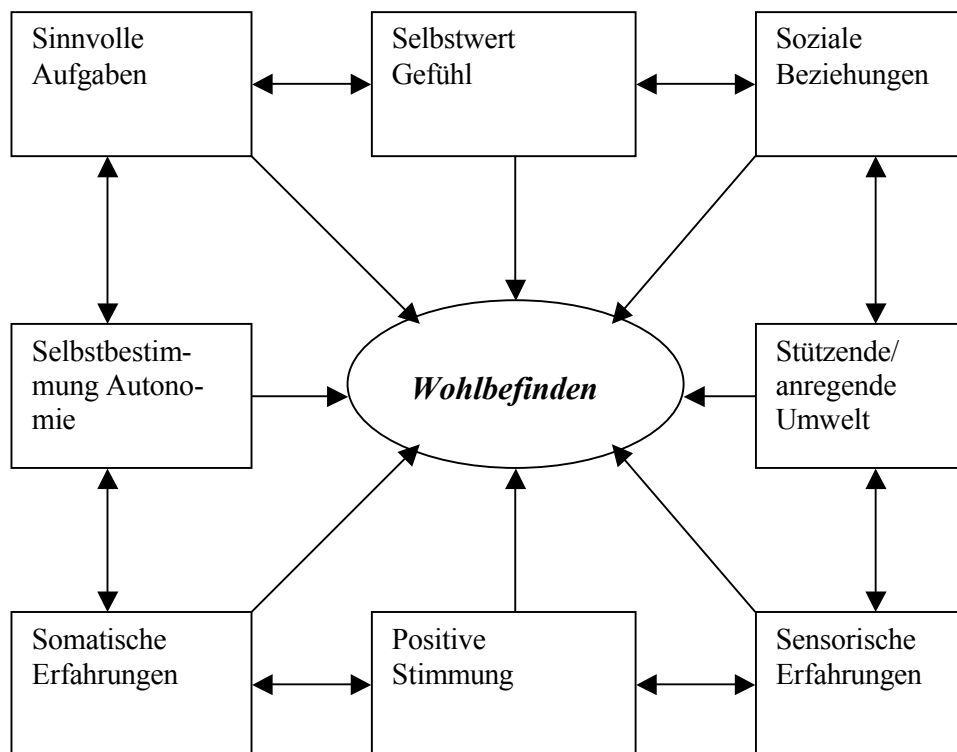
Der zweite Aspekt bezieht sich als „Mindest-Person-Perspektive“ (Wahl/Reichert, 1994) auf eine für das Individuum anregungsreich gestaltete Umgebung, stimulierende Angebote und Möglichkeiten der weitgehenden selbständigen Lebensführung. Der ökopsychologische Ansatz berücksichtigt, dass das Kernelement der Pflege darin liegt, das Gleichgewicht zwischen den geistigen und funktionalen Kompetenzen (Binnenstrukturen) der Betroffenen und der sie umgebenden physischen und sozialen Umwelt (Außenstrukturen) wiederherzustellen. Demzufolge ist die Aufgabe der Pflege, die Verluste an Binnenstrukturen durch angemessene, demenzgerechte Außenstrukturen aufzufangen.

„Verwirrtheit und Desorientierung kann somit hinsichtlich der Auftretenshäufigkeit durch angepasste, demenzspezifische Außenstrukturen dementsprechend beeinflusst werden, dass es ein Plus an Umwelanpassung ein Minus an Verwirrtheit zur Folge haben wird. Oder anders ausgedrückt: eine Steigerung des Inputs demenzgerechter Lebenswelt führt zu dem erwünschten Output Reduzierung von Verwirrheitszuständen.“ (Lind, 2000, 13)

Wie müssen die Lebenswelten gestaltet sein, um ein größtmögliches Wohlbefinden und Zufriedenheit bei dementiell erkrankten alten Menschen zu gewährleisten? Um diese Frage zu beantworten, müssen die Lebensqualität und die das Wohlbefinden beeinflussenden Faktoren untersucht werden. Hierzu hat die gerontologische Forschung eine Vielzahl von Ergebnissen vorgelegt. Dies sind ökologische, organisationsspezifische und individuelle Faktoren.

In der Abbildung Nr. 4 werden die Wechselwirkungen der verschiedenen Determinanten des Wohlbefindens auf die besondere Situation dementiell erkrankter alter Menschen zusammenfassend dargestellt.

**Abbildung Nr. 4: Determinanten des Wohlbefindens dementiell erkrankter alter Menschen**



Die nachfolgende Pilotstudie beschreibt, in wieweit ökologische, organisationsspezifische und individuelle Faktoren auf die in der Abbildung Nr. 4 dargestellten Aspekte des Wohlbefindens dementiell Erkrankter in der Heimsituation wirken. Der Ansatz bildet – bezogen auf 40 Heimbewohner - die wechselseitigen Wirkungen ab; in den bisherigen Untersuchungen wurde das kaum berücksichtigt. Die Erforschung der besonderen Situation dementiell Erkrankter in der stationären Versorgung befindet sich zudem noch im Aufbau (Radzey/Heeg, 2001/Schmidt, 2002).

Es sollen die im Folgenden beschriebenen Fragen analysiert werden:

- Welchen Beitrag leistet die Einbeziehung der alltäglichen Gewohnheiten, Rituale und Abläufe zur Erhaltung der weitgehenden Selbständigkeit und Lebenszufriedenheit dementiell erkrankter alter Menschen? Welchen Beitrag leistet die Gestaltung der Lebenswelt im Heim zur Ausprägung von Begleitsymptomen?
- Beeinflusst der Totalitätsgrad der Heime die Voraussetzungen für die Lebenszufriedenheit der Heimbewohner mit Demenz in höherem Maße als individuelle Faktoren?
- Gibt es Beziehungen zwischen dem Setting und der Qualität der Kommunikation und Interaktion zwischen Bewohnern und Personal?

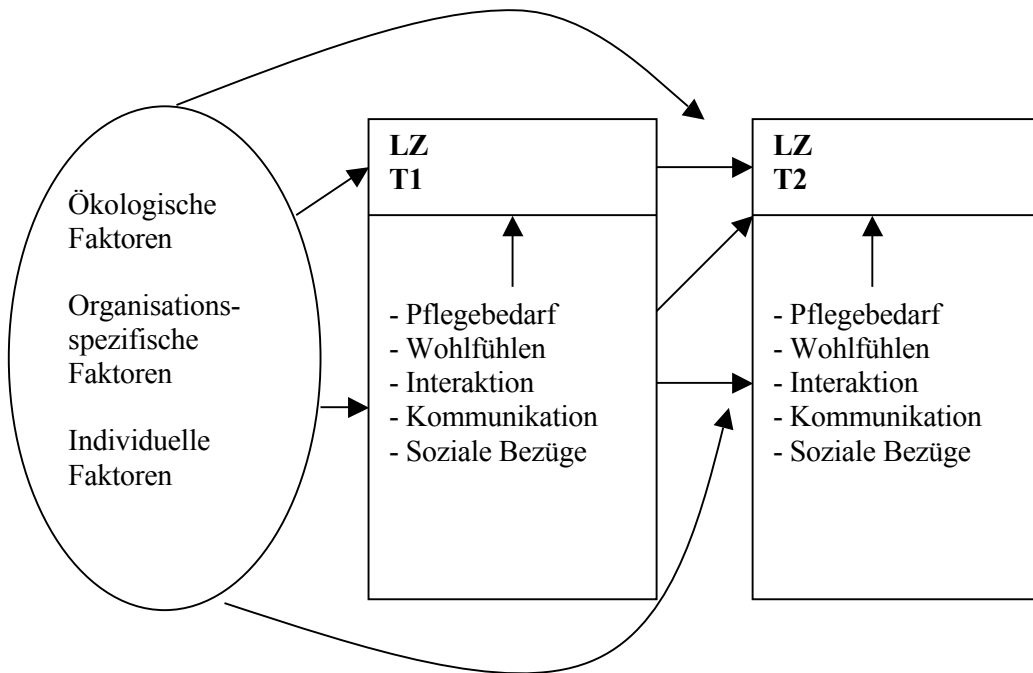
- Gibt es Beziehungen zwischen dem Setting und der Aufrechterhaltung beziehungsweise dem Aufbau von sozialen Kontakten?
- In welcher Weise trägt ein an der alltagsnahen Normalität ausgerichtetes Versorgungssetting zur Kompensation negativer Heimwirkungen wie zum Beispiel das „unausweichliche Trauma“ (Kruse/Wahl, 1994) des Heimeinzugs bei?
- Inwieweit hilft eine anregungsreiche Gestaltung der Altenpflegeheime, positive Erfolgserlebnisse, sensorische Erfahrungen sowie soziale Zuwendung zu ermöglichen und andererseits eine Reduzierung von Aktivitäten zu verhindern?
- Gibt es Unterschiede in der Einschätzung und im Umgang mit Selbsthilfefähigkeiten, Wohlfühlen, der Interaktion und Kommunikation mit dementiell erkrankten Bewohnern zwischen qualifizierten Pflegekräften, Angehörigen und weniger qualifizierten Mitarbeitern?

Diese Fragen sollen anhand der Untersuchung verschiedener Wohlbefindensmerkmale in zwei, nach unterschiedlichen Konzepten ausgerichteten Pflegeheimen ermittelt werden. Die erste Einrichtung ist eine entsprechend des Hausgemeinschaftsprinzips gestaltete, stationäre Pflegeeinrichtung. Die zweite orientiert sich an den klassischen Pflegeprinzipien. Sie dient als Vergleichseinrichtung.

Um die Wirkungen des Settings während der Integrationsphase der Bewohner und im weiteren Verlauf des Heimaufenthaltes beurteilen zu können, fand die Untersuchung in zwei Zeitabschnitten statt: in der Phase unmittelbar nach dem Heimeinzug und nach vier bis sechs Monaten Heimaufenthalt.

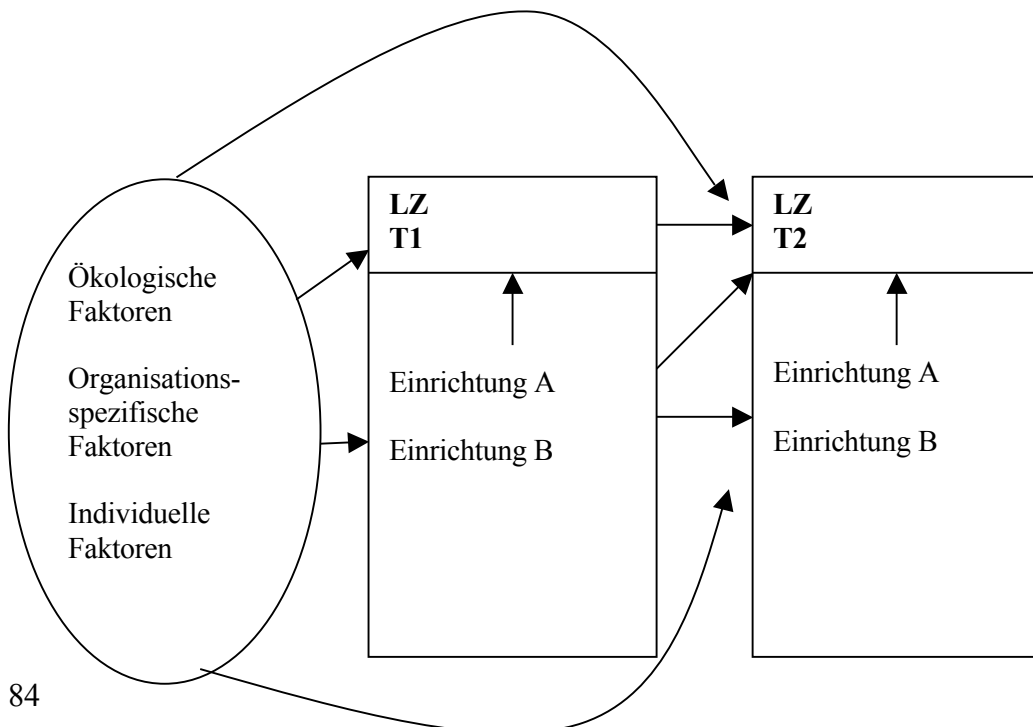
In der folgenden Abbildung werden die Faktoren des Settings in der Heimeinzugsphase und der Anpassung in einem Modell dargestellt. Die Kürzel LZ bedeutet Lebenszufriedenheit, T1 ist gleichzusetzen mit dem Zeitpunkt der ersten, T2 mit dem der zweiten Untersuchung.

**Abb. Nr. 5: Heimeinzug und Anpassung an den Heimalltag**



**Abb. Nr. 6: Heimeinzug und Anpassung an den Heimalltag im institutionellen Vergleich**

In der folgenden Abbildung werden die Untersuchungsmerkmale und die Untersuchungsorte grafisch dargestellt. Die Einrichtung A ist eine nach dem Hausgemeinschaftsprinzip gestaltete stationäre Pflegeeinrichtung. Die zweite Einrichtung B dient als Vergleichseinrichtung und ist eine nach dem klassischen Prinzip gestaltete Pflegeeinrichtung.



## **6. Die Untersuchung**

Im Folgenden werden die Zielsetzung und Anlage der Untersuchung, die Auswahl der Untersuchungsmethoden unter Berücksichtigung der Problematik von Evaluationen bei dementiell erkrankten alten Menschen, die Auswahl der untersuchten Einrichtungen und Personen, sowie der Untersuchungsverlauf beschrieben.

### **6.1. Zielsetzung und Anlage der Untersuchung**

Die Zielsetzung und Anlage der Untersuchung wurde bereits im Vorfeld mit dem Träger und den untersuchten Einrichtungen abgestimmt.

Der Träger, die Bremer Heimstiftung, ist eine kommunale Stiftung der Stadt Bremen. Die Bremer Heimstiftung ist mit 21 Einrichtungen der größte Altenhilfeträger im Lande Bremen. In den verschiedenen Einrichtungen leben und wohnen zirka 3.500 alte Menschen. Die Angebote reichen von dem klassischen stationären Altenpflegeheim, über besondere Pflege und Betreuungsangebote für gerontopsychiatrisch erkrankte alte Menschen bis zu ambulanten Pflege- und Versorgungsformen in eigenen Servicewohnanlagen.

Seit Ende 1999 wurden erstmalig in einer Einrichtung sechs integrative Hausgemeinschaften angeboten. Weitere Umbaumaßnahmen für stationäre Einrichtungen befanden sich in der Planung.

Für den Träger stellte sich die Frage, in wie fern Hausgemeinschaften eine Alternative zu den klassischen stationären Pflegeheimen darstellen, worin ihre Vorteile bestehen, worin ihre Grenzen liegen und welche Faktoren zu einer größeren Zufriedenheit der Bewohnerschaft führen können.

Die Hausgemeinschaftseinrichtung und die Vergleichseinrichtung hatten ein Interesse an einer kritischen Reflexion ihrer Arbeit und deren Auswirkungen auf die Betroffenen. Des Weiteren bestand ein großes Interesse des Trägers an der Anwendung und Überprüfung der Instrumente Plaisir© und Dementia Care Mapping. Aus diesen Gründen war der Träger bereit, an der Untersuchung mitzuwirken, Einrichtungen und Mitarbeiter zur Unterstützung z. B. bei der Erhebung der Daten zur Verfügung zu stellen. Die notwendigen Schulungen der Untersucher im Dementia Care Mapping (siehe unter 6.2.2) sowie die Kosten der Auswertung der Plaisir©-Daten wurden ebenfalls vom Träger übernommen.

### **Ausgewählte Aspekte und erwartete Ergebnisse**

Wie in den vorangehenden Kapiteln dargelegt wurde, scheint das Wohlbefinden der Heimbewohner von einem komplexen Bedingungsgefüge von ökologischen und organisationsspezifischen Aspekten neben heimspezifischen und individuellen Faktoren abhängig zu sein. Um zu einer Einschätzung der Wirkungen der Settings auf die Lebensqualität zu kommen, erscheint es deshalb sinnvoll, nicht nur einzelne Aspekte herauszugreifen, sondern die Zusammenhänge der verschiedenen Faktoren in die Untersuchung einzubeziehen. Dies soll im Rahmen einer Erkundungsstudie geschehen. Ziel ist die Ermittlung von Erfahrungswerten der Merkmalssteuerung für eine spätere, größer angelegte Studie.

Untersucht werden psychische und soziale Aspekte des Wohlbefindens (gemessen am Ausdruck der Zufriedenheit, an der Veränderung von Aktivitäts- und Kontaktniveaus, wahrgenommene Veränderung der Aktivitätsstruktur), der Pflege- und Betreuungsbedarf, Verhaltensauffälligkeiten und Beeinträchtigungen sowie Alter und Geschlecht.

### **Aktivitäten**

Aktivitäten tragen in erheblichem Maße zum Wohlbefinden bei. Die Ausübung der Aktivitäten kann mit einem bestimmten Grad an Autonomie in Verbindung gebracht werden, deshalb ist eine Analyse der Aktivitäten im Zusammenhang mit dem Wohlbefinden sinnvoll. Erfasst wurden alle Aktivitäten des Heimbewohners im öffentlich zugänglichen Aufenthaltsbereich, die Teilnahme an Beschäftigungsangeboten im Heim sowie die Veränderungen der Aktivitäten seit Heimeintritt im weiteren Verlauf des Heimaufenthaltes. Mit der Betrachtung der Aktivitäten über einen längeren Zeitraum sollte eine Aussage zu Institutionalisierungseffekten ermöglicht werden.

### **Kontakte**

Negative Wirkungen des Heimerlebens können durch eine Aufrechterhaltung von familialen, freundschaftlichen und anderen Kontakten kompensiert werden. Es ist zu erwarten, dass je intensiver (persönlicher) die Kontakte gestaltet sind, das Wohlbefinden höher ist. Besondere Bedeutung kommt der Interaktion und Kommunikation mit dem Personal zu. Erfasst wurden die generelle Beteiligung von Angehörigen, Freunden und Bekannten an der Alltagsgestaltung der dementiell erkrankten Heimbewohner sowie Kontakte mit den Mitbewohnern. Zur Vermeidung einer statischen Betrachtung der Kontakthäufigkeit wurde die Wirkung der Interaktion und Kommunikation zwischen Bewohner und Mitbewohnern sowie zwischen Personal und Bewohner erfasst. Um eine Aussage zu den Wirkungen des Settings vornehmen zu können, wurden die Veränderungen seit Heimeintritt im Verlauf des Heimaufenthaltes erfasst.

### **Alltagsnahe vertraute Umgebung**

Vermutet wird, dass Versorgungssettings, die an dem Konzept der alltagsnahen Normalität ausgerichtet sind, zur Vermeidung weiterer negativer Heimwirkungen beitragen, zum Beispiel zusätzliche Verwirrung beim (ungewollten) Heimeinzug und Verlust der persönlichen Kontrolle beim weiteren Aufenthalt im Heim. Mit der Betrachtung der Begleitsymptome, des Hilfe- und Pflegebedarfes bei Heimeinzug und nach einem längeren Zeitraum, sollte eine Aussage zur Vermeidung der negativen Heimwirkungen ermöglicht werden.

### **Gesundheitszustand**

Die Befunde über den Einfluss der Umwelt auf das Erleben und Verhalten alter Menschen weisen darauf hin, dass der Einfluss mit abnehmender Kompetenz steigt. Vermutet wird, dass Settings, die an der alltagsnahen Normalität ausgerichtet sind, zu einem geringeren Grad an Verwirrtheit beitragen. Die Gestaltung einer demenzgerechten Lebenswelt führt zur Reduzierung von Verwirrheitszuständen und anderen Begleitsymptomen. Mit der Erfassung des Pflege- und Unterstützungsbedarfes,

der Begleitsymptome und den kognitiven/affektiven Einschränkungen im Verlaufe des Heimaufenthaltes sollte eine Einschätzung der Bedeutung der Umweltgestaltung auf die kognitive Gesundheit ermöglicht werden.

### **Zu untersuchende Aspekte:**

- Pflege- und Betreuungsbedarf
- Subjektives Wohlbefinden
- Interaktion und Kommunikation
- Soziale Bezüge (Kontakte zu Angehörigen/Freunden/Bekanntem)

### **6.1.1. Auswahl der Untersuchungsinstrumente**

Bei der Auswahl der Untersuchungsinstrumente besteht die Wahl zwischen quantitativen und qualitativen Forschungsmethoden bzw. aus einer Mischung von beiden. Beide Forschungsansätze unterscheiden sich in der Art der Datenerhebung und in der Datenanalyse.

#### **Merkmale quantitativer Forschung**

Merkmale quantitativer Forschung sind die weitgehend standardisierten Datenerhebungsprozesse. Mit ihnen werden in gleicher Weise, in der gleichen Abfolge, mit zum Beispiel den gleichen Fragen Daten erhoben, statistisch ausgewertet und verallgemeinerbare Ergebnisse abgeleitet (Wahl/Heyl, 2004). Nach Gutzmann und Zank (2005) sind sie bei einigen Forschungsfragen vorzuziehen,

„... weil die Reliabilität und Validität der Instrumente belegt sind und die Ergebnisse den Vergleich mit anderen Studien erlauben.“ (Gutzmann/Zank, 2005, 143)

Nachteile sehen sie allerdings in der mangelnden „Sensitivität“ der standardisierten Erhebungsinstrumente für die Abbildung von Veränderungen, wie sie bei demenziell Erkrankten notwendig wären. Sie schlagen deshalb eine Ergänzung durch qualitative Methoden, wie Befragungen von Angehörigen und Betreuern oder Verhaltensbeobachtungen vor (Gutzmann/Zank, 2005, 144).

#### **Merkmale qualitativer Forschung**

Merkmale qualitativer Erhebungsmethoden sind der eher offen und flexibel gestaltete Forschungsprozess. Die Forschungsverfahren sind überwiegend offene oder teilstandardisierte Interviews, die in der Regel auf Tonband aufgenommen, anschließend in Kategorien geordnet und interpretiert werden. Eine spätere statistische Auswertung der Daten kann vorgenommen werden (Wahl/Heyl, 2004). Nach Bortz und Döring (2002) sind qualitative Methoden wie zum Beispiel offene Befragungen bei einigen Forschungsfragen vorzuziehen, bei denen viele Details und „Verbalisierungen der Erfahrungswirklichkeit“ (295) erfasst werden sollen.

Nachteile sehen Bortz und Döring (2002) in dem hohem Zeitaufwand in der Ermittlung der qualitativen Daten zum Beispiel im Rahmen einer offenen Befragung, in der Problematik der Vergleichbarkeit der individuellen Aussagen und in der Gültigkeit der anschließenden Interpretationen. Eine Eignung ausschließlicher qualitativer Befragungen für Gruppenvergleiche, wie sie in dieser Arbeit angestrebt



werden, scheint deshalb fragwürdig. Ein weiterer Grund der den Einsatz und die Aussagekraft qualitativer Methoden einschränkt, liegt in der gesundheitlichen Situation der untersuchten Bewohnergruppe. Wie bereits beschrieben, setzt die qualitative Forschung auf eine offene und flexible Datenerhebung. Zum Einsatz kommen überwiegend Interviews (Gutzmann/Zank, 2005). Die Fragen sind so gestaltet, dass die Befragten möglichst frei antworten können, viel Raum für ihre eigene Sichtweise erhalten und sich nicht an bestimmte Antwortkategorien halten müssen. Diese Form des Interviews setzt eine verbale Ausdrucksfähigkeit der Interviewten voraus. Mit einer Demenz verbunden sind Einschränkungen der verbalen Ausdrucksfähigkeit, die Fähigkeit, Sprache zu verstehen und sich auszudrücken, Fragen zu verstehen und darauf zu antworten sowie eigene Gedanken und Gefühle in Worte zu fassen (siehe Kapitel 2.1).

Die Interviewfähigkeit dementiell Erkrankter wird von Mozley et al. (2004) problematisiert: Sie ist ihren Erkenntnissen nach abhängig vom Stadium der Erkrankung und den Einschränkungen des Sprachvermögens. Bestätigt wird diese Einschätzung von Niebuhr (2004). In ihren Interviews mit Demenzkranken stellte sie fest, dass die sprachlichen Äußerungen dementiell Erkrankter nicht immer das ausdrücken, was tatsächlich gemeint wird. Aus diesem Grund konnte sie von insgesamt 40 Interviews nur 25 vollständig transkribieren. Die von ihr interviewten Personen wohnten noch in ihrer Häuslichkeit und befanden sich in einem frühen Stadium der Erkrankung.

Des Weiteren nehmen die offenen Interviews viel Zeit und Konzentration in Anspruch. Bei dementiell erkrankten Menschen ist die Konzentrationsfähigkeit auf kurze Intervalle beschränkt. Wie Bortz und Döring (2002, 297) schreiben:

„Schwerkranke Patienten sind nur bedingt in der Lage, ein qualitatives Interview zu absolvieren, das mehrere Stunden in Anspruch nimmt und trotz alltagsnaher Gesprächsform die Informanten kognitiv beansprucht.“

Mozley et al. (2004) schlagen deshalb vor, die Anzahl der Interviewten zu erhöhen, vorab die sprachliche Ausdrucksfähigkeit zu testen und nur kurze Befragungen durchzuführen.

Demzufolge sind die Einsatzmöglichkeiten und die Aussagekraft qualitativer Interviews bei der zu untersuchenden Bewohnergruppe eingeschränkt. Nach Gesprächen mit den Mitarbeitern in beiden Einrichtungen, Beobachtungen des Gesundheitszustands und des Ausdrucksvermögens der Bewohner und eigenen Befragungsversuchen wurde auf ein qualitatives Interview verzichtet.

### **Auswahl der Verfahren**

Beispiele verschiedener Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität wurden bereits unter Kapitel 3.4 vorgestellt.

Zur Erhebung werden zwei standardisierte eher quantitativ ausgelegte Erhebungsverfahren ausgewählt: das „DCM“ und „Plaisir©“. Wie unter Abschnitt 6.2.1 und 6.2.2 näher ausgeführt wird, lässt das DCM auch qualitative Aussagen zu. Daneben wird eine schriftliche, standardisierte Befragung der Mitarbeiter und der Angehörigen durchgeführt und es werden im Beobachtungsprozess umfangreiche Feldnotizen erstellt. Entsprechend der obengenannten Anforderungen nach Gutzmann/Zank (2005) werden die eher quantitativ ausgerichteten Verfahren durch offene Beob-

bachtungen in beiden Einrichtungen ergänzt. Die Datensammlung umfasst verschiedene Informationsquellen: die Bewohner, ihre Angehörigen, die sie betreuenden Mitarbeiter, die DCM-Mapper und Plaisir©-Evaluatoren.

Die Auswahl der zum Einsatz kommenden Verfahren wurde aus drei verschiedenen Gründen vorgenommen:

1. In dieser Vorstudie soll die Perspektive der Betroffenen im Mittelpunkt stehen. Da Interviews aus oben genannten Gründen nicht in Frage kamen, wurde nach einem geeigneten Beobachtungsinstrument gesucht. Auf Grund der Empfehlung des KDA und den Erfahrungen im praktischen Einsatz in England und zum Teil auch in Deutschland, wurde das DCM ausgesucht. Der Beobachter nimmt die Perspektive des Beobachteten ein und versucht aus dessen Sicht die Wirkungen der Umwelt, Interaktion und Kommunikation auf sein Wohlergehen zu ermitteln. Die Beobachtungssituation und die Anwesenheit des Beobachters können die Ergebnisse sowohl positiv als auch negativ beeinflussen. Um die Aussagekraft zu erhöhen, müssen sie durch andere Instrumente ergänzt werden. Es wurden deshalb zusätzlich offene Beobachtungen, Mitarbeiter- und Angehörigenbefragungen durchgeführt.

2. In dieser Vorstudie soll die institutionelle Pflege und Versorgung in Hausgemeinschaften im Vergleich zur traditionellen Pflegeeinrichtung zu zwei Untersuchungszeitpunkten betrachtet werden. Dieser Vergleich setzt unter anderem eine hohe Übereinstimmung der untersuchten Personen in Bezug auf ihren gesundheitlichen Zustand, ihren Pflegebedarf, ihren kognitiven Einschränkungen und der beobachteten Situationen voraus. Dies legt die Auswahl quantitativer Instrumente nahe. Mit Hilfe standardisierter Methoden können eher quantitative Vergleiche beider Einrichtungsformen miteinander, zu zwei Untersuchungszeitpunkten und mit anderen Studien vorgenommen werden (Gutzmann/Zank, 2005; Bortz/Döring, 2002).

3. Beide Einrichtungen hatten über einen längeren Zeitraum praktische positive Erfahrungen in der Anwendung des Plaisir© gesammelt. Es bestand das Interesse an einem Einsatz dieses Instruments im Rahmen der Untersuchung. Darüber hinaus waren ausgebildete und geübte Plaisir-Evaluatorinnen beim Einrichtungsträger vorhanden, die in die Untersuchung mit einbezogen werden konnten.

Des Weiteren bestand der Wunsch der Autorin und der Einrichtungen, das bis dahin in der Altenpflege erst vereinzelt eingesetzte DCM in der Praxis anzuwenden und auf die Aussagekraft der Ergebnisse hin zu überprüfen.

Unterstützt wurde die Auswahl der verschiedenen Instrumente durch eine persönliche Empfehlung von Herrn Dr. Willi Rückert (Kuratorium Deutsche Altershilfe).

**Tabelle Nr.7: Übersicht über die zum Einsatz kommenden Instrumente zur Erfassung der Wirkungsaspekte**

<b>Wirkungsaspekte</b>	<b>Instrumente</b>	<b>Informationen/Daten</b>
<b>Pflegebedarf</b>	Plaisir©	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Darstellung des Pflegeaufwandes</li> <li>- Durchschnittsalter und Geschlecht</li> <li>- Einschränkungen der Bewohner</li> <li>- Grad der kognitiven Defizite und der psychiatrischen Probleme</li> <li>- Verhaltensprobleme</li> <li>- Verteilung der Bewohner nach Beeinträchtigungsgrad; Beschäftigung; Soz. Integration; Orientierung</li> </ul>
<b>Wohlfühlen</b>	DCM und Feldnotizen  Plaisir©  Mitarbeiter und Angehörigenbefragung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wohlbefindenswerte</li> <li>- Anerkennung/Lob</li> <li>- Teilhabe an Aktivitäten/Beschäftigung</li> <li>- Einsatz von freiheitsentziehenden Maßnahmen</li> </ul>
<b>Interaktion und Kommunikation</b>	DCM und Feldnotizen  Plaisir©  Angehörigen- und Mitarbeiterbefragung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verhaltenskategorien/Aktivitäten</li> <li>- Abwechslungsfaktor</li> <li>- Tagesverlaufsbeschreibungen</li> <li>- Mahlzeitsituation</li> <li>- personeseinschädigende Verhaltensweisen</li> <li>- personeseinfördernde Verhaltensweisen</li> </ul>
<b>Soziale Bezüge</b>	Plaisir©  DCM und Feldnotizen  Angehörigen und Mitarbeiterbefragung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Beeinträchtigungsgrad bei sozialen Beziehungen</li> <li>- Aufenthaltszeit in öffentlichen Räumen</li> <li>- Möglichkeiten zur Aufrechterhaltung der gewohnten Beziehungen</li> <li>- Kontakte zu Mitbewohnern</li> <li>- Einbindung der Angehörigen/Freunde in die Alltagsgestaltung</li> </ul>

### **6.1.2. Auswahl der Einrichtungen und der untersuchten Personen**

Es handelt sich um eine ad hoc - Stichprobe (Gelegenheitsstichprobe) mit insgesamt 40 Personen, die in dem Untersuchungszeitraum in die Einrichtungen eingezogen sind. Die 40 Personen werden in zwei Gruppen unterteilt, je nach dem Einrichtungstypus, in dem sie leben. Es werden 20 Bewohner einer klassisch organisierten Einrichtung und 20 Bewohner einer nach dem Prinzip der betreuten Wohngruppen organisierten Einrichtung in die Untersuchung einbezogen. Untersu-

chungszeitpunkte sind personenbezogen in der Integrationsphase nach dem Heimeinzug (zwischen acht und zehn Tagen nach Einzug) und nach vier bis sechs Monaten Verweildauer im Heim.

Die Untersuchung wurde in zwei stationären Pflegeeinrichtungen eines gemeinnützigen Trägers in Bremen durchgeführt (siehe Kapitel 6. 1). Entsprechend der Fragestellung wurden zwei unterschiedliche Einrichtungen ausgewählt. Eine der Einrichtungen ist nach dem Hausgemeinschaftsprinzip entsprechend der vierten Generation des Altenheimbaus konzipiert. Die zweite Einrichtung dient als Vergleichseinrichtung. Sie ist eine stationäre Pflegeeinrichtung, die nach der dritten Generation des Altenheimbaus gestaltet und konzeptionell ausgerichtet ist.

Beide Einrichtungen belegen ihre Plätze nach den Integrationsprinzip: Es werden sowohl dementiell erkrankte als auch nicht dementiell erkrankte alte Menschen aufgenommen. In der klassischen stationären Einrichtung bestand zum Zeitpunkt der Untersuchung ein teilesegregatives Gruppenangebot für eine kleine Bewohnergruppe mit weit fortgeschrittener Demenz und ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten. Zum Untersuchungszeitpunkt nahm keiner der beobachteten Bewohner an diesem Gruppenangebot teil.

### **Die Hausgemeinschaft (Einrichtung A)**

Ausgewählt wurde eine stationäre Pflegeeinrichtung mit insgesamt 62 Pflegeplätzen, unterteilt in sechs Hausgemeinschaften auf drei Wohnebenen, die im November 1999 fertiggestellt wurde. Die Einrichtung bildet gemeinsam mit 56 seniorenrechtlichen und behindertenfreundlichen Service-Mietwohnungen und einem renovierten ehemaligen Bauernhaus mit Küche und Restaurant das Stiftungsdorf Rablinghausen der Bremer Heimstiftung. Diese stationäre Einrichtung ist nach dem Hausgemeinschaftsprinzip ausgerichtet und wird vom Kuratorium Deutsche Altershilfe in der Dokumentation der BMG-Modellprojekte für „familienorientierte Wohnbereichspflege mit Hausgemeinschafts-Charakter im Rahmen von stationärer Langzeitpflege“ vorgestellt und empfohlen (Bundesministerium für Gesundheit, 2002).

Neben der Ausrichtung des Konzeptes auf das Hausgemeinschaftsprinzip ist ein weiteres Ziel des Trägers, in dieser Einrichtung eine „Struktur des ambulanten Handelns in stationären Strukturen“ umzusetzen (Bundesministerium für Gesundheit, 2002). Demzufolge wird die pflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung nicht zentral durch die Einrichtung selbst, sondern durch zwei eigenständige Kooperationspartner durchgeführt.

Pro Ebene leben zehn bis elf Bewohner in einer Wohngemeinschaft. Die Einrichtung verfügt über 58 Einzelzimmer und zwei Doppelzimmer, ausgestattet mit Dusche und WC. Die Einrichtung war zum Zeitpunkt der Untersuchung voll belegt. Die Abläufe werden dezentralisiert und den einzelnen Wohngruppen zugeordnet.

Konzeptionell bildet eine Wohngruppe eine „Hilfsgemeinschaft“ nach dem „Nachbarschaftsprinzip“. Die Bewohner erhalten gezielte Unterstützung und Hilfestellung durch das Personal nur in den Bereichen, die sie nicht bzw. auch mit Unterstützung ihrer Angehörigen nicht selbst bewältigen können. Im Mittelpunkt steht die Unterstützung bei der „Selbstorganisation ihrer Versorgung“.

Die Wohnküchen sind für jeweils zehn bis elf Bewohner zentraler Mittelpunkt ihres Wohnbereiches und dienen neben den mit Sitzecken ausgestatteten Fluren auch als Aufenthaltsraum. In den Wohnküchen werden sämtliche Mahlzeiten für die Bewohnergruppe hergestellt. Jede Wohnküche ist mit hauswirtschaftlichen Mitarbeitern besetzt, die dieser Küche fest zugeordnet sind. Diese Mitarbeiter werden als „Präsenzkkräfte“ oder „Managerin des Alltags“ bezeichnet. Ihre Aufgabe besteht darin, die Bewohner entsprechend ihrer individuellen Fähigkeiten und Möglichkeiten in die Organisation des hauswirtschaftlichen Alltags (Waschen, Bügeln, Reinigung) mit einzubeziehen. Sie unterstützen den Bewohner in der Durchführung der anfallenden hauswirtschaftlichen Tätigkeiten und sind ständiger Ansprechpartner. Die Wohnküchen sind in der Zeit von 7.30 bis 20.00 Uhr durch die Präsenzkkräfte besetzt.

Die Qualifikation der Präsenzkkräfte besteht in der Fähigkeit, einen Haushalt kompetent organisieren und führen zu können, sowie in Erfahrungen in der Betreuung von alten Menschen und Menschen mit Demenz. Im Untersuchungszeitraum wurde erstmalig eine spezielle Fortbildungsreihe vom Träger der Einrichtung für die Präsenzkkräfte in den Wohnküchen angeboten.

Die pflegerische Versorgung wird von einem ambulanten Dienst in der gesamten Einrichtung durchgeführt. Die Besetzung besteht zu 50 Prozent aus Pflegefachkräften und Pflegehilfskräften mit zum Teil sechswöchigen pflegerischen Grundkursen. Keiner der Mitarbeiter in der Pflege war zum Untersuchungszeitraum in spezieller gerontopsychiatrischer Pflege ausgebildet.

### **Die Vergleichseinrichtung (Einrichtung B)**

Als Vergleichseinrichtung wurde eine Einrichtung mit großen stationären Pflegebereichen ausgewählt. Die Einrichtung verfügt über vier Pflegestationen mit insgesamt 100 Bewohnern und bildet mit einem Wohnbereich mit 64 Wohnappartments für rüstige Senioren das Stiftungsdorf Kattenesch der Bremer Heimstiftung. Das Haus wurde 1975 gebaut. Die Bewohner leben in dieser Einrichtung überwiegend in Doppelzimmern, ausgestattet mit Dusche und WC. Beide Stationen waren zum Zeitpunkt der Untersuchung voll belegt. Auf Station drei gab es 14 Einzelzimmer und zehn Doppelzimmer, auf der Station vier 20 Einzelzimmer und sieben Doppelzimmer.

Für die Untersuchung wurden die beiden Pflegestationen drei und vier mit jeweils 33 Bewohnern ausgewählt, um eine Vergleichbarkeit der Bewohnergesamanzahl herzustellen. Die konzeptionelle Ausrichtung der Einrichtung orientiert sich an der klassischen Pflegeorganisation nach dem AEDL-Konzept nach Krohwinkel (Krohwinkel, 1993). Die Pflege auf den Stationen wurde überwiegend von Pflegekräften durchgeführt. Eine Unterstützung durch Hauswirtschaftskräfte fand nur punktuell zur Vorbereitung der Mahlzeiten statt. Die Reinigungsarbeiten sowie die Wäscheversorgung wurden von externen Firmen ebenfalls zentral durchgeführt.

Das Haus verfügt über eine Zentralküche, in der für alle Bewohner gekocht wird. Die Verteilung der Mahlzeiten und die mundgerechte Zubereitung zum Beispiel von Broten wird in der kleinen offenen Verteilerküche auf der Station vorgenommen. Die Bewohner der Pflegestationen nehmen ihre Mahlzeiten in einem großen, offenen Raum auf der Bereichsebene ein. Der Speisebereich dient gleichzeitig als Aufenthaltsraum für die Bewohner und deren Besucher und ist die einzige Zu-

gangsmöglichkeit für die Bewohner und Besucher zu der Station. Weitere Aufenthaltsmöglichkeiten sind ein kleiner Fernsehraum auf der Ebene, weitere Räumlichkeiten für Gruppenbeschäftigungen auf anderen Ebenen und der zentrale Speisaaal für rüstige Bewohner. An den Mahlzeiten im Speisesaal nehmen die Bewohner aus der gesamten Einrichtung und der näheren Umgebung teil. Die Tageszeiten für die Speiserversorgung sind vorgegeben, individuelle Wünsche können berücksichtigt werden. Alle anderen hauswirtschaftlichen Tätigkeiten, wie zum Beispiel Reinigung der Räumlichkeiten und Wäscheversorgung, werden über zentrale Dienste durchgeführt.

Zur Beschäftigung der Bewohner wurden im Untersuchungszeitraum Gruppenstunden durch eine Sozialdienstmitarbeiterin in den Speiseräumen auf den Stationen angeboten. Von den wöchentlich geplanten zwei Stunden (Dienstags und Donnerstags) fielen die meisten aus. Dies wurde per Aushang mit Urlaub beziehungsweise Erkrankung der Sozialdienstmitarbeiterin begründet. Darüber hinaus wurde die wöchentliche Teilnahme an einem ökumenischen Gottesdienst angeboten.

Die Mitarbeiterbesetzung bestand im Untersuchungszeitraum jeweils zu 50 Prozent aus Pflegefach- und Pflegehilfskräften. Die Pflegehilfskräfte besaßen eine pflegerische Grundausbildung im Umfang von vier bis sechs Wochen-Lehrgängen. Keiner der Mitarbeiter war in spezieller gerontopsychiatrischer Pflege ausgebildet. Die Personalstärke war im Tagesverlauf unterschiedlich und durch die Schichtdienstzeiten vorgegeben. Die Frühschicht begann um 6.30 Uhr und endete um 14.00 Uhr, die Spätschicht von 13.00 bis 21.30 Uhr. Die durchschnittliche Besetzung betrug in der Frühschicht vier Mitarbeiter und in der Spätschicht drei Mitarbeiter. Einer der anwesenden Mitarbeiter war immer eine Pflegefachkraft mit dreijähriger Ausbildung.

### **Auswahl der untersuchten Personen**

Im Untersuchungszeitraum von Mitte 2002 bis Mitte 2004 wurden die Probanden in der Reihenfolge, in der sie in die Einrichtungen eingezogen sind, aufgesucht. Der Einzugszeitraum war abhängig von dem vorherigen Auszug (Versterben) der bisherigen Bewohner. Es handelte sich um eine ad-hoc Stichprobe.

Die Aufnahme der Bewohner in den beiden Einrichtungen war von der Position auf der Warteliste abhängig. Besondere allgemeine Aufnahmekriterien für Bewohner, wie zum Beispiel besondere Fertigkeiten und Fähigkeiten, die über den Nachweis der Heimbedürftigkeit (festgestellt nach einheitlichen Vorgaben durch den MDK nach Pflegeversicherungsgesetz) bestanden in den beiden untersuchten Einrichtungen nicht.

Um eine möglichst hohe Ähnlichkeit beider Gruppen und damit zu einer höheren Aussagekraft der Ergebnisse zu kommen, wurden aus dem Kreis der neu eingezogenen Bewohner je 20 Personen für die Untersuchung nach verschiedenen Kriterien ausgewählt.

Die Auswahlkriterien:

- Alter
- Vorliegen einer ärztlich ermittelten Diagnose Demenz (leicht bis mittelschwer)
- Einschränkungen im kognitiven, affektiven Bereich, in Verhalten, Sprache, Sehvermögen und Gehör
- Pflegebedarf
- Einverständnis der Betroffenen (soweit möglich von den Bewohnern selbst eingeholt) und/oder Einverständnis der Betreuer und Angehörigen.

Ausschlusskriterien waren die Bettlägerigkeit der Bewohner (DCM wird nur in öffentlichen Räumen angewendet), eine Parkinsonsche Erkrankung (die Erkrankung geht einher mit multisensorischen Behinderungen, Lähmungen und psychiatrischen Erkrankungen, die die Mimik beeinträchtigen können), eine ablehnende Haltung der Betroffenen sowie das Vorliegen einer schweren Demenz.

Daten von Probanden, die zwischen den beiden Untersuchungsterminen verstorben sind, wurden in die Analyse nicht einbezogen.

## **6.2. Beschreibung der Untersuchungsinstrumente**

Im Folgenden werden die zur Anwendung kommenden Instrumente beschrieben, deren Validität und Reliabilität kritisch reflektiert und notwendig Maßnahmen zur Erhöhung der Validität und Reliabilität abgeleitet.

### **6.2.1. Das Verfahren „Plaisir©“**

Das Verfahren „Plaisir©“ (Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis en milieu des soins prolongés) wird zur informationsgestützten Planung der erforderlichen Pflege in Einrichtungen der Langzeitpflege eingesetzt.

### **Ursprünge und Anwendungsbereiche**

Das Instrument wurde 1983/84 in Kanada von der Firma EROS (Équipe de Recherche Opérationnelle en Santé) unter der Leitung von Prof. Charles Tilquin entwickelt und von dort ausgehend in verschiedenen Ländern, wie in einzelnen Kantonen (Waadt, Jura, Neuenburg und Genf) der Schweiz, Spanien, Italien, Luxemburg und Belgien zur Ermittlung der quantitativen und qualitativen Pflegebedarfe eingeführt. Grundlage des Verfahrens sind Erfahrungen bei der Entwicklung der Systeme CTMSP (zur Erfassung in der ambulanten Pflege) und eines weiteren Instrumentes (PRN) zur Erfassung des täglichen Pflegeaufwandes in Krankenhäusern (Gennrich, 2002, 275). Mit Hilfe des Verfahrens werden die individuell erforderlichen Pflegebedarfe der Pflegeheimbewohner ermittelt. Es lässt gesicherte Aussagen in verschiedenen Verwertungszusammenhängen sowohl über einzelne Personen, über Gruppen als auch über Einrichtungen beziehungsweise Regionen zu. Plaisir© ermöglicht Querschnitt- und Längsschnittanalysen.

Bestandteile des Verfahrens sind der Fragebogen (FRAN= Formulaire de Relevé des Actions Nursing), mit dem die einzelnen Bewohnerdaten mittels eingehend

geschulten Fachkräften (Evaluierer) erfasst werden, die Dateneingabe und Überprüfungsmethode, die Plausibilitätsprüfung mittels Desk-Review durch ausgebildete Validierer (spezielle von EROS ausgebildete Fachkräfte, die die Gültigkeit der Angaben im FRAN überprüfen), die Datenverarbeitung und die Ergebnisse (OUTPUTs und AUDITs). Grundlage für die Ausbildung der Evaluierer und der Validierer, Erfassung, Überprüfung und Auswertung der Daten bilden ausführliche Erläuterungen im Handbuch und in der Nomenklatur von Plaisir© (KDA GmbH, 2003).

Plaisir© ist ein dreidimensionales Verfahren, mit dem zwei Arten von Merkmalen der Bewohner erfasst werden. Dies sind das individuelle bio-psycho-soziale Profil und die erforderlichen Pflege- und Unterstützungsleistungen. Das bio-psycho-soziale Profil beinhaltet die Darstellung des Gesundheitszustandes des Bewohners in Bezug auf Erkrankungen, Schädigungen, Probleme, Kompensationen und Beeinträchtigungen. Neben den somatischen Problemen werden ebenfalls kognitive und psychische Einschränkungen und Erkrankungen erfasst.

Zur Ermittlung des bio-psycho-sozialen Profils werden zirka 180 Merkmale beziehungsweise Merkmalskombinationen erfasst. Grundlage der Merkmalerfassung bilden anerkannte Kategorien wie zum Beispiel das ICD 9 (International Classification of Diseases, 9. Fassung). Aufbauend auf der Ermittlung des bio-psycho-sozialen Profils werden in einem zweiten Schritt die notwendigen Unterstützungsleistungen und notwendigen Hilfestellungen erfasst. In einem dritten Schritt werden die erforderlichen Ressourcen zur Erbringung der Leistungen ermittelt. Das Besondere an diesem Verfahren ist die Erfassung der Bedürfnisse des Bewohners ohne eine Bewertung der tatsächlichen Pflege- und Betreuungssituation in der Einrichtung. Erfasst wird ausschließlich der individuell erforderliche Pflegebedarf der Bewohner.

Auf Anregung des Kuratorium Deutsche Altershilfe wurde das Verfahren erstmalig in Deutschland 1998/99 in mehreren Einrichtungen der Arbeiterwohlfahrt unter wissenschaftlicher Begleitung eingesetzt (KDA, 2000). Inzwischen wurde in verschiedenen Bundesländern (Bremen, Landkreis Bad Segeberg und Hamburg) mit diesem Verfahren gearbeitet. Im Rahmen eines Modellprojektes wurde über zwei Jahre lang die Anwendbarkeit des Verfahrens auf deutsche Verhältnisse überprüft sowie dessen Validität bestätigt (KDA GmbH, 2003).

### **Vorgehensweise in der Ermittlung der Werte**

Ein ausgebildeter Evaluator sammelt anhand der Pflegedokumentation und in persönlichen Gesprächen mit Mitarbeitern und den zu erfassenden Bewohnern Daten über Einschränkungen, Krankheitsbilder und notwendige Unterstützungsleistungen. Grundlage der Datenerfassung ist ein standardisierter Fragebogen (FRAN, siehe Anhang); auf ihm werden die eingetragenen Werte fixiert. Als erstes wird das bio-psycho-soziale Profil des Bewohners erstellt. Als Grundlage dienen 180 Merkmale bzw. Merkmalskombinationen (die vollständige Liste befindet sich im Anhang). Zusätzlich zu den genannten Merkmalen können erläuternde Informationen zu einem bestimmten Zustand oder besonderen Verhaltensweisen erfasst werden. Diese Zusatzinformationen beziehen sich auf psychische und kognitive Funktionen, Möglichkeiten der Aufrechterhaltung von Beschäftigung und sozialen Beziehungen, Besonderheiten in der Betreuung, wie zum Beispiel die Anleitung und Beaufsichtigung, sowie spezielle Pflegeaktionen wie zum Beispiel individuell unterstützende Kommunikation bei kognitiven Defiziten oder Unterstützung in der



Beziehung zu Angehörigen. Damit werden auch die Besonderheiten dementiell erkrankter Bewohner erfasst. Nach der Ermittlung der Daten für das Bewohnerprofil werden anhand von 175 Pflegeaktionen die für den Bewohner erforderlichen Pflegeleistungen ermittelt. Diese Pflegeleistungen müssen sich aus dem Zustand und den Bedürfnissen des Bewohners ableiten lassen.

Die Abfrage zu den Pflegeaktionen bezieht sich auf folgende Bereiche (entnommen aus Kieschnick / Berthou, 2004, 93):

- Atmung
- Essen und Trinken können
- Ausscheiden können
- Sich pflegen/sich kleiden können
- Sich bewegen können
- Kommunikation
- Verabreichung von Arzneimitteln
- Infusionstherapie
- Behandlungen
- Diagnostische Maßnahmen

Die Plausibilität der Angaben wird im Rahmen des Desk-Reviews überprüft. Erfasst werden die Hilfeformen wie Unterstützung, teilweise Übernahme, vollständige Übernahme, Anleitung und Beaufsichtigung bei der Durchführung der Aktivitäten des täglichen Lebens (Kieschnick/Berthou, 2004, 94). Sie bilden die Grundlage für die Errechnung der notwendigen Ressourcen.

Die Daten werden für einen bestimmten und festgelegten Beobachtungszeitraum von sieben Tagen (eine Woche) erfasst. Bei der Ermittlung der Pflegeaktionen können neben den standardisierten Fragebögen zusätzliche Notizen zur Beschreibung besonderer Aktionen genutzt werden.

### **Ergebnisauswertung und -darstellung**

Ergebnisse, die zur Verfügung gestellt werden (entnommen aus KDA GmbH, 2003 21-22):

- Längsschnittdaten (longitudinale OUTPUTs, zeitliche Entwicklungen)
- Vergleichende Auswertungen (verschiedene Pflegebereiche, mehrere Heime, Gesamtheit)
- Nicht vergleichende Auswertungen (z. B. Verteilung der Bewohner nach Beeinträchtigungsgrad)
- Bewohnerbezogener OUTPUT (bio-psycho-soziales Profil, Pflegeleistungen, Pflegezeit)
- Wohnbereichs- und einrichtungsbezogener OUTPUT
- Einrichtungsbezogene Ergebnisse (AUDIT)

In dieser Untersuchung werden die Bewohnerbezogenen und die Wohnbereichsbezogenen QUTPUTs verwendet.

### **Validität und Reliabilität des Instruments**

Die wichtigste Basis für Validität und Reliabilität ist eine grundlegende Schulung und Unterweisung der Evaluierer. Die Anwenderschulungen für ausgebildete Pflegefachkräfte geschehen ausschließlich durch erfahrene Fachkräfte der Firma E-

ROS. Sie umfassen drei Tage Gruppenschulung in Seminarform und zwei Tage Einzelschulungen in den jeweiligen Pflegeeinrichtungen. Des Weiteren werden sie über mehrere Evaluationen hinweg supervidiert. Grundlage der Schulungen und der Anwendung in der Praxis ist ein umfassendes Handbuch sowie ein stark standardisiertes Vorgehen anhand ankreuzbarer Fragebögen.

Im Rahmen der Datenermittlung findet eine umfassende und verbindliche Überprüfung der Plausibilität der Daten im Rahmen eines Desk-Review statt. In einem ersten Schritt werden die Daten per EDV erfasst und im Rahmen einer ersten Kohärenzkontrolle überprüft. In einem zweiten Schritt findet eine systematische Prüfung durch eine speziell geschulte Fachkraft statt. Sie achtet auf Lücken in den Angaben, sich widersprechende und unrealistische Angaben und stellt einen Abgleich zwischen bio-psychisch-sozialem Bewohnerprofil, den Besonderheiten und den angegebenen Pflegeaktionen her. Dieser intensive Überprüfungsaufwand trägt zu einer hohen Validität des Instrumentariums bei und stellt eine Ausnahme im Vergleich zu anderen Instrumentarien dar (KDA GmbH, 2003).

Kritik an dem Verfahren Plaisir© wurde in Bezug auf die Übertragbarkeit der in Kanada entwickelten Standards auf deutsche Verhältnisse, die stark auf somatische Beeinträchtigungen bezogene Ermittlung der Bedürfnisse und deshalb fragliche Anwendbarkeit auf dementiell erkrankte Bewohner sowie mangelnde Transparenz der Berechnungsgrundlagen von Pflegewissenschaftlern geäußert (Bartholomeyczik et al., 2002, 23). Diese Kritik wurde in einem großangelegten Projekt aufgenommen und führte z. B. zur Überarbeitung des Handbuches und des Fragebogens in Bezug auf kognitive Beeinträchtigungen. Erste Forschungen zur Übertragung der Methode auf europäische Verhältnisse fand 1996 und 1998 in den schweizerischen Kantonen Bern und Freiburg, sowie in einer Einrichtung in Deutschland statt (Berthou 1999).

Im Rahmen des Projektes zur Ermittlung eines validen und reliablen Instrumentes zur „Pflege- und Personalbedarfsermittlung in der vollstationären Pflege“ (PPvP) wurden bundesweit über zwei Jahre hinweg zirka 10 000 Evaluationen mit Plaisir© erstellt. Nach Abschluss des Projektes sprach der Beirat zum Projekt eine Empfehlung an die zuständigen Bundesministerien für eine flächendeckende Einführung des Verfahrens Plaisir© in Deutschland aus (KDA GmbH, 2003).

Zur Einhaltung und Erhöhung der Validität und Reliabilität des Instruments wurden die Evaluationen durch Mitarbeiter durchgeführt, die von der Firma EROS ausgebildet und geschult wurden und die umfangreiche Erfahrungen in der praktischen Anwendung der Methode besaßen. Die Daten wurden nach den vorgegebenen Kriterien von der Firma EROS überprüft, validiert und ausgewertet.

Aufgrund der Empfehlung des Beirates, der Standardisierung des Instruments, der eingehenden Validitätsprüfungen und praktischen Erfahrungen in den zu untersuchenden Einrichtungen wurde das Verfahren für die vorliegende Studie ausgewählt.

In dieser Studie dient das Plaisir© zur Klärung der Frage, wie die Gestaltung des Settings mit Lebenszufriedenheit und Gesundheit (das Ausmaß an Pflegebedürftigkeit) zusammenhängen.

### **6.2.2. Das Verfahren „DCM“**

Das „Dementia Care Mapping“ (DCM) wurde von Tom Kitwood und Kathleen Bredin an der Universität Bradford Ende der 80er-Jahre für die Evaluation der Demenzpflege entwickelt (Innes, 2004/Bradford Dementia Group, 1997).

#### **Ursprünge und Anwendungsbereiche**

Das DCM ist ein Beobachtungsverfahren, das speziell für Menschen mit Demenz entwickelt wurde und inzwischen internationale Anerkennung findet (Innes, 2004,15). Mit Hilfe des DCM wird die Umsetzung personenzentrierter Pflege in der stationären Versorgung beobachtet. Sie dient dem „Abbilden der Demenzpflege“ (Innes, 2004,15). Mit dieser teilstandardisierten, teilnehmenden Beobachtung ist es möglich, das Verhalten der beobachteten Menschen und die Schwankungen des (Un-)Wohlbefindens, die Wirkungen pflegerischer Maßnahmen, die Zusammenhänge zwischen der Personalbesetzung und räumlicher Ausstattung einer Pflegeeinrichtung und dem Wohlbefinden ihrer Bewohner zu ermitteln und einzuschätzen (Kuratorium Deutsche Altershilfe, 2000).

Mit Hilfe des DCM wird die Perspektive der Betroffenen eingenommen, ihr Wohlbefinden ermittelt und in dieser Form von Daten dargestellt. Die Kombination aus quantitativen und qualitativen Daten macht das Besondere der Methode aus, ist aber zugleich auch Anlass für vielfältige Kritik an der Validität und Reliabilität. Die Daten werden über einen längeren Zeitraum gesammelt und bilden die Aktivitäten, die pflegerischen Maßnahmen und das Wohlfühlen der Betroffenen ab. Die Ergebnisse der Beobachtungen können als Grundlage für notwendige Veränderungen des Pflege- und Betreuungsangebotes oder auch des Umgangs mit den Betroffenen herangezogen werden. Weiterhin kann mit Hilfe des DCM beobachtet werden, ob das gewünschte Ergebnis, eine Steigerung des Wohlfühlens, auch tatsächlich eingetreten ist.

In diesem Zusammenhang kann das DCM zur Beobachtung in Pflege-Settings herangezogen werden. Innes (2004, 15-16) schreibt dazu:

„Die DCM-Beobachterinnen gewinnen detaillierte Informationen über das Pflege-Setting als Ganzes sowie über jede darin lebende Person mit Demenz. Zwar ist der eingehende Beobachtungsprozess zeitaufwändig und kann infolge seiner Konzeption nur in öffentlichen Bereichen ablaufen, er sagt uns jedoch viel darüber, wie die Person mit Demenz die Pflege in formellen Pflege-Settings erlebt, da das Pflege-Setting so gründlich wie möglich aus der Sicht des einzelnen Pflegeempfängers bzw. der einzelnen Pflegeempfängerin evaluiert wird.“

Für Innes besteht in der Betonung des Erlebens der dementiell Erkrankten die besondere Innovation des DCM. Insbesondere, da Menschen mit Demenz verbal nur bedingt zuverlässige Auskunft über ihre Situation geben können und andere geeignete und evaluierte methodische Alternativen fehlen. Dieser Ansicht schließt sich auch das KDA an. Das Kuratorium Deutsche Altershilfe sieht im DCM das Beste derzeit verfügbare Instrumentarium zur Steigerung der Lebensqualität demenziell erkrankter alter Menschen (Niebuhr, 2004, 3).

## Vorgehensweise in der Ermittlung der Werte

Ein in spezieller Psychometrik ausgebildeter Beobachter (Mapper) beobachtet über mehrere Stunden (empfohlen werden mindestens sechs Stunden) Bewohner in öffentlichen Räumen. Bewohnerzimmer, Toiletten und andere Privaträume sind zur Wahrung der Intimsphäre der Bewohner von der Beobachtung ausgeschlossen. Der Beobachter hält sich unauffällig zum Beispiel im Wohngruppenraum auf und achtet auf das Verhalten, auf Zeichen des Wohlbefindens oder Unwohlseins der Bewohner. Zeichen des Wohlbefindens sind zum Beispiel ein zufriedener Gesichtsausdruck, ein Lächeln. Zeichen des Unwohlseins können zum Beispiel Unbehagen, Unruhe oder aggressives Verhalten sein.

Zur Aufzeichnung der beobachteten Informationen werden insgesamt vier Kodierungsrahmen verwendet (Innes, 2004, 16-17):

1. Das Verhalten wird in 24 Verhaltenskategorien unterteilt und mit einem Buchstaben des Alphabetes gekennzeichnet. Da die Verhaltenskategorien nicht trennscharf voneinander zu unterscheiden sind, werden die jeweils dominierenden Verhaltensformen, die vermutlich für den Bewohner im Vordergrund stehen, aufgezeichnet. Es werden Verhaltenskategorien, die als personseinfördernd und personseinergründend gesehen werden, unterschieden. Als personseinfördernd gelten die Kategorien A, E, F, G, H, I, J, L, M, O, P, R, S, T und X. Personseinergründende Kategorien sind B, C, D, U, W und Y. Die vollständige Beschreibung der Verhaltenskategorien befindet sich im Anhang.

Die Verhaltenskategorien werden einer qualitativen Hierarchie zugeordnet und entsprechend ihres zeitlichen Umfangs während der Kodierungsphase erfasst. Treten innerhalb des fünfminütigen Kodierungszeitraums verschiedene Kategorien auf, so ist nach bestimmten Regeln nur eine Kategorie zu erfassen.

2. Auf einem Rohdatensammelblatt (siehe Anlage) werden für den einzelnen Bewohner die Verhaltensformen und ihnen zugeordnete Wohlbefindlichkeitswerte im fünfminütigen Rhythmus eingetragen (WIB-Werte). Die Wohlbefindlichkeitswerte bestehen aus einer sechsstufigen Skala (-5; -3; -1; +1; +3; +5). Der Wert +5 bedeutet außerordentliches Wohlbefinden; +3 erhebliche Anzeichen des Wohlergehens; +1 für mäßiges Wohlergehen ohne Zeichen des Unwohlseins. Der Wert -5 dagegen bedeutet erhebliche Zustände von Apathie, Rückzug oder Trauer und anhaltende Vernachlässigung für mehr als eine Stunde. Der Wert -3 wird vergeben bei beträchtlichen Anzeichen von Unwohlsein, anhaltendes Abstürzen in Apathie und Rückzug, sowie anhaltende Vernachlässigung über eine halbe Stunde. Mit -1 wird kodiert, wenn ein leichtes Unwohlsein sichtbar ist, zum Beispiel bei Langeweile oder Frustration (Bradford Dementia Group, 1997). Bei einer Beobachtung von einer Stunde werden auf diese Weise zwölf Werte des Wohlbefindens und zwölf Verhaltenskategorien erfasst, bei einer Beobachtungszeit von sechs Stunden insgesamt je 72 Verhaltensbeobachtungen.

3. Negative Momente, in denen die Bewohner eine Form der Erniedrigung oder Herabwürdigung erfahren, werden ebenfalls kodiert und nach Schweregraden unterteilt erfasst. Hierzu sind 17 Kategorien vorgegeben, die aus der malignen Sozialpsychologie von Kitwood entwickelt wurden. Sie werden als „personale Detrak-

tionen“ bezeichnet. Dies sind zum Beispiel Einschüchtern, Verspotten oder Zwingen (eine Auflistung der 17 personalen Detraktionen befindet sich im Anhang).

4. Ebenfalls aufgezeichnet werden positive Ereignisse, die während der Beobachtungszeit auffallen und zu einem Wohlergehen der Bewohner beitragen. Dies geschieht in wenig strukturierter Form eines „positiven Ereignisberichts“. Beispiele für personseinfördernde Ereignisse sind besonders wertschätzende, liebevolle Umgangsweisen von Mitarbeitern aber auch Tanz und Musik, die angenehme Erinnerungen wecken.

### **Ergebnisauswertung und -darstellung**

Die ermittelten Daten werden nach vorgegebenen Regeln (zum Beispiel haben aktive Verhaltensweisen Vorrang vor passiven) analysiert und zu Wohlbefindlichkeitsprofilen und Verhaltensprofilen aufgearbeitet. Daraus werden ein Wohlfühlfaktor errechnet und differenzierte Profile der Bewohner gezeichnet. Mit Hilfe des DCM kann ein umfassendes Gesamtbild der Pflege- und Betreuungssituation dementiell Erkrankter in einer Einrichtung erstellt werden.

Mit Hilfe des DCM können:

- die Wirkungen pflegerischer Maßnahmen auf die Betroffenen eingeschätzt werden
- die Veränderungen im Verhalten der Betroffenen beobachtet werden
- das relative Wohlbefinden dementiell Erkrankter ermittelt und abgebildet werden
- die Aktivitäten und deren Wirkung auf das Wohlbefinden über den Zeitraum der Beobachtung dargestellt werden
- der Pflegeprozess und seine Ergebnisse evaluiert werden
- Momente ermittelt werden, in denen Bewohner eine Erniedrigung erfahren
- Situationen und Aktionen dargestellt werden, in denen das Wohlbefinden einer dementiell erkrankten Person gestärkt wird.

### **Validität und Reliabilität des Instrumentariums**

„Die Validität gibt an, ob ein Test das misst, was er messen soll, beziehungsweise was er zu messen vorgibt (d. h. ein Intelligenztest sollte tatsächlich Intelligenz messen und nicht z. B. die Testangst).“ (Bortz/Döring, 2002, 199)

Die Validität und Reliabilität des DCM ist umstritten (Woods/Lintern, 2004). Die Schwierigkeit beziehungsweise die Herausforderung besteht darin, das Wohlbefinden von Menschen einzuschätzen, die sich hierzu nicht verlässlich äußern können. Die Beobachter arbeiten im Rahmen des DCM mit der Methode des „in die Schuhe schlüpfen“ (Müller-Hergl, 2004, 119), zur Beschreibung von Tätigkeiten und Wohlbefinden eines dementiell erkrankten alten Menschen. Die dabei notwendige Empathie und Intuition beeinflussen die Objektivität und Wiederholbarkeit der Ergebnisse. Des Weiteren wird durch die Beobachtung eine künstliche Situation geschaffen, die die Ergebnisse auf die Mitarbeiter und die Bewohner bezogen beeinflussen können.

„Es entsteht somit die Notwendigkeit, durch Beobachten Wohlbefinden, Affekte, Vorlieben und Abneigungen zu >übersetzen< oder zu >rekonstruieren<, anhand des von Behinderung und Institutionalisierung bereits überformten Ausdrucks, der Körpersprache, der Interaktionsweisen sowie der Tätigkeiten und Aktivitäten.

Es handelt sich demnach um nachempfundenen, eingefühltes Wohlempfinden einer Person mit Demenz durch einen beobachtenden Dritten.“ (Müller-Hergl, 2004, 118)

Diese Einschränkungen müssen in die Interpretation der Ergebnisse einfließen und zu einer kritischen Würdigung führen. Dies insbesondere, da das DCM nicht primär als Forschungsinstrument entwickelt wurde. Es wurde in den 90er Jahren zunächst aus Mangel an anderen validen Instrumenten zur Ergebnismessung eingesetzt. Zur Reliabilität und Validität des Beobachtungsinstruments liegen deshalb bisher nur wenige Untersuchungen vor. In einer Literaturanalyse der bisherigen Forschungen im Rahmen einer Bachelorarbeit kommt Rüsing (2001) zu dem Schluss, dass es dringend notwendig ist, weitere Studien durchzuführen, da die bisherigen Studien im Umfang und in der Durchführung nicht für fundierte Aussagen ausreichen.

Erst seit 2002 werden eine Reihe von Forschungsarbeiten zur Validität und Reliabilität durchgeführt (Brooker, 2004). In ihrer Analyse der Qualitätsmessinstrumente in der Begleitung und Pflege dementiell erkrankter Menschen verweist Coester (2004, 66) auf eine im Jahr 2002 von Fossey, Lee und Ballard durchgeführte psychometrische Teststudie: Die Ergebnisse belegen eine Übereinstimmung des relativen Wohlbefindens und der WIB-Werte, weniger hohe Korrelationen gab es dagegen bei den Verhaltenskategorien. Zur Validität konnte ein starker Zusammenhang zwischen Wohl beziehungsweise Unwohlbefinden und der Lebensqualität festgestellt werden. Diese Werte korrelierten stark mit der Lebensqualitätsskala (Blau-Scale).

Eine Übersicht zu den vorhandenen Ergebnissen von Forschungsstudien zur Validität des DCM liegt von Woods und Lintern (2004) vor. Die Autoren berichten über positive Ergebnisse in Bezug auf die Konkurrenz-Validität, den Augenschein und die Inhaltsvalidität. In Bezug auf die Einschätzung des Wohlbefindens und die Qualität der Pflege von Menschen mit Demenz sehen sie allerdings weiteren dringenden Forschungsbedarf. Dieser Forschungsbedarf bezieht sich zum Beispiel auf einen Vergleich der DCM-Indizes mit anderen Umgebungsmessgrößen und in einer größeren Anzahl von Pflegesettings mit unterschiedlichen Pflege- und Versorgungsqualitäten. Trotz der Kritik an der ungenügenden Forschungslage zur Validität des Instruments stellt das DCM für Woods und Lintern (2004, 45) den derzeitigen „Goldstandard“ für die Einschätzung des Wohlbefindens dementiell Erkrankter dar. Einen wesentlichen Beleg sehen sie in der weltweiten Anwendung des Verfahrens verbunden mit positiven Erfahrungen in der Praxis, die unter anderem auch von Innes (2004) beschrieben werden.

Da in der Untersuchung Veränderungen über einen Zeitraum betrachtet und Vergleiche zu anderen Pflegeumfeldern gezogen werden sollen, ist die Retest-Reliabilität des Instruments von Bedeutung. Die Retest-Reliabilität ist wichtig, da das Ausmaß der Übereinstimmung in derselben Umgebung im Abstand von einigen Tagen oder Wochen (innerhalb eines Zeitrahmens, in dem bedeutsame Veränderungen des Umfeldes, beziehungsweise des Bewohners nicht zu erwarten sind) überprüft wird. Die Retest-Reliabilität ist relevant für zeitübergreifende Vergleiche zwischen verschiedenen Settings.

„Erhielte man unterschiedliche Resultate, wenn das Abbilden ein paar Tage später durchgeführt würde, so kann den über einen längeren Zeitraum beobachteten Veränderungen oder der Tatsache, dass ein Pflegeheim einen höheren Demenzpflege-

index hat als ein anderes, nur geringe Bedeutung zugemessen werden.“ (Woods/Lintern, 2004, 39)

In der Demenzpflege können zum Beispiel unterschiedliche Mitarbeiter einen wesentlichen Einfluss auf die Ergebnisse des Mappings haben. Zum DCM sind keine Berichte über die Retest-Reliabilität zu finden (Woods/Lintern, 2004, 41).

Woods und Lintern (2004, 41) haben in ihrer Untersuchung verschiedener Forschungsstudien einige Belege zur Interrater-Reliabilität des Instruments gefunden, halten aber die gegenwärtige Nachweisbasis insgesamt betrachtet für nicht ausreichend. Gleichwohl entwickeln sie aus den Ergebnissen der Forschungsanalysen wichtige Voraussetzungen für eine Erhöhung der Reliabilität. Dies sind eine weitgehend eindeutige Definition (ergänzt durch Beispiele) und Abgrenzung der Verhaltensweisen von ähnlichen Verhaltensweisen, eine Reduktion der hohen Anzahl an Verhaltenskategorien und der bis jetzt 17 personalen Detraktionen. Des Weiteren erschweren verschiedene Regeln, die bei der Kategorisierung einzuhalten sind, eine Übereinstimmung der Einschätzungen verschiedener Mapper. Eine Reduzierung und damit Vereinfachung der Kategorien ist aus dieser Sicht wünschenswert, aber zum Zeitpunkt der Untersuchung noch nicht umgesetzt worden. Die Untersuchung wurde auf der Grundlage der siebten Auflage des Manuals durchgeführt.

Aus der Komplexität der Methode werden weitere Reliabilität erhöhende Voraussetzungen deutlich. Dies sind gut ausgebildete Beobachter, die regelmäßig Reliabilitätsprüfungen durchführen und eine möglichst breite Praxiserfahrung in der Anwendung der Methode besitzen. Weitere Aspekte sind eine kleine Anzahl zu beobachtender Personen, da eine Gruppe von fünf bis zehn Bewohnern (wie im siebten Manual vorgeschlagen) mit hoher Aktivität nur unbefriedigend zu beobachten sind; ein einheitlicher beziehungsweise gleicher Blickwinkel auf das Geschehen und das Vermeiden von Ermüdungserscheinungen bei Beobachtungsperioden über mehrere Stunden.

Entsprechend den Forderungen an eine Erhöhung der Reliabilität und Validität wurden in der vorliegenden Untersuchung die Untersucherinnen in zwei Lehrgängen zu advanced user theoretisch ausgebildet. Im Anschluss an die Grundausbildung im basic user und begleitend zu dem Aufbaulehrgang zum advanced user führten die Beobachterinnen 20 bis 30 DCM-Übungsmappings durch. Einige dieser Beobachtungen wurden von einem externen erfahrenen DCM-Beobachter evaluiert und begleitet. Des Weiteren wurden mehrere gemeinsame Mappings durchgeführt um eine möglichst große Übereinstimmung in den Beobachtungen zu erzielen. Deshalb untersuchte ein Beobachter jeweils nur einen Bewohner. Da immer in den gleichen Räumlichkeiten beobachtet wurde, nahmen die Mapper immer einen bestimmten Beobachtungsplatz ein, der die gleiche Sicht auf die zu beobachtenden Bewohner zuließ, ohne aufdringlich zu wirken. Der gesamte Beobachtungszeitraum von 8.00 bis 16.00 Uhr wurde durch mehrere kleinere Pausen und eine größere Mittagspause unterbrochen, die zur Erholung der Beobachter dienten. Die Pausen ergaben sich aus dem Rückzug des Bewohners aus den öffentlichen Räumen in private Räume, zum Beispiel zum Mittagsschlaf. Nach den Mappings fand ein direkter Austausch über die Empfindungen und Wahrnehmungen im Zusammenhang mit der gesamten Beobachtungssituation statt. Diese wurden als zusätzliche Informationen in den Feldnotizen dokumentiert.

Aufgrund der weltweiten Anwendung des Verfahrens, positive eigene praktische Erfahrungen der Untersucherin sowie der Empfehlung des DCM als „Goldstan-

ard“ wurde das Instrument für diese Studie ausgewählt (Woods und Lintern, 2004, 45). Die Beobachtungen im Rahmen des DCM dienen der Klärung der Fragen, welchen Einfluss das Setting auf die Interaktion und Kommunikation mit dem Bewohner hat und inwiefern eine anregungsreiche Gestaltung der Altenpflegeheimen zu positiven Erfolgserlebnissen, sensorischen Erfahrungen beitragen und soziale Zuwendung ermöglichen kann.

### **6.2.3. Die Mitarbeiterbefragung**

Die Mitarbeiterbefragung wurde von der Autorin dieser Studie selbst erstellt. Wie bereits erläutert, scheint das Wohlbefinden der dementiell erkrankten Heimbewohner von der Erhaltung der Selbsthilfefähigkeiten, der Aufrechterhaltung der Alltagsgewohnheiten und sozialer Bezüge sowie der Interaktion und Kommunikation abhängig zu sein. Zu diesen Aspekten wurde ein standardisierter Fragebogen zur schriftlichen Befragung der Mitarbeiter entwickelt. Mit der vollständig strukturierten, schriftlichen Befragungsform sollte eine weitgehende Objektivität erreicht und steuernde Einflüsse durch Interviewer vermieden werden (Bortz/Döring, 2002). Der Fragebogen enthält geschlossene Fragen für die erste Befragung (T1). In der zweiten Befragung (T2) wurde eine offene Frage ohne Antwortvorgabe zur Verlaufsbeurteilung hinzugenommen.

Insgesamt wurden sechs Items abgefragt, die sich auf die zu untersuchenden Merkmale beziehen (der Fragebogen befindet sich im Anhang):

- Subjektives Wohlbefinden
- Selbsthilfefähigkeiten
- Aufrechterhaltung der Alltagsgewohnheiten
- Interaktion und Kommunikation
- Soziale Bezüge
- Beteiligungsmöglichkeiten von Externen

Die Beantwortung wurde in Form einer Ratingskala mit vier möglichen Antwortvorgaben vorgenommen.

Praktische Vorgehensweise:

T1: Ein mit der Aufnahme, Pflege und Betreuung des Bewohners betraute Pflegefachkraft füllt nach Absprache mit dem Mitarbeiterteam den Fragebogen am achten bis zehnten Tag nach der Heimaufnahme aus und leitet ihn an die Untersucherin weiter.

T2: Die gleichen Mitarbeiter füllen nach Ablauf von vier, spätestens nach sechs Monaten den Fragebogen für die zweite Befragung aus und leiten ihn zur Auswertung weiter.

### **6.2.4. Die Angehörigenbefragung**

Mit Hilfe der Befragung soll die Einschätzung der Angehörigen zum Wohlbefinden ihrer Verwandten ermittelt werden. Der Fragebogen ist mit dem unter Abschnitt 6.2.3 beschriebenen Fragebogen für die zweite Erfassung (T2) identisch (der Fragebogen befindet sich im Anhang).



Praktische Vorgehensweise:

T2: Ein nahestehender Angehöriger wird von den Mitarbeitern nach vier, spätestens nach sechs Monaten Aufenthalt gebeten, einen vorgefertigten Fragebogen auszufüllen und ihn anonym an die Untersuchende (per Freiumschlag) weiterzuleiten.

### **6.2.5. Feldnotizen**

Im Rahmen der Studie waren die Beobachter (Evaluiererinnen und Mapperinnen) insgesamt an zirka 120 Untersuchungstagen über einen längeren Zeitabschnitt (im Falle der DCM- Mappings von 8.00-16.00 Uhr) in den Einrichtungen. Sie konnten eine ganze Reihe von Beobachtungen vornehmen, die in Form von Feldnotizen schriftlich und in offener Form festgehalten wurden. Beobachtet wurden besondere Ereignisse, Verhaltensmuster sowie unausgesprochene Regeln und Gesetze im Zusammenleben, die über die unmittelbar zu beobachtenden Personen hinaus gingen.

Mit Hilfe dieser Feldbeobachtungen konnte den Fragen nachgegangen werden, welchen Beitrag die Lebensweltgestaltung auf die Ausprägung von Begleitsymptomen hat sowie die Frage nach dem Einfluss der Aufrechterhaltung von alltäglichen Gewohnheiten und Ritualen auf die Erhaltung einer weitgehenden Selbständigkeit und Lebenszufriedenheit dementiell erkrankter Heimbewohner.

Des Weiteren wurden Feldnotizen zu möglichen Verbesserungspotentialen in Bezug auf bauliche Gegebenheiten, Organisationsstruktur (zum Beispiel laute Geräusche durch Reinigungsgeräte oder Türeenschlagen) zur Pflegekultur (zum Beispiel Tempo der Bewegung der Mitarbeiter auf der Station, die über die Bewohner hinweg laut kommunizieren) und zur Esskultur (zum Beispiel Gestaltung der Mahlzeitsituation) erstellt.

## **6.3. Untersuchungsverlauf**

Im Folgenden werden der zeitliche Verlauf der Untersuchung, Erfahrungen aus dem Probelauf und die Erfahrungen im Untersuchungsverlauf dargestellt.

### **6.3.1. Zeitlicher Verlauf der Untersuchung**

Nach einer ersten intensiven Abstimmung mit dem Träger wurden folgende Schritte vereinbart und durchgeführt:

- Auswahl und Information der beteiligten Einrichtungen, deren Mitarbeiter, betroffene Bewohner und Heimbeiräte
- Auswahl und Schulung der Mapper in DCM basic user und advance user
- Auswahl der Plaisier-Evaluatoreninnen
- Probemapping mit DCM/Feststellen der Interraterreliabilität
- Entwicklung und Erprobung der standardisierten Fragebögen

Die Information der betroffenen Bewohner, ihrer Betreuer und Angehörigen und das Einholen des Einverständnisses erfolgte unmittelbar vor den einzelnen Untersuchungsphasen, da zwischen der ersten und letzten Phase bis zu zwei Jahre lagen. Da davon auszugehen war, dass die Einwilligung der Betroffenen vorab nicht die Einwilligung in der unmittelbaren Situation bedeutet, wurde noch einmal über das Mapping in angemessener Form informiert. Die DCM-Beobachter stellten sich jeweils zu Beginn des Mappings noch einmal den anwesenden Bewohnern und der zu beobachtenden Person vor und holten noch einmal ihr Einverständnis ein. Erst dann konnte mit dem Mapping begonnen werden beziehungsweise das Mapping vertagt oder sogar abgebrochen werden. Dies kam allerdings nicht vor.

Die Untersuchung wurde zeitgleich in beiden Einrichtungen durchgeführt.

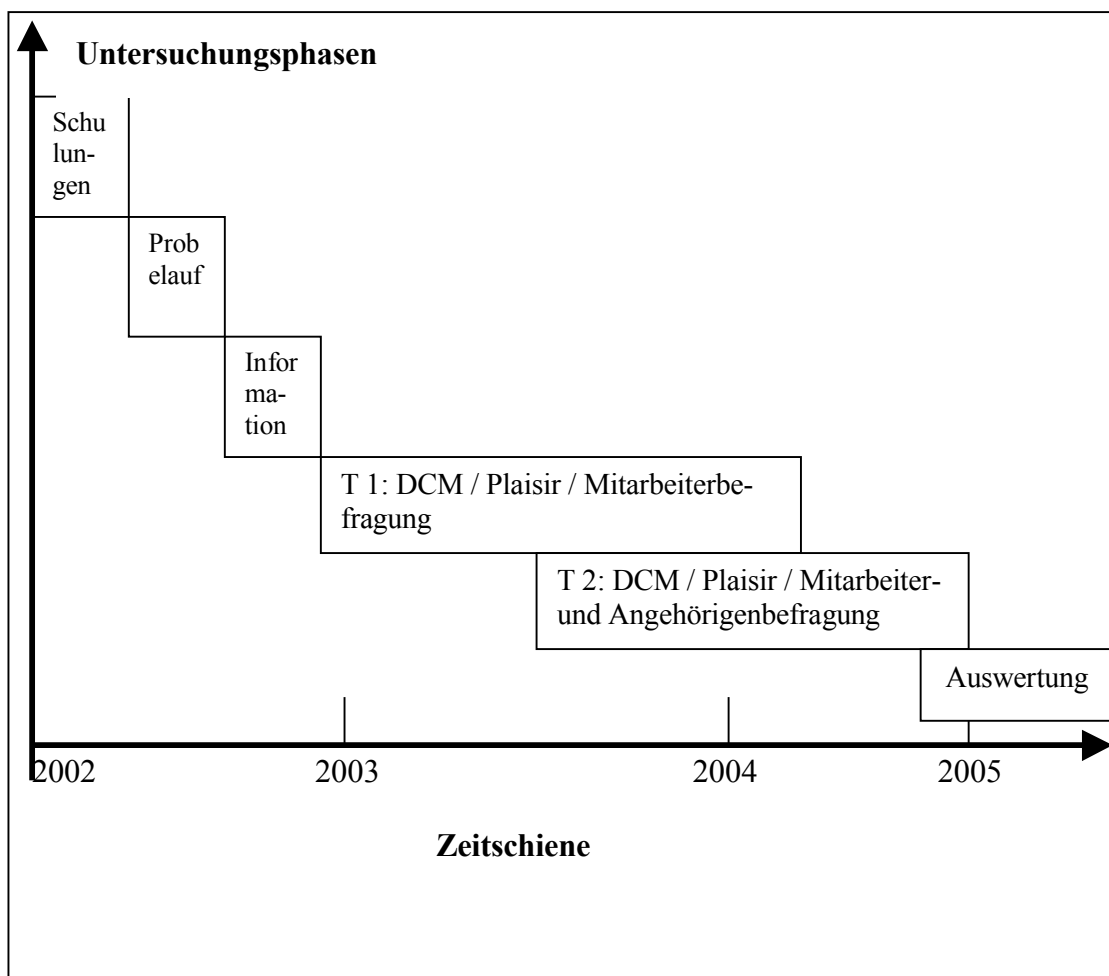
**Einzugsphase (nach 5-10 Tagen):**

- DCM Beobachtung über acht Stunden (jeweils von 8.00 Uhr bis 16.00 Uhr)
- Plaisir® Evaluation
- Schriftliche, standardisierte Mitarbeiterfragebogen

**Verweilphase (nach 4-6 Monaten):**

- DCM Beobachtung über acht Stunden (jeweils von 8.00 Uhr bis 16.00 Uhr)
- Plaisir® Evaluation
- Schriftliche, standardisierte Mitarbeiterfragebögen plus einer offenen Frage zum Verlauf
- Schriftliche, standardisierte Angehörigenfragebögen plus einer offenen Frage zum Verlauf

**Tabelle Nr. 8: Untersuchungsverlauf**



### **6.3.2. Erfahrungen aus dem Probelauf**

Im Probelauf wurden die Fragestellungen der beiden Fragebögen (Mitarbeiter und Angehörige) und die Interraterreliabilität in Bezug auf die Erfassung der DCM-Daten erprobt. Die beiden Fragebögen wurden zwei ausgewählten Mitarbeitern und zwei Angehörigen in nicht in die Untersuchung einbezogenen Einrichtungen vorgelegt und um Beantwortung gebeten. Aufgrund der Rückmeldungen wurden die Fragestellungen überarbeitet und präzisiert.

Zur Erfassung der DCM-Daten wurden gleichzeitig von den drei ausgewählten Mappern über einen Zeitraum von zwei Stunden dreimalige Mappings bei drei Bewohnern in verschiedenen Einrichtungen vorgenommen. Das Ergebnis des ersten Mappings wurde durch einen geübten Trainer reflektiert und führte zu weiteren Probemappings und Absprachen in der konkreten Vorgehensweise.

Es wurde miteinander vereinbart, dass immer vor dem Mapping die Mitarbeiter zu dem momentanen Gesundheitszustand des Bewohners und zu Besonderheiten der vorhergehenden Nacht befragt werden. Diese Informationen sollten auf den DCM-Beobachtungsbögen vermerkt werden und bei starken Abweichungen zur „normalen“ Situation (zum Beispiel wenn der Bewohner nicht geschlafen hat oder extrem unruhig ist) zum Abbruch des Mappings führen. Ebenfalls sollte zum Mapping immer der gleiche Beobachtungswinkel gewählt werden, damit die Mimik und Gestik des zu Beobachtenden gut zu erkennen ist.

Das Ergebnis des dritten Mappings führte zu einer Erhöhung des Konkordanzkoeffizienten und damit zum Abschluss des Probelaufs.

### **6.3.3. Erfahrungen im Untersuchungsverlauf**

Im Vorfeld wurde gemeinsam mit den Mitarbeitern der untersuchten Einrichtungen überlegt, unter welchen Umständen die Ergebnisse nicht mehr vergleichbar sind und zu einem Abbruch der Untersuchung führen sollten. Es wurde vereinbart, dass zwischen Untersucherinnen und Mitarbeitern ein beständiger Austausch zu den angegebenen Punkten stattfindet. Da sich die Untersuchung über einen längeren Zeitabschnitt hinzog, wurden unmittelbar vor jeder Beobachtung Informationen und das Einverständnis der Betroffenen eingeholt.

Folgende Aspekte sollten zum Abbruch der Untersuchung führen, da eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse nicht mehr gegeben erscheint:

Methodische Einflüsse durch

- Veränderung des Verhaltens bei den Bewohnern und den Mitarbeitern durch die Beobachtungssituation
- Erschöpfung und/oder Voreingenommenheit der Beobachter
- Veränderungen des Verhaltens und des Umgangs mit den Bewohnern aufgrund von Rückmeldungen aus der ersten Erfassung (T1) mit DCM.

Der Situation des Bewohners durch

- zusätzliche Erkrankungen (physisch und psychisch) der Bewohner in dem Untersuchungszeitraum oder gravierender Verlauf einer bestehenden Erkrankung
- Tod des Bewohners
- Tod eines nahen Angehörigen
- Schwere Erkrankung und/oder Probleme eines nahen Angehörigen
- Umzug innerhalb oder aus der Einrichtung heraus.

Organisatorische und strukturelle Veränderungen in den untersuchten Einrichtungen durch

- Veränderungen des Betreuungs- und Pflegekonzeptes im Untersuchungszeitraum
- Umbaumaßnahmen in den untersuchten Bereichen
- Gravierender Personalwechsel/Personalausfall.

Die Beobachter wurden in beiden Einrichtungen von allen anwesenden Bewohnern mit Neugier und Interesse begrüßt. Einige Bewohner zeigten Interesse an den Aufzeichnungen und ließen sie sich erklären. Zunächst herrschte auch Unsicherheit bei einigen zu beobachtenden Bewohnern. Die von Bradford Dementia Group (1997, 19) beschriebene Beeinflussung der Ergebnisse durch die Beobachtungssituation und dadurch verändertes Verhalten konnte auch in dieser Untersuchung festgestellt werden. Ebenfalls festgestellt wurde, dass nach einiger Zeit der Beobachtung (zirka einer Stunde) der Beobachter und die besondere Situation „vergessen“ wurden. Dementsprechend wurden die ersten Daten nicht in die Auswertung aufgenommen sondern als Probelauf gewertet. Nach einigen Probemappings vor Ort wurden die Beobachter als dazugehörig begrüßt und zum Teil gefragt, wann sie denn wieder kommen. Einige nicht zu beobachtende Bewohner nutzten die Gelegenheit, mit den Beobachtern über die Unterbringung und andere Probleme zu sprechen oder sich zu beschweren. Für Angehörige stellte die Beobachtungssituation eine gern genutzte Gelegenheit dar, sich mit den Untersuchern über die Einrichtung, den Gesundheitszustand und die Betreuungssituation ihrer Verwandten zu unterhalten.

Den Mitarbeitern ging es ähnlich: Sie zeigten sich auf Grund der ungewohnten Beobachtungssituation zunächst unsicher und befangen. Dies betraf insbesondere die Mitarbeiter der klassischen Einrichtung. Sie befürchteten negative Ergebnisse, während die Kollegen aus der Hausgemeinschaft eine positive Bestätigung ihrer Arbeit erhofften. In der Hausgemeinschaft waren besonders die Wohnküchenmitarbeiter auf ihre Arbeit und ihren guten Kontakt zu Bewohnern und Angehörigen stolz. Sie fühlten sich gegenüber den Pflegekräften durch ihre recht selbständige Arbeit aufgewertet und wollten dies in den Beobachtungen bestätigt sehen. In der Vergleichseinrichtung wurde demgegenüber eine kritische Einschätzung der Pflegekräfte bezüglich ihres Verhaltens und ihrer Möglichkeiten deutlich. Sie hatten zum Teil ein schlechtes Gewissen; konnten die Gründe und Ursachen dafür allerdings nicht konkret benennen. Nach Information über Sinn und Zweck der Untersuchung und Offenlegung der einzelnen DCM-Aufzeichnungen legten sich die Bedenken. Die Mitarbeiter waren bereit, an einer Analyse der auch für sie unbefriedigenden Situation mitzuwirken. Die Beobachter wurden nun akzeptiert, zu Möglichkeiten des alternativen Umgangs mit verhaltensauffälligen Bewohnern befragt, sowie als Gelegenheit für Beschwerden genutzt.

Trotz der geschilderten Bemühungen bleibt ein Risiko der Verzerrung der Ergebnisse durch Unsicherheit, Befangenheit oder Interesse an positiven Ergebnissen seitens der Mitarbeiter sowie der Bewohner bestehen. Die Beobachtungssituation ist eine künstliche Situation und Beeinflussungen können nicht ausgeschlossen werden (Bortz/Döring, 2002). Diese Einschränkungen müssen in die Interpretation der Ergebnisse einfließen.

Die Personalbesetzung in der Vergleichseinrichtung war an den Untersuchungstagen unterschiedlich. Es war zwar immer die gleiche Mitarbeiteranzahl anwesend aber nicht immer die gleichen Personen. Durch krankheitsbedingte Ausfälle des Stammpersonals halfen Mitarbeiter aus anderen Betreuungsbereichen aus. Im Beschäftigungsbereich wurden die Angebote in diesen Fällen abgesagt. Personalausfälle sind nach Auskunft der Leitungskräfte in diesem klassischen Setting durchaus „normal“. Die Auswirkung der Vertretung durch unkundige Kollegen war: Es wurde das Frühstück sehr viel später verteilt, Bewohner nicht in der gewohnten Weise unterstützt, viel Zeit ging durch Absprachen und Informationsbedarf der Mitarbeiter für die Bewohnerbetreuung verloren. Auch in der Hausgemeinschaft gab es Vertretungssituationen. Der Ersatz wurde durch Springerkräfte, die jeweils zwei Wohnküchen unterstützen, geleistet, beide Wohnküchen wurden zusammengelegt oder der Speiseplan angepasst. An diesen Tagen gab es dann „nur“ Eintopf. Da die Pflegekräfte wohnküchenübergreifend eingesetzt waren, kannten sie alle Bewohner und waren deshalb in der Lage, den Personalausfall ohne erhöhten Informationsbedarf zu ersetzen.

Die PDCs und PEs wurden entsprechend der Anlage des DCM direkt im unmittelbaren Anschluss an die DCM-Erfassung vor Ort an die Mitarbeiter weitergegeben. Die Rückmeldung kann zu Verzerrungen der weiteren Beobachtungen führen, wenn Mitarbeiter die Informationen zur Veränderung ihres Umganges, Gestaltung von Aktivitäten usw. mit den Bewohnern nutzen. Es könnte dadurch eine positivere Entwicklung in der zweiten Erfassung ausgelöst werden. Inwiefern eine Weitergabe der Informationen an alle Kollegen erfolgte und diese eine Veränderung der Umgangsformen auslöste, konnte im Untersuchungszeitraum nicht beobachtet werden.

Die zeitliche Anlage der Untersuchung wurde von den Beobachtern generell anstrengend erlebt. Die wiederkehrende Anwesenheit in den Einrichtungen, die Beobachtungsdauer von acht Stunden sowie die passive Beobachtungsposition führte zu Erschöpfung. Weitere Gefühle wie Unbehagen bis zu körperlichem Unwohlsein wurden in der klassischen Einrichtung durch Urin- und Kotgerüche nach den Mahlzeiten; dem untätig Zusehen müssen, wie Bewohner sich selbst überlassen bleiben, beziehungsweise abwertend behandelt werden, den Belastungen durch ungewolltes Fernsehen und der Berieselung mit Radiomusik ausgelöst. Um mögliche Verzerrungen durch Vorurteile und Abneigung einzugrenzen, mussten viele Pausen eingelegt und Reflexionsgespräche geführt werden.

Im Untersuchungsverlauf traten weitere verzerrende Ereignisse auf. Dies waren eine zusätzliche Erkrankung (physisch und psychisch) der Bewohner verbunden mit Bettlägerigkeit, eine gravierende Verschlechterung des Gesundheitszustandes, Tod des Bewohners, Tod eines nahen Angehörigen, Schwere Erkrankung und/oder Probleme eines nahen Angehörigen. Sie führten zum Abbruch der Untersuchung bei dem jeweiligen betroffenen Bewohner. Von den ursprünglich in jeder Einrichtung ausgesuchten 30 Personen konnten unter Ausschluss der verzerrenden Einflüsse jeweils nur 20 Bewohner in die Ergebnisanalyse einbezogen werden. Es

wurde eine „positive Selektion“ vorgenommen, die bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden muss.

Vorwiegende Ausschlussgründe waren der Tod der Bewohner innerhalb der zwei Untersuchungszeiträume und eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Bewohner, einhergehend mit längeren Krankenhausaufenthalten und/oder Bettlägerigkeit.

Organisatorische, strukturelle sowie bauliche Veränderungen wurden in den Einrichtungen im Untersuchungszeitraum nicht vorgenommen. Der Personalbestand einschließlich der Führungskräfte (Bereichsleitungen/Pflegedienstleitungen) blieb ebenfalls gleich.

## **7. Exemplarische Ergebnisse zur Lebensqualität dementiell erkrankter alter Menschen**

In diesem Kapitel werden zunächst Daten zu den in die Untersuchung einbezogenen Bewohner bezogen auf Alter, Geschlecht, Pflegebedarf und Einschränkungen im Zusammenhang mit ihrer dementiellen Erkrankung dargestellt. Anhand der Daten wird deutlich, dass die Bewohner in beiden untersuchten Einrichtungen ähnliche Voraussetzungen erfüllen und damit die Aussagekraft der Ergebnisse aus der DCM-Erfassung, der Befragungen und den Feldbeobachtungen erhöhen.

In einem zweiten Schritt werden die Daten aus den Erfassungen exemplarisch und in vereinfachter Form zusammen mit den protokollierten Beobachtungen dargestellt. Die Beobachtungen wurden in Form von Feldnotizen erfasst, die in den DCM-Mappings gemacht wurden und sich nicht nur auf die untersuchten Personen, sondern auch auf deren Umfeld beziehen. Die DCM-Mapper befanden sich über einen Zeitraum von 8.00 bis 16.00 Uhr an insgesamt 120 Tagen in der ersten und zweiten Untersuchung in den Einrichtungen A und B bei zunächst jeweils 30 Bewohnern. Daraus ergaben sich ein Fülle von Beobachtungen und Notizen. Ergänzt werden die Feldnotizen durch die offenen Fragen an Mitarbeiter und Angehörige in der zweiten Befragung.

### **7.1. Darstellung der Ergebnisse**

Aufgrund der relativ kleinen Gruppe der untersuchten Personen (Auswertung von jeweils 20 Bewohnern) werden die Zahlen und Daten der Mitarbeiter- beziehungsweise Angehörigenbefragung in vereinfachter Form mit Hilfe von Histogrammen (einfache Balkendiagramme) und Verlaufsdigrammen dargestellt. Die Auswertung der Plaisir© - Daten wurde von der Firma EROS vorgenommen. Aus dieser Auswertung werden einige Daten ausgewählt und ebenfalls in vereinfachter Form dargestellt. Die DCM-Daten werden auf der Basis der im Manual Nr. 7 von der Dementia Group (Bradford Dementia Group, 1997) vorgegebenen Kriterien erfasst, berechnet und mit einem kleinen EDV-Programm auf Excel-Basis ausgewertet. Das Excel-Programm wurde von der DCM-Trainerin Christine Riester in enger Zusammenarbeit mit der Universität Bradford für die Auswertung und Darstellung der Daten entwickelt. Für die vorliegende Studie werden ebenfalls nur einige Daten aus dem umfangreichen Material ausgewählt und abgebildet. Ergänzt werden die Daten durch Notizen aus den Feldbeobachtungen und Angaben aus der offenen Fragestellung der zweiten Mitarbeiterbefragung bzw. der Angehörigenbefragung.

Wie in den meisten Altenpflegeeinrichtungen überwiegen auch in dieser Studie Frauen. Sie sind mit 75 Prozent in der Hausgemeinschaft und mit 90 Prozent in der Vergleichseinrichtung deutlich in der Mehrheit. Das Durchschnittsalter der Bewohner betrug bei Einzug 83,6 in der Hausgemeinschaftseinrichtung und 85,9 Jahre in der Vergleichseinrichtung. Es entspricht dem Durchschnittsalter aller Heimbewohner in der gesamten Bremer Heimstiftung (zirka 1 000 Pflegeheimbewohner).

**Tabelle Nr. 9: Durchschnittliches Alter und Geschlecht der Bewohner (Plaisir©)**

	Durchschnittsalter	Durchschnittsalter Frauen	Durchschnittsalter Männer
<b>Einrichtung A</b>	83,6	84,0	82,1
<b>Einrichtung B</b>	85,9	85,7	87,7

**Tabelle Nr. 10: Verteilung auf die Geschlechter in Prozent (N= 20) Plaisir©**

	Weiblich	Männlich
<b>Einrichtung A</b>	75%	25%
<b>Einrichtung B</b>	90%	10%

### 7.1.1. Pflegebedarf und Selbsthilfefähigkeit

Welchen Beitrag haben die Aufrechterhaltung der alltäglichen Gewohnheiten, Rituale und Abläufe an der Erhaltung einer weitgehenden Selbständigkeit und Lebenszufriedenheit dementiell erkrankter alter Menschen? Welchen Beitrag hat die Gestaltung der Lebenswelt im Heim auf die Ausprägung von Begleitsymptomen und Verwirrheitszuständen?

#### Pflegebedarfe

Zur Einschätzung des Pflegebedarfs und der Einschränkungen der Bewohner wurde eine Einstufung der Bewohner nach Pflege VG nicht herangezogen, da der überwiegende Anteil der Bewohner in der Einzugsphase entweder noch keine Einstufung hatte, beziehungsweise ihre „alte“ aus der vorhergehenden häuslichen Versorgung mitgebracht haben. Eine Einstufung nach Pflege VG hätte zudem keine weiteren Informationen zu Einschränkungen der Bewohner zum Beispiel in Bezug auf kognitive und affektive Aspekte, Verhalten, Sprache, Sehvermögen und Gehör abgebildet (vgl. Einstufungskriterien nach SGB XI in Schellhorn, 2005, 196 ff.). Stattdessen wurde die detailliertere Beschreibung der Gesundheitssituation anhand der Plaisir© Daten zur Auswertung genutzt.

Bei der Betrachtung der durchschnittlichen Pflegebedarfe in Minuten pro Bewohner und Tag fällt auf, dass die Bewohner der Vergleichseinrichtung in der ersten Untersuchungsphase (T1) einen leicht erhöhten Pflegebedarf von 11,3 Minuten gegenüber der Hausgemeinschaftseinrichtung haben.

Mit T1 wird im Folgenden die erste Erfassung nach dem Einzug in das Heim (innerhalb von 5-10 Tagen) und mit T2 die zweite Erfassung nach vier bis sechs Monaten Aufenthalt im Heim benannt.

Demnach haben die Bewohner der klassischen Einrichtung gegenüber der Hausgemeinschaftseinrichtung bei Einzug einen höheren Pflegebedarf. Dies kann einerseits auf einen späteren Einzug (in einem späteren Stadium der Pflegebedürftigkeit) in die klassische Einrichtung zurück zu führen sein. Andererseits kann dies auch auf das „Trauma des Einzugs“, der einhergehen kann mit der Zunahme an Ver-



wirrtheit und Pflegebedürftigkeit, hinweisen. So wurde in einem Fall beobachtet, wie ein neu eingezogener Bewohner sich vom ersten Tag an nicht mit der neuen Situation im Heim arrangieren konnte, offen den Wunsch zu sterben äußerte, zusehends körperlich und seelisch in sich zusammen sank, bettlägerig wurde und nach vier Wochen verstarb. Im Gegensatz dazu gelang es in den Hausgemeinschaften in einem ähnlichen Fall einen Bewohner, der sich zunächst weigerte sein Zimmer zu verlassen und die meiste Zeit in seinem Bett verbrachte, in das Gemeinschaftsleben weitgehend zu integrieren. Er verließ häufiger sein Zimmer, setzte sich in die Wohnküche, beobachtete das Geschehen und suchte Kontakt zu anderen Bewohnern. Er wirkte insgesamt mobiler als in der Einzugsphase. Zu vermuten ist, dass dies seine Lebenszeit verlängert beziehungsweise sie „lebenswerter“ erscheinen lässt. Beide Bewohner waren nicht freiwillig eingezogen. Trotzdem gelang es dem einen, im Setting der Hausgemeinschaft, neuen Lebensmut zu finden während der andere sich zurückzog und verstarb.

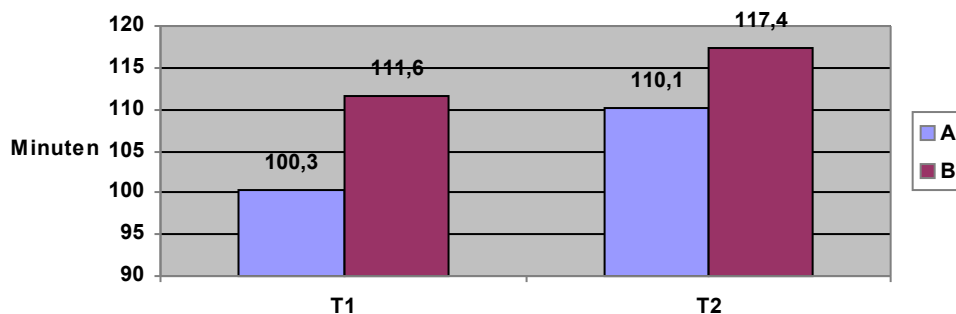
Beide Bewohner sind nicht in die Wertermittlung einbezogen, da der erste Bewohner zwischen beiden Untersuchungsphasen verstarb und sich der zweite Bewohner in seinen Privaträumen aufhielt.

Eine Beeinflussung der Werte durch die positive Selektion der in die Untersuchung einbezogenen Bewohner kann nicht ausgeschlossen werden. Weitere Beobachtungen und zum Beispiel ein Vergleich der Verweildauer in beiden Einrichtungen erscheinen hier notwendig.

Die These, in der Hausgemeinschaft bleibe der Pflegebedarf auch über längere Zeit auf dem gleichen Niveau wie beim Einzug, lässt sich anhand der Zahlen nicht bestätigen. In beiden Einrichtungen erhöhten sich die durch Plaisir© ermittelten Pflegebedarfe. In der zweiten Erfassungsphase erhöhte sich der Wert in der klassischen Einrichtung um 5,8 Minuten. Bei den Bewohnern in den Hausgemeinschaften stieg dagegen der Pflegebedarf von 100,3 Minuten pro Tag auf 110,1. Die Differenz beträgt 9,8 Minuten pro Tag (Tabelle Nr. 11). Die Veränderungen ergaben sich in der klassischen Einrichtung im Bereich der Grundpflege, Pflege bei Inkontinenz, Zahnpflege, An- und Auskleiden, Einreiben und Lagern sowie bei den Bewegungsmöglichkeiten. In der Hausgemeinschaftseinrichtung ergaben sich höhere Pflegebedarfe bei der Grundpflege, Hilfestellung bei der Benutzung der Toilette/des Nachtstuhls, Aufstehen und Hinlegen sowie Bewegungsmöglichkeiten.

Diese Daten lassen in Bezug auf die Erhaltung der Selbsthilfefähigkeiten in beiden Settings keinen Unterschied erkennen. Bei näherer Betrachtung der notwendigen Hilfestellungen lässt sich eine eher aktivitätsfördernde Haltung der Pflege- und Betreuungskräfte in den Hausgemeinschaften erkennen. Die Pflege bei Inkontinenz ist in der klassischen Einrichtung mit dem Anlegen von Windeln und Einlagen durch Pflegekräfte verbunden. In der Hausgemeinschaft erhalten die Bewohner vermehrt Hilfestellung bei der eigenständigen Benutzung der Toilette beziehungsweise des Nachtstuhls. Damit lassen sich störende Windeln/Einlagen weitgehend vermeiden und die Bewohner behalten ihre Eigenständigkeit bei einer bedeutsamen körperlichen Verrichtung.

**Tabelle Nr. 11: Durchschnittlicher Pflegebedarf in Minuten pro Bewohner pro Tag in der ersten und zweiten Untersuchungsphase (T1 und T2, Plaisir©)**

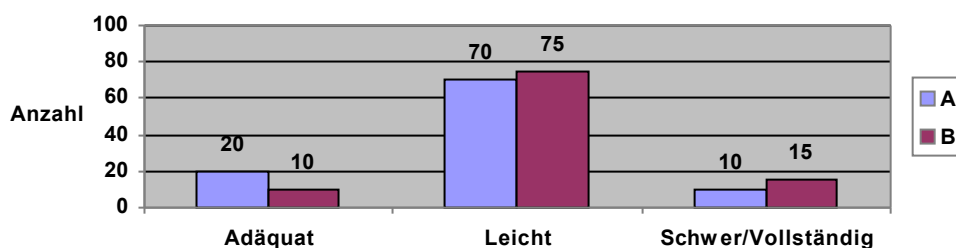


### Einschränkungen der Bewohner

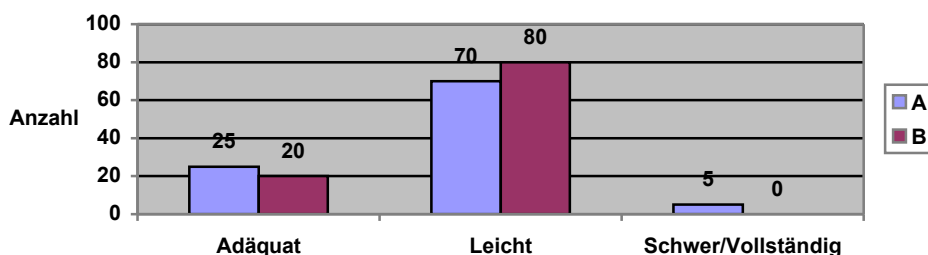
Um eine Beurteilung des Wohlbefindens vornehmen zu können, soll zunächst geklärt werden, welche Einschränkungen die Bewohner beider Einrichtungen haben. Besonders bedeutsam sind die Einschränkungen im kognitiven und affektiven Bereich, im Verhalten und die Kommunikation und Interaktion beeinflussenden Faktoren wie Sprache, Sehvermögen und Gehör. Des Weiteren ist zu klären, inwiefern sie sich in beiden Erfassungszeiträumen verändert haben.

**Tabelle Nr. 12: Verteilung der Bewohner nach Einschränkungen Einrichtung A und B in der ersten Untersuchung in Prozent (Plaisir©)**

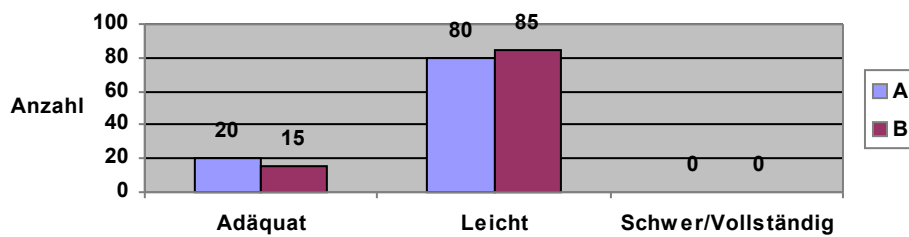
### Kognitiv



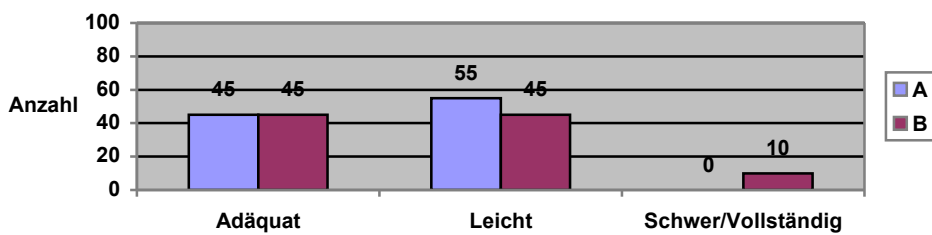
### Affektiv



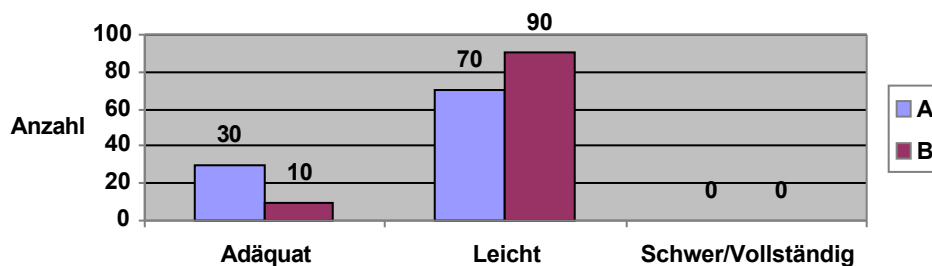
## Verhalten



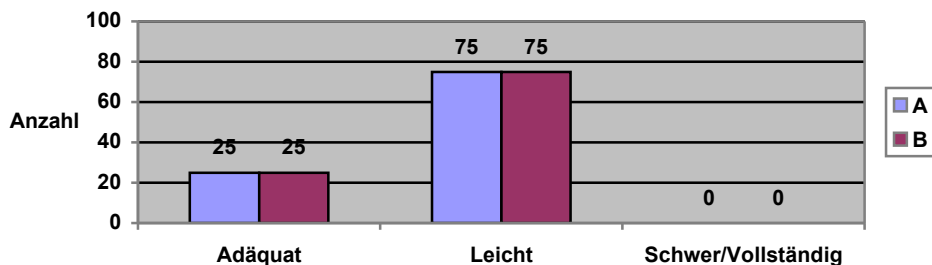
## Sprache



## Sehvermögen



## Gehör

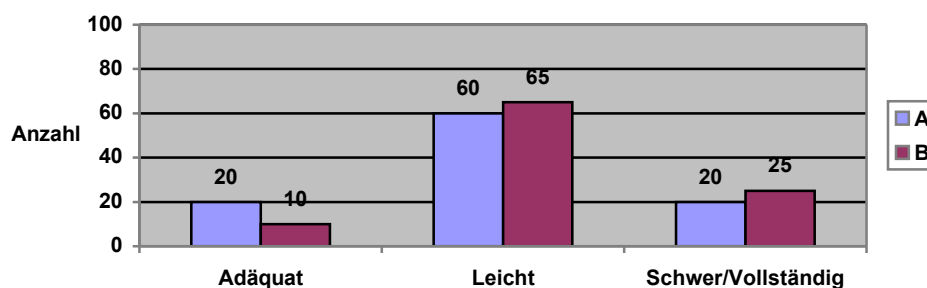


Anhand der Daten wird deutlich, dass beide Bewohnergruppen in Bezug auf ihren Gesundheitszustand vergleichbar sind. Dies bleibt auch in der Verweilphase im Heim weitgehend bestehen. Eine Verschlechterung von T1 bis T2 ist im Bereich der kognitiven Einschränkungen von Leicht nach Schwer/Vollständig von jeweils

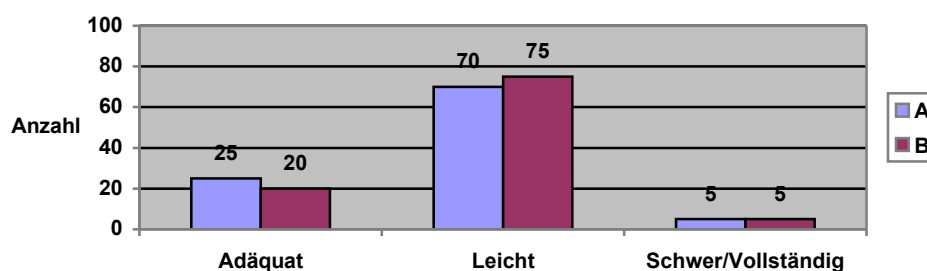
10 Prozent in beiden Einrichtungen zu vermerken. Im Bereich Verhalten konnte in der Hausgemeinschaftseinrichtung eine Verbesserung festgestellt werden, in der Vergleichseinrichtung beides, sowohl eine Verbesserung als auch eine Verschlechterung. Während die anderen Werte gleich blieben, konnte in der Hausgemeinschaftseinrichtung eine Verbesserung des Sehvermögens und des Gehörs festgestellt werden. Zu vermuten ist, dass eine Korrektur der Seh- und Hörhilfen stattgefunden hat.

**Tabelle Nr. 13: Verteilung der Bewohner nach Einschränkungen Einrichtung A und B in der zweiten Untersuchung in Prozent (Plaisir©)**

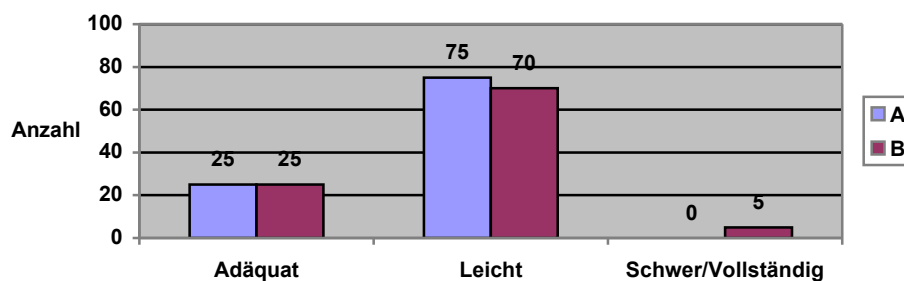
**Kognitiv**



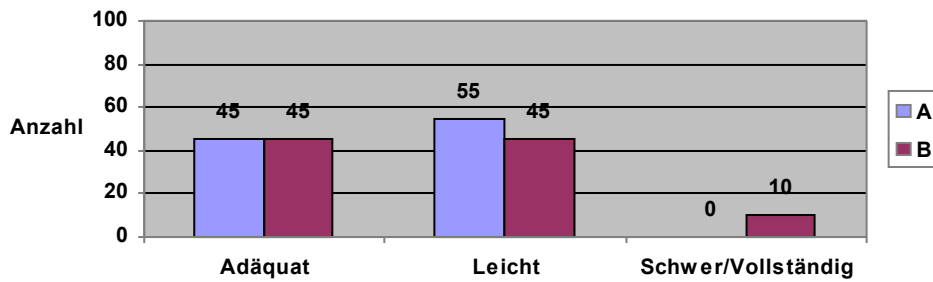
**Affektiv**



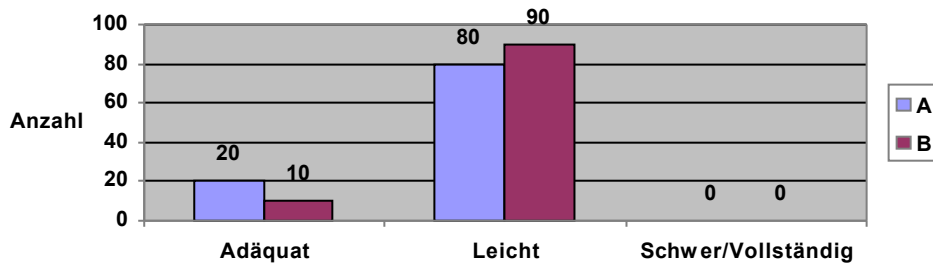
**Verhalten**



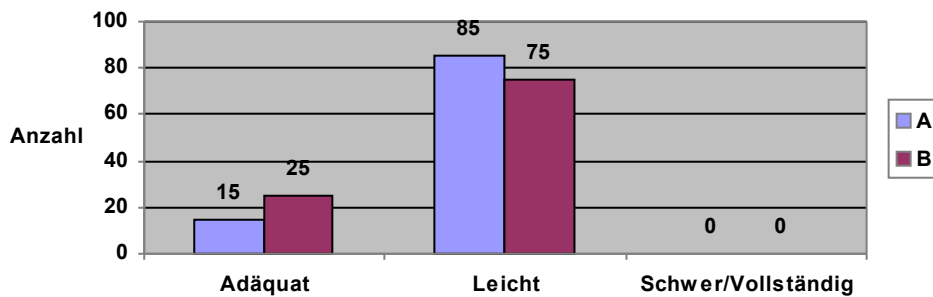
## Sprache



## Schvermögen



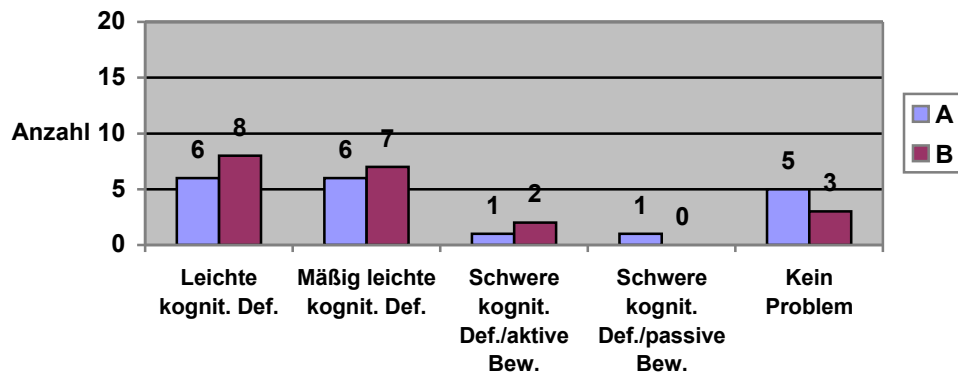
## Gehör



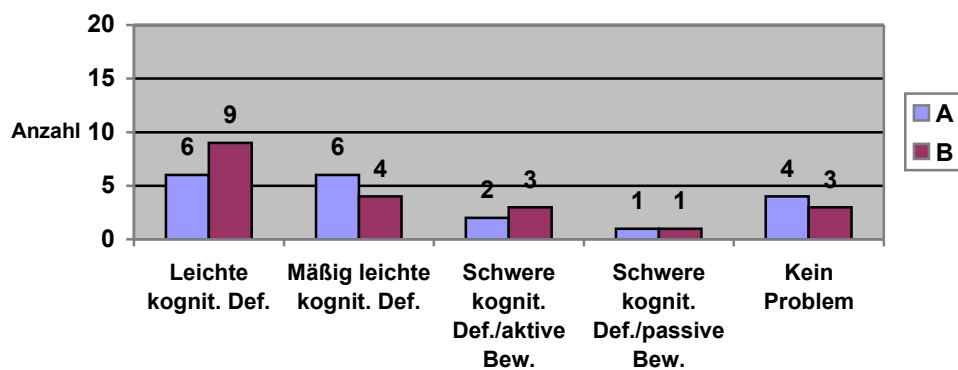
## Ausprägung von Begleitsymptomen

Die Ausprägung von Begleitsymptomen und Verwirrheitszuständen wurden mit Hilfe des Plaisir© erfasst und werden in den folgenden Tabellen Nr. 14 und 15 dargestellt. Bei der Betrachtung fällt eine leichte Verschlechterung der psychiatrischen Probleme in beiden Einrichtungen auf.

**Tabelle Nr. 14: Verteilung der Bewohner in A und B nach dem Grad der kognitiven Defizite und der psychiatrischen Probleme in der ersten Untersuchungsphase in totalen Zahlen (Plaisir©)**



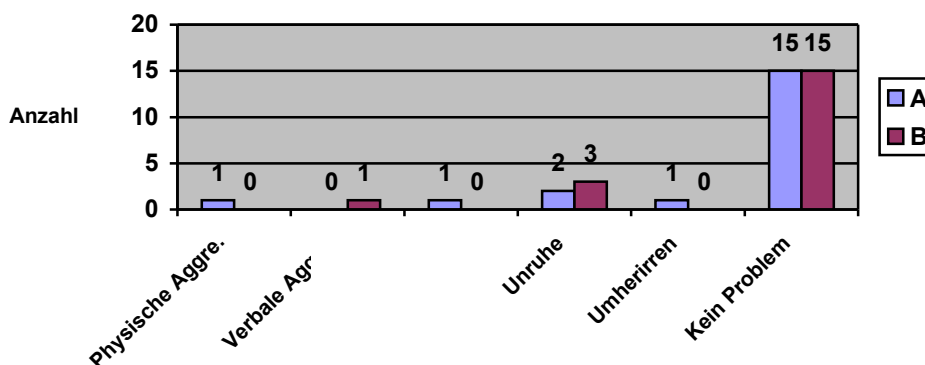
**Tabelle Nr. 15: Verteilung der Bewohner in A und B nach dem Grad der kognitiven Defizite und der psychiatrischen Probleme in der zweiten Untersuchungsphase in totalen Zahlen (Plaisir©)**



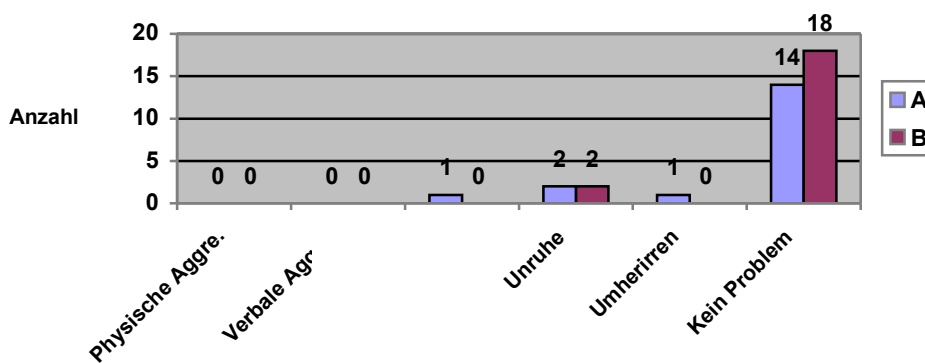
### Verhaltensprobleme

Bei der Betrachtung der Daten ist in der Hausgemeinschaft das Verschwinden der physischen Aggression und in der Vergleichseinrichtung eine Abnahme der Unruhe und der verbalen Aggressionen zu verzeichnen (Tabelle Nr. 16 und 17).

**Tabelle Nr. 16: Prävalenz bestimmter Verhaltensprobleme in der ersten Untersuchungsphase Einrichtung A und B in totalen Zahlen (Plaisir©)**



**Tabelle Nr. 17: Prävalenz bestimmter Verhaltensprobleme in der zweiten Untersuchungsphase Einrichtung A und B in totalen Zahlen (Plaisir©)**



Mit diesen Ergebnissen kann eine positive Beeinflussung der Verhaltensprobleme durch die Hausgemeinschaften nicht belegt werden. Im Zusammenhang mit der Gabe von Psychopharmaka, wie sie in den folgenden Tabellen Nr. 18 und Nr. 19 gezeigt werden, ergeben sich Anhaltspunkte für eine positive Beeinflussung. Den Daten nach steigt die Psychopharmakagabe in der Vergleichseinrichtung von 45 Prozent auf 60 Prozent, obwohl die Bewohner keine Zunahme an Verhaltensproblemen hatten. Auch die Abnahme von Unruhe und verbalen Aggressionen hatten keinen senkenden Einfluss auf die Anzahl der Medikamentengabe. Im Gegensatz dazu ist die Gabe von Psychopharmaka in den Hausgemeinschaften trotz einer hier nicht abbildbaren Verbesserung der Bewohner im gleichen Zeitraum gesunken.

### 7.1.2. Dimensionen des Wohlfühlens

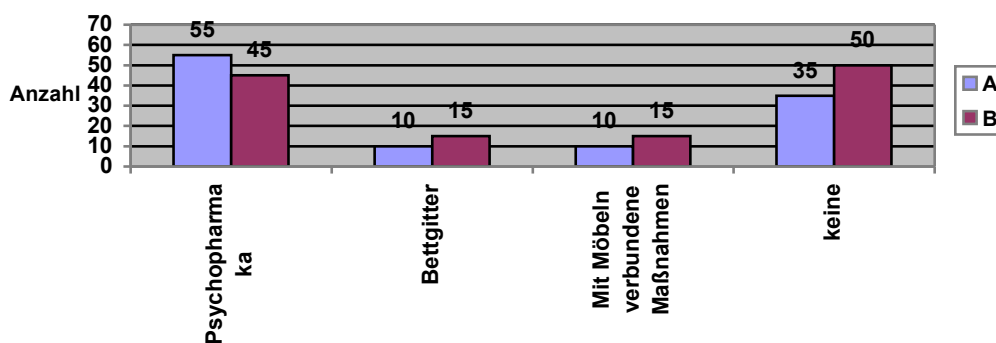
Beeinflusst der Totalitätsgrad der Heime die Voraussetzungen für die Lebenszufriedenheit der Heimbewohner mit Demenz in höherem Maße als individuelle Faktoren?

## Freiheitsentziehende Maßnahmen

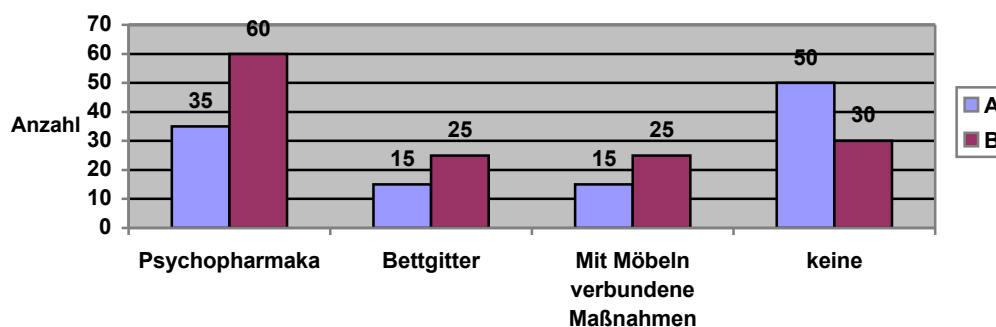
Eine besonders prägnanter Ausdruck einer totalen Institution ist die Einschränkung der persönlichen Selbstbestimmung. Ein Indiz für die Einschränkungen ist der Einsatz verschiedener freiheitsentziehender Maßnahmen. Die Maßnahmen reichen von psychischen Maßnahmen wie der Einsatz von Psychopharmaka bis zu physischen Maßnahmen, die die Bewegungsfreiheit einschränken wie Bettgitter oder andere mit Möbeln verbundene Maßnahmen (Tischplatten am Rollstuhl befestigt). Nach Auskunft von Praktikern gehören Bettgitter zu den am häufigsten in der Altenpflege angewandten physisch einschränkenden Maßnahmen und sie werden überwiegend auf Wunsch der Bewohner ausschließlich in der Nacht beziehungsweise bei Bettlägerigkeit eingesetzt (Klie/Lörcher, 1994, 47).

Die Ermittlung der Daten ließ Mehrfachnennungen zu. So kam es vor, dass Bewohner Psychopharmaka erhielten und gleichzeitig durch mit Möbeln verbundene Maßnahmen in ihrer Freiheit eingeschränkt wurden. Diese Kombination war in beiden Einrichtungen vorzufinden.

**Tabelle Nr. 18: Freiheitsentziehende Maßnahmen in der ersten Untersuchungsphase Einrichtung A und B in Prozent (Plaisir©)**



**Tabelle Nr. 19: Freiheitsentziehende Maßnahmen in der zweiten Untersuchungsphase Einrichtung A und B in Prozent (Plaisir©)**



Der Psychopharmakagebrauch nahm in der Hausgemeinschaft zwischen der ersten und zweiten Untersuchung von 55 Prozent auf 35 Prozent ab, während er in der Vergleichseinrichtung von 45 Prozent auf 60 Prozent anstieg. Der Einsatz weiterer



freiheitsentziehender Maßnahmen wie Bettgitter und mit Möbeln verbundene Maßnahmen stiegen in der Hausgemeinschaftseinrichtung nur leicht um jeweils fünf Prozent an, in der Vergleichseinrichtung jedoch um jeweils zehn Prozent. Hatten in der Einzugsphase in der Hausgemeinschaftseinrichtung nur 35 Prozent der Bewohner keine freiheitsentziehende Maßnahme, so waren es in der zweiten Untersuchung schon 50 Prozent. In der Vergleichseinrichtung verlief die Entwicklung genau anders herum. Dort waren in der Einzugsphase 50 Prozent ohne freiheitsentziehende Maßnahmen, in der zweiten Untersuchung sank der Wert auf 30 Prozent (Tabelle Nr. 18 und 19).

Die Ergebnisse legen den Schluss nahe, dass die Bewohner im weiteren Aufenthalt in der Hausgemeinschaft weniger Psychopharmaka erhalten und weniger freiheitsentziehenden Maßnahmen ausgesetzt sind.

### **7.1.3. Interaktion und Kommunikation**

Gibt es Beziehungen zwischen dem Setting und der Qualität der Kommunikation und Interaktion zwischen Bewohnern und Personal?

Die Frage ist, wann und in welchem Rahmen Interaktion und Kommunikation stattfindet. Hierzu kann der typische Verlauf eines Vormittages in beiden Einrichtungen einen näheren Einblick bieten. Bei der Betrachtung des Tageslaufes wird die besondere Bedeutung der Mahlzeitsituation für den Austausch zwischen den Bewohnern und den Mitarbeitern deutlich. Die Kommunikation und Interaktion in der unmittelbaren Pflegesituation in den Pflegezimmern der Bewohner konnte und sollte in dieser Studie nicht erfasst werden. Gründe sind in den einerseits sehr intimen Situationen, die in der Pflege entstehen (zum Beispiel Ausscheidungshilfe oder Körperpflege) und daher eine Beobachtung durch Außenstehende aus ethischen Gründen nicht in Frage kamen. Andererseits sind die Besonderheiten des Settings eher in den öffentlichen Räumen zu erfassen und nicht in den individuell gestalteten Räumen der Bewohner. Zudem ist das DCM auf die Beobachtung in öffentlichen Räumen beschränkt.

#### **Tagesverläufe**

Zur Beurteilung der Interaktion und Kommunikation zwischen Bewohnern und Personal kann der typische Verlauf eines Vormittages in beiden Einrichtungen herangezogen werden. Aus dieser Verlaufsbeschreibung ergeben sich Einblicke in das Geschehen und in die Anlässe zur Kommunikation und Interaktion. Ausgewählt wurden im Folgenden zwei typische Verläufe, die durch Beobachtungen an anderen Bewohnern ergänzt wurden.

#### **Verlauf eines Vormittages in der klassischen Einrichtung**

7.50 Uhr. Die Untersucherin betritt die Gemeinschaftsräume; die Bewohner, ca. 22 Personen, sitzen an den verschiedenen Gemeinschaftstischen und nehmen ihr Frühstück ein. An diesem Tag sind drei Mitarbeiter aus der Pflege anwesend, eine Hauswirtschaftskraft unterstützt stundenweise die Verteilung der Mahlzeiten. Frau W. sitzt in ihrem Rollstuhl an einem Tisch im Speiseraum zusammen mit einer anderen Bewohnerin. Es wird kein Wort gesprochen, im gesamten Speiseraum herrscht trotz der vielen anwesenden Personen Stille. Eine Pflegekraft geht von

Tisch zu Tisch und versucht Frau W. zum Trinken zu überreden. Sie trinkt einen Schluck und sitzt dann wieder still da. Das Brot liegt noch vor ihr. Nach einer Weile setzt sich die Pflegekraft zu Frau W. an den Tisch und hilft ihr schweigend beim Frühstück.

8.20 Uhr. Das Frühstück scheint beendet zu sein, die ersten Bewohner verlassen bereits den Speiseraum. Es wird abgeräumt und die Bewohner, die nicht selbst gehen können, werden nach und nach von den Pflegekräften in ihre Zimmer oder in den Fernsehraum gebracht. Da nur drei Mitarbeiter anwesend sind, dauert dies entsprechend lange. Frau W. sitzt inzwischen eingesunken in dem sich leerenden Raum.

9.30. Uhr. Mit ihr sind noch drei weitere Bewohner „sitzen geblieben“. Es sind offensichtlich dementiell erkrankte Bewohner. Eine Bewohnerin stöhnt gelegentlich, eine andere wischt ständig über den Tisch. Frau W. ist wach geworden und versucht aufzustehen, was ihr aber misslingt, anschließend schläft sie ein. Es ist keiner der Mitarbeiter zu sehen und es herrscht Stille.

10.20 Uhr. Eine Pflegemitarbeiterin erscheint, spricht mit Frau W. und bringt sie kurz in ihr Zimmer und anschließend in den Fernsehraum. Es läuft eine Telenovela, der Ton wurde von einer anderen Bewohnerin sehr laut gestellt. Sie schaut zunächst auf den Fernseher, versucht dann abwechselnd aus ihrem Rollstuhl aufzustehen beziehungsweise an ihrer Kleidung zu nesteln. Die anderen Bewohner sind vor dem Fernseher eingeschlafen. Frau W. sitzt jetzt zusammengesunken in ihrem Rollstuhl.

11.30 Uhr. Sie wird mit den anderen Bewohnern wieder in den Speiseraum gebracht. Dort sitzen bereits andere Bewohner, trotzdem ist es wieder sehr still. Geräusche entstehen erst, als die Tische eingedeckt und das Essen verteilt wird. Frau W. schaut erwartungsvoll auf den Speisewagen. An ihrem Tisch wird kein Wort gesprochen. Sie sitzt in sich versunken in ihrem Rollstuhl.

12.20 Uhr. Die Pflegekraft setzt sich zu ihr an den Tisch und hilft ihr beim Mittagessen.

12.30 Uhr. Frau W. hat keinen Hunger mehr und wird in ihr Zimmer gefahren.

Dieser Verlauf eines Vormittages konnte mehrfach beobachtet werden. Auffällig war das Phänomen, dass mehrfach eine große Gruppe von Bewohnern schweigend angetroffen wurde. Die Bewohner sind offensichtlich nicht in der Lage, ohne Anregung und Unterstützung von Mitarbeitern miteinander zu kommunizieren. Vor allem in der Zeit zwischen 10.30 und 12.00 Uhr scheint eine Zeit der großen Leere und Langeweile zu sein. Viele Bewohner verschwinden nach dem Frühstück gleich in ihren Zimmern und kommen nur zur Morgenrunde (ein bis zwei mal wöchentlich stattfindendes Beschäftigungsangebot für eine dreiviertel Stunde im Gemeinschaftsbereich der Station) und zu den Mahlzeiten aus ihren Zimmern. Im Aufenthaltsbereich bleiben die Bewohner sitzen, die Unterstützung benötigen, dies sind in der Regel dementiell erkrankte Bewohner. Sie verbleiben im Gemeinschaftsbereich beziehungsweise werden nach kurzem Aufenthalt im Zimmer wieder zurück in den Gemeinschaftsbereich gebracht. Dort sitzen vier bis sechs Bewohner, sie schweigen und dämmern vor sich hin. Die Pflegekräfte sind nicht anwesend, da zu dieser Zeit die Pflege in den Zimmern stattfindet, Pausen gemacht werden oder Arbeiten im Dienstzimmer (Tabletten vorbereiten, Pflegedokumentation erstellen) stattfinden. Die Bewohner sind weitgehend sich selbst überlassen.

Ab 10.30 Uhr werden die Bewohner nach und nach aus den Zimmern in den Gemeinschaftsraum gebracht. Die Gehfähigen kommen ebenfalls aus ihren Zimmern. Nach und nach füllt sich der Raum mit bis zu 25 Menschen. Es herrscht weitgehend Schweigen, bis gegen 11.45 mit den Vorbereitungen für das Mittagessen begonnen wird. Es werden die Tische eingedeckt und der Wärmewagen wird aus der Zentralküche geholt. Er wird im Speiseraum angeschlossen. Einige Bewohner, die eingenickt sind, wachen durch die entstehende Aktivität auf und schauen zum Wärmewagen. Die Speisetöpfe werden geöffnet und die Pflegekräfte portionieren die Speisen auf den Tellern. Jetzt entsteht Unruhe, einige Bewohner möchten als erstes ihr Essen erhalten, essen schnell und verlassen, noch bevor die letzten Bewohner ihr Essen bekommen haben, den Speiseraum. Als letztes erhalten die hilfebedürftigen Bewohner ihr Essen. Gegen 13.00 Uhr haben auch die letzten Bewohner ihre Speisen erhalten und werden, soweit sie Hilfe benötigen, in ihre Zimmer gebracht. Es wird abgeräumt, der Wärmewagen wird mit dem Geschirr in die Zentralküche gebracht und es kehrt wieder Stille ein. Diesmal sind alle Bewohner in ihren Zimmern. Es herrscht wiederum Stille bis zum Nachmittagskaffee.

Beobachtet wurde, dass dementiell erkrankte Bewohner, die gegen 10.40 bereits aus ihren Zimmern in den Aufenthaltsraum gebracht wurden, zu diesem Zeitpunkt erwartungsvoll an ihren Tischen saßen. Da bis 12.00 Uhr nichts weiter passiert und sie ihr Essen erst nach 12.00 Uhr gereicht bekamen, veränderte sich ihr Verhalten: Einige schliefen ein, wurden unruhig oder riefen laut nach jemanden. Ihr Hunger schien nach Ablauf der langen Wartezeit verflogen und sie aßen trotz aller Bemühungen durch das Personal nur eine kleine Portion.

### **Verlauf eines Vormittages in der Hausgemeinschaft**

8.25 Uhr. Die Bewohnerin wird von den Pflegekräften in die Wohnküche gebracht und an den Tisch gesetzt, die Pflegekräfte verlassen den Raum. Frau L. wird von der Wohnküchenmitarbeiterin begrüßt und beginnt, ihr Frühstück zu essen. An diesem Tag ist die Wohnküchenmitarbeiterin in ihrer Wohnküche alleine. Die Pflegemitarbeiter verteilen sich auf das gesamte Haus und sind in der Wohnküche nur zu bestimmten pflegerischen Handlungen anwesend wie zum Beispiel Medikamente verabreichen oder Nahrungshilfe bei Bewohnern mit Schluckstörungen geben. Während ihres Frühstücks unterhält sich die Wohnküchenmitarbeiterin mit ihr und den anderen Bewohnern am Tisch.

9.00 Uhr. Sie putzt sich akribisch die Krümel von ihrem Kleid; die Wohnküchenmitarbeiterin holt das Besteck aus der Spülmaschine versucht sie zu motivieren, beim Abtrocknen zu helfen. Zunächst möchte sie nicht, greift dann aber doch zu den Bestecken, die vor ihr liegen und beginnt ganz langsam mit dem Abtrocknen. Sie faltet das Handtuch zusammen und sortiert immer wieder das Besteck neu; sie wird mehrfach gelobt und freut sich, erhält einen Apfel – schält ihn selber und isst ihn; die Wohnküchenmitarbeiterin setzt sich mit ihrer Arbeit (Kartoffelschälen) zu ihr an den Tisch, sie schaut interessiert zu und sie unterhalten sich über die Kartoffeln, wie sie früher angebaut wurden und schmeckten.

10.50 Uhr. Die Wohnküchenmitarbeiterin bastelt zusammen mit den Bewohnern Grußkarten. Frau L. ist sofort eifrig dabei, schläft aber gelegentlich ein. Die Wohnküchenmitarbeiterin lässt sie ein kurzes Nickerchen machen; als sie erwacht möchte sie Sterne auf eine Karte kleben, die Mitarbeiterin hilft ihr dabei.

11.10 Uhr. Spontan fängt eine Bewohnerin an ein Lied zu singen, die Mitarbeiterin und Frau L. singen mit; Frau L. hält längere Zeit einen glitzernden Stern in der Hand, streicht immer wieder mit den Händen über den Stern, er scheint ihr zu gefallen; auf Vorschlag der Wohnküchenmitarbeiterin hängen sie ihn gemeinsam an ihre Zimmertür. Auf dem Herd kocht das Mittagessen, es duftet im ganzen Raum.

11.35 Uhr. Sie erhält überraschend Besuch von ihren Kindern, die zum Essen bleiben und ihr Gesellschaft leisten. Nach dem Essen trocknen sie gemeinsam das Besteck ab und bringen sie auf ein Nickerchen in ihr Zimmer.

Der sehr anregungsreiche Vormittag konnte mehrfach beobachtet werden. Hier übernehmen die Wohnküchenmitarbeiter die Beschäftigungsangebote für die Bewohner. Die Pflegekräfte kümmern sich vorwiegend um pflegerische Aufgaben und fühlen sich nicht für die Ansprache und Beschäftigung der Bewohner zuständig. Diesen Part übernahmen die Hauswirtschaftskräfte. Sie bastelten, spielten oder gingen mit den Bewohnern spazieren; sie sprachen auch immer wieder die Bewohner an und holten sie aus ihrer Lethargie.

Auch in der Hausgemeinschaft unterhalten sich die Bewohner nur wenig miteinander: Allein gelassen, saßen sie schweigend im Raum und starrten vor sich hin; sie warteten auf die Ansprache durch die Mitarbeiter. Erst das Personal vermittelte ein Gespräch zwischen den Bewohnern. Dies geschah zwanglos und beiläufig über die gemeinsamen Alltagstätigkeiten wie Kochen und Abtrocknen. Dadurch, dass immer eine Person in unmittelbarer Nähe anwesend war und alle hauswirtschaftlichen Aktivitäten vor den Bewohnern stattfanden, gab es immer etwas zu beobachten. Der Tag war mit Leben und Aktivität gefüllt.

Anhand der Tagesverläufe wird deutlich, dass die Mahlzeitsituation eine zentrale Möglichkeit der Interaktion und Kommunikation darstellt. Sie strukturieren den Tagesablauf. Neben besonderen Beschäftigungsangeboten und pflegerischen Handlungen stellen sie im Alltagsleben der Bewohner häufig das einzige „Ereignis“ am Tage dar. Mit diesem Ereignis verbunden sein könnte ein intensives soziales und sinnliches Erlebnis, das sich auf das Wohlfühlen der Bewohner auswirkt.

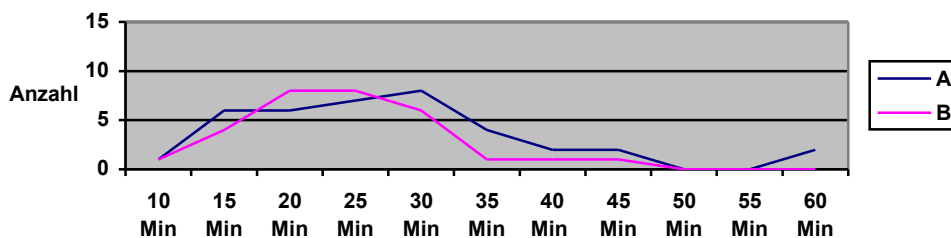
Es ist gleichzeitig eine vertraute Situation in die individuelle Erfahrungen und Bedürfnisse einfließen. Gleichzeitig ist die Mahlzeitsituation durch die strukturellen Vorgaben der Institution Heim geprägt: Die Herstellung der Speisen in Großküchen verursachen zeitliche Vorgaben wann gegessen werden soll. Nach diesen Vorgaben müssen sich Pflegekräfte und Bewohner richten. Um die Arbeitsabläufe und Arbeitszeiten in der Küche zu gewährleisten, muss das Geschirr zügig wieder in die Küche zurück gebracht werden. Darüber hinaus werden die Mahlzeiten nach ernährungsphysiologischen und finanziellen Vorgaben zusammengestellt und müssen mit dem Geschmack aller Bewohner abgestimmt werden. Es ist zu vermuten, dass die Mahlzeitsituation aufgrund dieser Vorgaben mit hohem Zeitdruck und Stress für die Mitarbeiter und Bewohner verbunden ist sowie wenig Raum für Individualität bleibt.

In diesem Zusammenhang ist zu fragen, wie viel Zeit die Bewohner mit den Mahlzeiten in beiden Settings verbringen und wie die Mahlzeitsituation gestaltet ist.

## Die Mahlzeitsituation

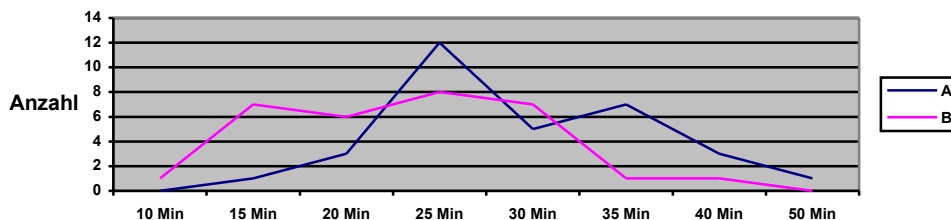
Es fällt auf, dass die Bewohner in der Vergleichseinrichtung schon gegen 8.10 Uhr mit dem Frühstück fertig sind, während in den Hausgemeinschaften die Bewohner den Tag entspannter beginnen und sich das Frühstück zum Teil bis 9.30 Uhr hinzieht. Ab 11.00 Uhr gibt es dann schon eine kleine Zwischenmahlzeit oder Getränke.

**Tabelle Nr. 20: Dauer des Frühstücks in der ersten und zweiten Untersuchungsphase in Einrichtung A und B in totalen Zahlen (DCM)**



In der Tabelle Nr.: 20 ist die Anzahl der Bewohner und die Dauer ihres Frühstücks abgebildet. Bei der Betrachtung wird deutlich, dass in der Vergleichseinrichtung die Mehrzahl der Bewohner das Frühstück in kürzerer Zeit einnehmen: in der Einrichtung B frühstücken acht Bewohner 20 Minuten, acht Bewohner 25 Minuten und sechs Bewohner 30 Minuten lang. Während in der Hausgemeinschaft das Frühstück deutlich länger dauert: in der Einrichtung A frühstücken sieben Bewohner 25 Minuten, acht Bewohner 30 Minuten, vier Bewohner 35 Minuten, zwei Bewohner 40 Minuten, zwei Bewohner 45 Minuten und zwei Bewohner 60 Minuten lang. Das Frühstück dauert in A im Durchschnitt vier Minuten länger als in B. Die Unterbrechungen in A zwischen den einzelnen F-Phasen (F = Food) werden gefüllt mit B +3 Werten (es gab etwas zu beobachten) in der Vergleichseinrichtung eher mit niedrigen Werten zum Beispiel B +1. Die F Werte erhöhen sich durch Kommunikation und besondere Zuwendung beim Essen. Die Werte sind in der Hausgemeinschaft höher als in der Vergleichseinrichtung (Tabelle Nr. 37).

**Tabelle Nr. 21: Dauer des Mittagessens in der ersten und zweiten Untersuchungsphase in Einrichtung A und B in totalen Zahlen (DCM)**



Beim Mittagessen werden die Unterschiede zwischen beiden Settings deutlich (Tabelle Nr. 21). In der Hausgemeinschaftseinrichtung wird im Durchschnitt 4 Minuten länger gegessen.

Die Anzahl (hier nicht abgebildet) der Zwischenmahlzeiten ist in A mit insgesamt 20 mal gegenüber 15 mal in der Vergleichseinrichtung häufiger. Überwiegen in der Vergleichseinrichtung das einmalige F bei den Zwischenmahlzeiten, so kann in der Hausgemeinschaft bis zu sechs F Einheiten (6 x 5 Minuteneinheiten) beobachtet werden.

Die F Einheiten werden in der Vergleichseinrichtung häufig unterbrochen durch Zeiten des passiven B, das heißt dem Beobachten, was am Nachbartisch geschieht. Bewohner, die Nahrungshilfe benötigen, müssen zum Teil bis zu 30/40 Minuten nach Beginn der Essensverteilung auf ihre Hilfe warten, da mehrere diese Hilfe benötigen, aber die anwesenden drei Kräfte die Mahlzeiten an alle verteilen und deshalb nur einer zur Zeit Hilfestellung erhalten konnte. Die Mitarbeiter geraten angesichts dieser Situation in Stress und reagierten zum Teil barsch oder kurz angebunden auf Wünsche von Bewohnern. Dies führt wiederum zu Unmut und Beschwerden bei einigen Bewohnern.

Bis der letzte Bewohner seine notwendige Unterstützung beim Essen erhält, ist sein Hunger verflogen und er ist entweder unruhig und aggressiv geworden oder dämert vor sich hin. Entsprechend wenig kann er zu dem Zeitpunkt essen. Die Mitarbeiter können sich anschließend abmühen, in der Regel vergeblich. Wäre die Unterstützung früher geschehen, hätte er vermutlich sehr viel mehr gegessen.

An dieser Situation kann die Problematik der Gleichzeitigkeit von Bedürfnissen vieler Bewohner in stationären Einrichtungen, wie sie von Saake (1998) beschrieben wurde, nachvollzogen werden. Da die Speisezeiten institutionell vorgegeben sind, möchten alle Bewohner möglichst zeitgleich ihr Essen einnehmen und nicht erst lange warten müssen. Es müsste dementsprechend mehr Personal zur Unterstützung zur Verfügung stehen, was aber nicht der Fall war. Folglich musste das Personal in der Hilfestellung Prioritäten setzen. Dies ging immer zu Lasten der dementiell Erkrankten: Sie waren die letzten, die Hilfe erhielten.

Es ist zu vermuten, dass die Mahlzeitsituation auch Einfluss auf den Ernährungszustand der Bewohner hat.

### **Interaktionsformen der positiven Personenerbeit**

Anhand der Beschreibung des Tageslaufes in den Hausgemeinschaften wird deutlich, dass hier eine Reihe von Interaktionsformen der positiven Personenerbeit (Kitwood, 2000, 134-137, Auflistung siehe Anhang) anzutreffen sind, die für eine gute Qualität der Pflege sprechen.

Interaktionsformen der positiven Personenerbeit sind:

**Anerkennen:** in der kleinen Gruppe sind die Bewohner persönlich bekannt; über Gespräche werden Erinnerungen geweckt und an ihnen angeknüpft.

**Verhandeln:** die Bewohner werden direkt mit ihren Vorlieben, Wünschen und Bedürfnissen in das Alltagsgeschehen einbezogen und bestimmen zum Beispiel über das Essen oder ihre Tätigkeiten im Haushalt.

**Zusammenarbeiten:** gemeinsames Arbeiten im Haushalt je nach den Möglichkeiten und Wünschen der Bewohner. Beziehungen zwischen den Wohnküchenmitarbei-

tern und den Bewohnern scheinen eng zu sein, da sie viel Zeit miteinander in der Küche verbringen und sie mehr miteinander tun. Über das gemeinsame Kartoffelschälen usw. ergibt sich eher ein Gespräch und eine Arbeitsbeziehung.

**Timalation:** die sinnlichen Wahrnehmungs- und Erlebensmöglichkeiten sind vielfältig, da das Essen und der Kaffee in der unmittelbaren Nähe zubereitet werden. Die Bewohner riechen, schmecken, beziehungsweise hören die Geräusche und fühlen sich an Bekanntes erinnert, zum Beispiel der Milchreis brennt an – alle riechen es und es wird gemeinsam über das Malheur gelacht.

**Feiern:** die Stimmung bei den Mahlzeiten ist häufig aufgeschlossen und gesellig; die Trennung zwischen Mitarbeitern und Bewohnern verändert sich, wenn zum Beispiel kleine Gelegenheiten zum „feiern“ genutzt werden, zum Beispiel wird ein kleiner Spaziergang anschließend gemeinsam mit einem Gläschen Eierlikör gefeiert.

**Entspannen:** in der kleinen Gruppe ist es möglich, das Tempo auf den einzelnen Bewohner abzustimmen und Zeiten der Entspannung mit aufzunehmen, zum Beispiel indem die Bewohner in der Wohnküche ein Nickerchen machen können oder einfach nur beobachten, was um sie herum geschieht. Durch die ständige Anwesenheit einer Mitarbeiterin sind sie nicht allein gelassen und können den Kontakt bei Bedarf aufnehmen.

Die Interaktionsformen der positiven Personenerarbeit sind in den Hausgemeinschaften täglich anzutreffen und stellen keine Ausnahmesituation dar.

In der Vergleichseinrichtung kommt zum Beispiel die positive Personenerarbeit „Spielen“ vor. Sie stellt aber eine Ausnahmesituation dar, da sie nur an den Tagen und Zeitabschnitten vorkommt, in denen die Beschäftigungsgruppe angeboten wird. Dies gilt ebenfalls für die Kategorie „Feiern“. Es gibt verschiedene Feste (zum Beispiel Freimarktsfest, Martinsgansessen, Karneval), an denen auch in der Vergleichseinrichtung gefeiert wird. Allerdings sind sie kein fester Bestandteil der täglichen Arbeit und die Trennung zwischen Mitarbeitern und Bewohner bleibt bestehen.

## **Personale Detraktionen**

Die personalen Detraktionen werden im DCM zur Beurteilung der Pflegequalität herangezogen. Die PDCs (personalen Detraktionen, Bradford Dementia Group, 1997, 63) spiegeln die direkte Interaktion und Kommunikation mit den Betroffenen wieder. In ihnen wird die Professionalität im Umgang mit dementiell erkrankten Bewohnern abgebildet. Die 17 personalen Detraktionen werden in Kategorien von a = mild/b = mäßig/c = schwer und d = sehr schwer unterteilt (Auflistung der personalen Detraktionen im Anhang).

Es fällt auf, dass nur drei personale Detraktionen in der Hausgemeinschaften beobachtet werden konnten, während in der Vergleichseinrichtung neun verschiedene zum Teil mehrfach auftraten. Damit scheint die Qualität der Interaktion und Kommunikation mit den Betroffenen in der Vergleichseinrichtung erheblich schlechter zu sein als in der Hausgemeinschaft.

### **Personale Detraktionen in der Hausgemeinschaft:**

Beobachtet werden konnten zwei PDCs in der ersten und zweiten Untersuchung bei den bei der Beobachtung anwesenden Bewohnern:

- PDC 4a: Einschüchtern - ein Bewohner wurde nach aggressivem Verhalten gemäßregelt und aus dem Raum geführt.
- PDC 12a: Zwingen - ein Bewohner wurde gegen seinen Willen über den Flur in die Wohnküche gebracht.
- PDC 3a: Infantilisieren – eine Bewohnerin wurde überfürsorglich behandelt.

### **Personale Detraktionen in der Vergleichseinrichtung :**

Beobachtet werden konnten mehrfach PDCs bei den bei der Beobachtung anwesenden Bewohnern in der ersten und zweiten Untersuchung:

- PDC 13a bis b: Vorenthalten - Bewohner möchte noch etwas zu essen, äußert dies fünf mal, bekommt es nicht (mehrfach); Bewohner rufen - erhalten keine Antwort.
- PDC 13b: Vorenthalten - Bewohner ruft und winkt zu den Pflegekräften, sie ignorieren sein Kontaktbedürfnis; Kaffee wird einfach ohne Ansprache hingestellt (mehrfach).
- PDC 1c: Betrügen - Bewohner möchte auf sein Zimmer, es wird versprochen, ihn gleich zu bringen und es dann nicht getan.
- PDC 11c: Ignorieren - Bewohner schreien in ihrem Zimmer, es wird nicht darauf reagiert sondern weiter gearbeitet als wäre nichts (mehrfach).
- PDC 2c: Entmächtigen - Bewohner will aufstehen, er wird einfach wieder in den Rollstuhl gesetzt; Bewohner wird die Klingel ausgestellt ohne dass er Hilfe erhält; Bewohner mögen die Suppe nicht -Mitarbeiter sagt es gibt nichts anderes.
- PDC 12b bis d (sehr schwer): Zwingen - lautes Radio/Fernsehen mit angstmachendem Programm (mehrfach), Bewohner werden nicht gefragt.
- PDC 12a: Zwingen - einem Bewohner wird ein Getränk aufgedrängt; Bewohner versucht aufzustehen, erhält keine Unterstützung und gibt entnervt auf.
- PDC 14 b: Anklagen - Bewohner werden für ihr Verhalten ausgeschimpft (mehrfach) oder werden zurechtgewiesen.
- PDC 17c: Herabsetzen und verächtlich machen - andere Bewohner rufen zu einem Bewohner: „halt die Klappe“- keiner der Mitarbeiter schreitet ein.
- PDC 3b: Infantilisieren - Bewohner werden mit „Schatz“ angesprochen (mehrfach).



- PDC 15b: Unterbrechen – Bewohner sortieren Servietten und Küchentücher, sie werden ihnen ohne Kommentar weggenommen und demonstrativ weggelegt.

In der Vergleichseinrichtung waren überwiegend Pflegekräfte tätig. Die eingesetzten Pflegekräfte besaßen zu 50 Prozent eine Ausbildung zur Altenpflegefachkraft; Die pflegerischen Hilfskräfte zum Teil eine pflegerische Grundausbildung von sechs Wochen. In der Hausgemeinschaft waren in den Wohnküchen unausgebildete beziehungsweise hauswirtschaftlich ausgebildete Kräfte tätig. Sie besaßen keinerlei pflegerische Ausbildung. Wenn eine Ausbildung in der Altenpflege die Mitarbeiter zu einer angemessenen Interaktion und Kommunikation befähigt, hätte dieses Ergebnis anders ausfallen müssen. Da dies nicht so ist, lässt das Ergebnis auf Unsicherheit und Überforderung der Pflegemitarbeiter im Umgang mit demenzell erkrankten Bewohnern schließen. Eine mögliche Ursache könnte in der nicht ausreichenden Qualifizierung in Interaktion und Kommunikation mit demenzten Menschen liegen. Eine weitere Ursache für die festgestellte Überforderung könnte in der engen Personalbesetzung und der Vermischung von pflegerischen und hauswirtschaftlichen Tätigkeiten, die zeitgleich anfallen, bestehen.

Andererseits scheint die Gleichzeitigkeit der Bedürfnisse vieler Bewohner bei gleichzeitiger niedriger Mitarbeiteranzahl zu hohen Belastungen der Mitarbeiter zu führen, die sich in rigideren Umgangsformen niederschlugen. Hinzu kam die Einseitigkeit der Kontaktaufnahme. So fanden Kontakte immer nur dann statt, wenn ein konkreter Hilfebedarf der Bewohner vorlag und zu den Mahlzeiten. Diese Begegnung wurde dementsprechend überwiegend von Defiziten ausgelöst.

Die Ergebnisse legen den Schluss nahe, dass in der Hausgemeinschaft die Qualität der Interaktion und Kommunikation zwischen Pflegepersonal und Bewohnern höher ist und der Anlass zur Begegnung nicht zwangsläufig mit Hilfebedarfen seitens der Bewohner zu tun hat.

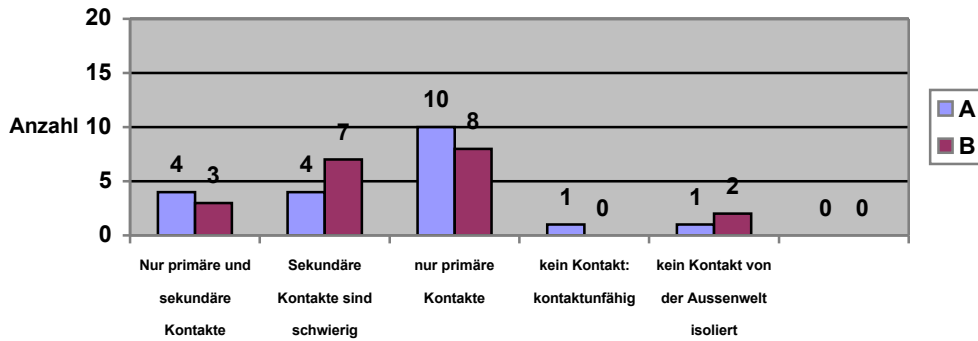
#### **7.1.4. Aufrechterhaltung sozialer Bezüge**

Gibt es Beziehungen zwischen dem Setting und der Aufrechterhaltung beziehungsweise dem Aufbau von sozialen Kontakten?

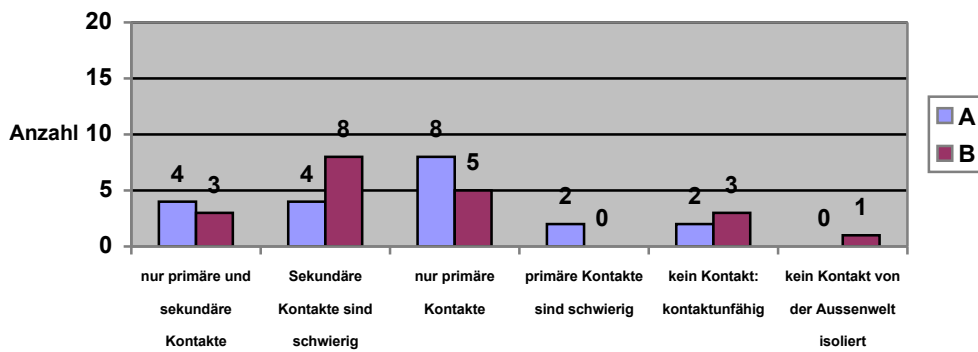
#### **Beeinträchtigungen für soziale Beziehungen**

Als Grundlage für die Einschätzung der Aufrechterhaltung beziehungsweise dem Aufbau von sozialen Kontakten dienen die von Plaisir© ermittelten Beeinträchtigungsgrade der Bewohner. Hier ist die Frage zu stellen, inwiefern die Bewohner vergleichbar sind und ob es Veränderungen zwischen beiden Erfassungszeiträumen gibt.

**Tabelle Nr. 22: Verteilung der Bewohner nach Beeinträchtigungsgrad Soziale Beziehungen erste Untersuchung in totalen Zahlen (Plaisir©)**

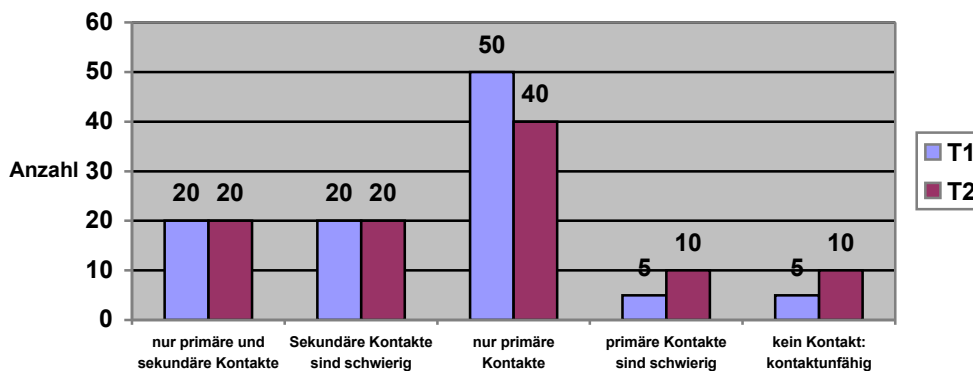


**Tabelle Nr. 23: Verteilung der Bewohner nach Beeinträchtigungsgrad Soziale Beziehungen zweite Untersuchungsphase in totalen Zahlen (Plaisir©)**



Anhand der Tabellen Nr. 22 und 23 wird deutlich, dass die Bewohner in beiden Einrichtungen sehr ähnliche Beeinträchtigungen im Bereich der sozialen Beziehungen haben. Es ist eine leichte Verschlechterung der Beeinträchtigungen zwischen beiden Untersuchungszeiträumen zu verzeichnen. Dies gilt auch für die Hausgemeinschaftseinrichtung.

**Tabelle Nr. 24: Einschränkungen der sozialen Beziehungen Hausgemeinschaftseinrichtung in der ersten und zweiten Untersuchungsphase in Prozent (Plaisir© N= 20)**



Anhand der Tabellen 22, 23 und 24 werden die vielfältigen Beeinträchtigungen der Bewohner in beiden Einrichtungen im Zusammenhang mit der Fähigkeit, soziale Kontakte aufnehmen zu können beziehungsweise sie aufrechtzuerhalten, sichtbar. Dies bestätigt die Einschätzung, dass dementiell erkrankte Bewohner in der Kontaktaufnahme Unterstützung und Begleitung benötigen.

Eine wichtige Voraussetzung zur Kontaktaufnahme ist der Aufenthalt in öffentlichen Räumlichkeiten, in denen soziale Begegnung stattfinden kann. Dem gegenüber steht der Aufenthalt im eigenen Zimmer. Ein Beitrag des Settings könnte darin bestehen, für Begegnung einen Raum zuzuschaffen, in dem eine gelungene Kontaktaufnahme möglich ist. Es ist deshalb die Frage zu stellen, wie viel Zeit die Bewohner in den unterschiedlichen Settings in den Gemeinschaftsräumen verbringen.

### **Aufenthalt in öffentlichen Räumen**

Die Zeitabschnitte, die im Rahmen des DCM erfasst werden, geben dazu Auskunft. In ihnen wird abgebildet, wie viel Zeit die Bewohner in den öffentlichen Räumen verbringen. Auffällig ist, dass die Bewohner in den Hausgemeinschaften deutlich mehr Zeit in den öffentlichen Räumen verbringen und die Werte sich von der ersten zur zweiten Untersuchung deutlich erhöhen. In Einrichtung A wurden in T1 1556 und in T2 1693 Zeitabschnitte des Aufenthalts in öffentlichen Räumen erfasst. In der Vergleichseinrichtung B wurden in T1 766 und in T2 834 Zeitabschnitte erfasst. Da jeder Zeitabschnitt fünf Minuten ausmacht, kann festgehalten werden, dass die Bewohner in der Hausgemeinschaft in T1 7780 Minuten und in T2 8469 Minuten verbrachten, während es in der Vergleichseinrichtung in T1 3830 und in T2 4170 Minuten waren (Tabelle Nr. 25).

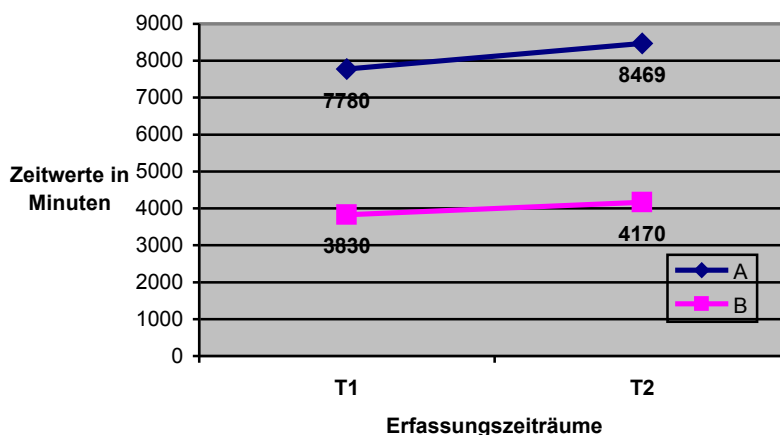
Die Bewohner hielten sich in der Vergleichseinrichtung doppelt so lange in ihren eigenen Räumlichkeiten auf wie in der Hausgemeinschaft. Die Bewohner der Hausgemeinschaften verbrachten mehr Zeit in der Wohnküche und hatten die Möglichkeit zu Interaktion und Kommunikation mit den dort anwesenden Personen. Darüber hinaus hatten sie eher die Möglichkeit zur Beschäftigung und Teilhabe an dem Geschehen. Die Bewohner in der Vergleichseinrichtung nutzten ihre Aufenthaltsbereiche nicht im gleichen Umfang. Dies könnte mit der Weitläufigkeit des

Speiseraumes, der mangelnden Anwesenheit des Personals und den nichtvorhandenen Aktivitäten zusammenhängen. Die Bewohner verließen den Speiseraum unmittelbar nach Beendigung der Mahlzeiten, gingen auf ihre Zimmer oder begaben sich auf die Suche nach anderen Beschäftigungsmöglichkeiten. Die gehfähigen dementiell Erkrankten suchten nach den Mitarbeitern und beruhigten sich erst, wenn sie in ihrer Nähe bleiben konnten.

Das Personal befand sich zu bestimmten Zeitabschnitten in den Aufenthaltsräumen der Vergleichseinrichtung. Diese Zeitabschnitte beschränkten sich auf die Tätigkeiten rund um die Mahlzeiten und den Transfer der Bewohner zwischen Zimmer und Aufenthaltsraum. Alle weiteren Tätigkeiten fanden hinter verschlossenen Türen in den Bewohnerzimmern oder Pflegearbeitsräumen statt.

In den Zeiten zwischen den Mahlzeiten saßen die dementiell erkrankten Bewohner, die auf die Unterstützung durch das Personal beim Verlassen des Raumes angewiesen waren, im Speisesaal. Dort blieben sie sich weitgehend selbst überlassen. Eine Kommunikation miteinander kam nicht zustande. Einige Bewohner begannen laut zu rufen oder mit Klopfen auf sich aufmerksam zu machen. Daraufhin wurden sie in ihre Zimmer oder in den zweiten Aufenthaltsraum gebracht und der Fernsehapparat eingeschaltet. Es konnte beobachtet werden, dass dementiell Erkrankte dem Fernsehprogramm nur kurz Aufmerksamkeit schenkten, dann in sich versanken, unruhig oder aggressiv wurden. Dies führte wiederum dazu, dass das Personal auf sie aufmerksam wurde und sie in ihre Zimmer begleitete. Das „auffällige“ Verhalten der Bewohner führte zu Aufmerksamkeit durch das Personal. Ihre Reaktionen beschränkten sich auf den Transfer in das Zimmer.

**Tabelle Nr. 25: Aufenthaltszeiten in öffentlichen Räumen in Minuten in der ersten und zweiten Untersuchungsphase in Einrichtung A und B (DCM)**



Die Ergebnisse lassen den Schluss zu, dass in den Hausgemeinschaften erheblich mehr Zeit in den öffentlichen Räumen (Wohnküche) verbracht wird und mehr Möglichkeiten des sozialen Kontaktes sowie der sozialen Teilhabe am täglichen Leben bestehen.

Ein besonders wichtiger Aspekt im Zusammenhang mit der Aufrechterhaltung sozialer Beziehungen ist der Kontakt zu Angehörigen und, soweit vorhanden, Bekannten und Freunden. Konnte der Kontakt in der Heimsituation aufrechterhalten werden?

### **Besuche von Angehörigen und Bekannten**

Die Anzahl der Besuche wurden während der DCM-Erfassung beobachtet und in den Feldnotizen festgehalten. In Einrichtung A wurden in beiden Untersuchungsphasen insgesamt 22 Besuche beobachtet (davon waren vier Besuche von Bekannten, die restlichen von Ehemann, Kindern, Nichten und Schwiegertochter). Im gleichen Zeitraum wurden in der Einrichtung B insgesamt sieben Besuche erfasst (davon war kein Besuch von Bekannten und Ehepartnern, sondern von Kindern und Schwiegertochter). Dies sind deutlich weniger Besuche als in der Hausgemeinschaftseinrichtung. Einschränkend müssen die Erfassungszeiten berücksichtigt werden. Die Erfassung vor Ort wurde in der Zeit von 8.00 bis 16.00 Uhr vorgenommen. Alle Besuche die nach 16.00 Uhr stattfanden, wurden nicht erfasst. Es ist davon auszugehen, dass einige berufstätige Angehörige erst später am Tage zu Besuch kamen.

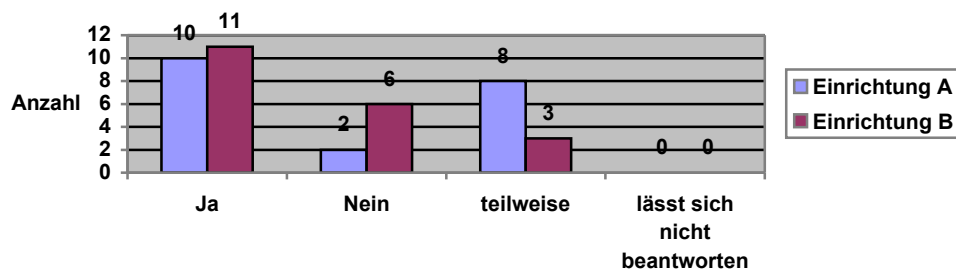
Auffällig ist, dass in der Einrichtung A regelmäßig drei Angehörige zu den Mahlzeiten anwesend waren, während in der Einrichtung B dies in keinem Fall beobachtet werden konnte.

### **Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung zu den Fragen:**

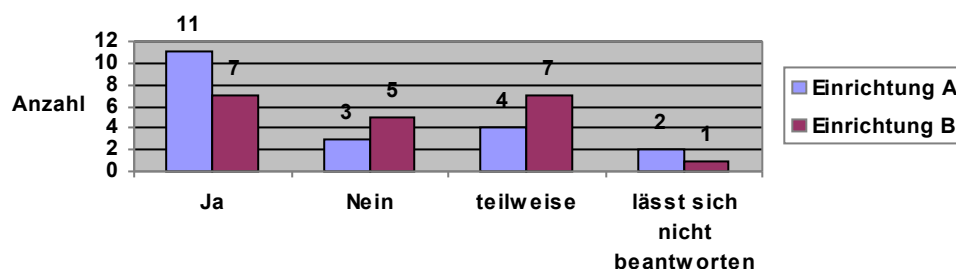
Hat der Bewohner Kontakt zu anderen Bewohnern aufgenommen?  
und

Konnte der Bewohner den Kontakt zu ihren Angehörigen, Freunden und Bekannten aufrechterhalten?

**Tabelle Nr. 26: Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung zu „Kontakt zu anderen Bewohnern“ in der ersten Untersuchungsphase in Einrichtung A und B in totalen Zahlen**



**Tabelle Nr. 27: Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung zu Kontakt zu anderen Bewohnern in der zweiten Untersuchungsphase in Einrichtung A und B in totalen Zahlen**



Im Gegensatz zu den oben aufgezählten tatsächlich beobachteten Kontakten zu den Angehörigen antworteten in beiden Einrichtungen die Mitarbeiter einheitlich mit einer überwältigenden Zustimmung (A T1 = 19/B T1 = 19/A T2 = 18/B T2 = 18) auf die Frage zur Aufrechterhaltung der Angehörigenkontakte (Tabelle Nr. 26 und 27). Die Kontaktaufnahme zu anderen Bewohnern in der Einrichtung wurde demgegenüber verhaltener bejaht. Hier lassen sich Unterschiede zwischen der Hausgemeinschaft und der Vergleichseinrichtung feststellen. Während in der Hausgemeinschaft die Werte leicht ansteigen, fallen sie in der Vergleichseinrichtung.

Demnach können Bewohner in den Hausgemeinschaften leichter Kontakt zu anderen Bewohnern finden.

### 7.1.5. Aufrechterhalten der Alltagsgewohnheiten und Alltagsrhythmen

In welcher Weise trägt ein an der alltagsnahen Normalität ausgerichtetes Versorgungssetting zur Kompensation negativer Heimauswirkungen wie zum Beispiel des „unausweichlichen Traumas“ des Heimeinzugs bei?

Als Anzeichen für negative Heimauswirkungen könnten Stimmungen wie Rückzug, Traurigkeit und Angst, sowie eine Zunahme der Verhaltensauffälligkeiten, herangezogen werden.

### **Probleme der Stimmung und Verhaltensauffälligkeiten**

Bei der Betrachtung der Daten aus der Hausgemeinschaft fällt auf, dass eine Zunahme der Verhaltensauffälligkeiten nicht festgestellt werden konnte. Lediglich ein leichter Anstieg der Traurigkeit bei einem Bewohner, keine Veränderung bei der anhaltenden Angst (bei einem Bewohner) und beim Rückzug (bei zwei Bewohnern). Zu verzeichnen ist ein Verschwinden der physischen Aggressionen. Eine Zunahme von Verwirrung und weiterer Verhaltensprobleme von der Einzugsphase bis zur Verweilphase ist nicht zu beobachten, im Gegenteil, es ist in einem Fall das Verschwinden der physischen Aggressionen zu verzeichnen.

Sind die Daten zu dieser Problematik sehr dünn, so sind die Aussagen der Mitarbeiter aussagekräftiger. Sie beschreiben in beiden Einrichtungen überwiegend eine positive Entwicklung der Bewohner und ein Nachlassen von Verhaltensauffälligkeiten.

In der Vergleichseinrichtung wurde die Verbesserung depressiver Stimmungen bei einer Bewohnerin festgestellt, nachdem sie in ein Einzelzimmer umziehen konnte. Die Doppelzimmersituation scheint eine zusätzliche Belastung für die Bewohner darzustellen und erfordert besonders in der emotional belasteten Integrationsphase eine hohe Anpassungsleistung.

Die Ergebnisse lassen den Schluss zu, dass in den Hausgemeinschaften keine Verschlechterung der Verhaltensproblematik im Zusammenhang mit dem Heimeinzug zu verzeichnen ist.

### **7.1.6. Aktivitäten und Wohlbefinden**

Inwiefern trägt eine anregungsreiche Gestaltung der Altenpflegeheime dazu bei, Erfolgserlebnisse, sensorische Erfahrungen und soziale Zuwendung zu ermöglichen und andererseits eine Reduzierung von Aktivitäten zu verhindern?

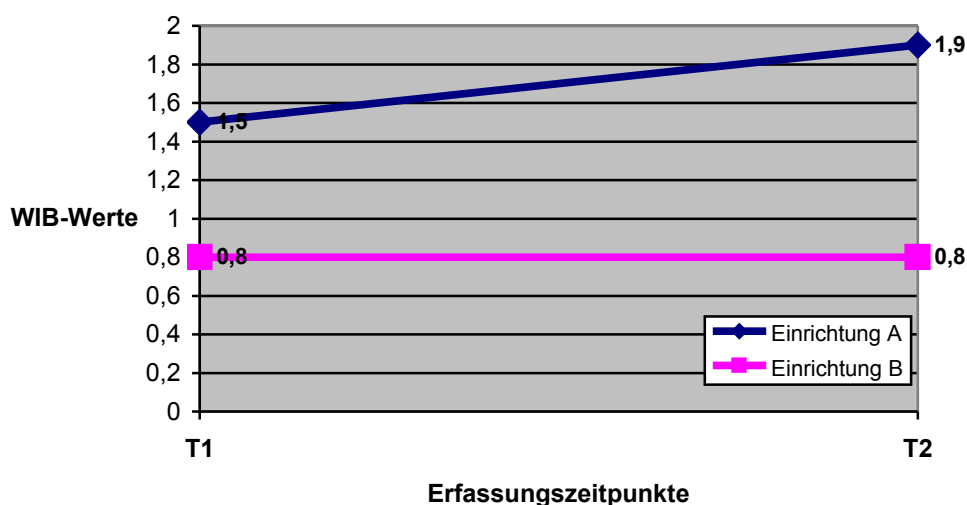
#### **Relatives Wohlbefinden**

Die Wohlbefindenswerte aus der DCM-Erfassung zeigen, dass die Bewohner in den Hausgemeinschaften sich wohler fühlen und sich dieses Gefühl im weiteren Aufenthalt in der Einrichtung steigert (Tabelle Nr.28). Die Ergebnisse der DCM-Erfassung werden durch die Einschätzungen der Mitarbeiter, der Angehörigenbefragung und den Rückmeldungen der Untersucher gestützt. Die Untersucher beobachteten in der Hausgemeinschaft ein allgemeines Wohlbefinden bei den Bewohnern, den Angehörigen, den Mitarbeitern und bei sich selbst. Dieses Wohlbefinden scheint sich durch die kleine Gruppe wechselseitig zu verstärken.

Damit stellt sich die Frage, in wie fern sich die Beobachter dieser Wirkung entziehen konnten und ihre ermittelten Werte das tatsächliche Geschehen abbilden können. Deshalb sollten die Werte mit Einschränkung und im Zusammenhang mit den Ergebnissen der Befragungen und Beobachtungen betrachtet werden. Eine weitere

Einschränkung in der Interpretation der Werte ergibt sich aus zwei möglichen verzerrenden Einflüsse (siehe Kapitel 6.3.3). Erstens kann die positive Entwicklung der Werte in der zweiten Erfassung durch Lerneffekte auf Grund der Rückmeldungen der PEs und PDCs aus der ersten Erfassung beeinflusst sein. Das würde bedeuten, dass sie die Mitarbeiter der Hausgemeinschaften zur Weiterentwicklung genutzt haben. Zweitens kann der Wohlfühlwert durch krankheitsbedingte Ausfälle des Personals beeinflusst werden. Demnach gelingt es in der Hausgemeinschaft eher, die Ausfälle durch verschiedene Maßnahmen aufzufangen.

**Tabelle Nr. 28: Zusammenfassende Darstellung der Wohlbefindenswerte (DCM)**



In der folgenden Übersicht Nr. 29 wird die gesamte Datengrundlage in Bezug auf die WIB-Werte dargestellt. Ersichtlich wird, wie sich die Wohlbefindenswerte in beiden Einrichtungen verteilen. WIB-Wert +5 stellt den Wert dar, der das höchste Maß an Wohlbefinden ausdrückt. Die stärkste negative Beeinflussung des Wohlbefindens wird mit dem WIB-Wert -5 belegt.



**Tabelle Nr. 29: Übersicht der einzelnen WIB-Werte (DCM)**

**(Einrichtung A)**

<b>T1</b>	<b>T2</b>	
1058	915	WIB-Gruppenwerte
1556	1693	Zeitabschnitte
<b>1,5</b>	<b>1,9</b>	<b>Gruppen WIB Wert</b>
17- 2%	25- 3%	WIB +5
299-28%	349-38%	WIB +3
662-63%	531-58%	WIB +1
76- 7%	10- 1%	WIB -1
0- 0%	0- 0%	WIB -3
0- 0%	0- 0%	WIB -5

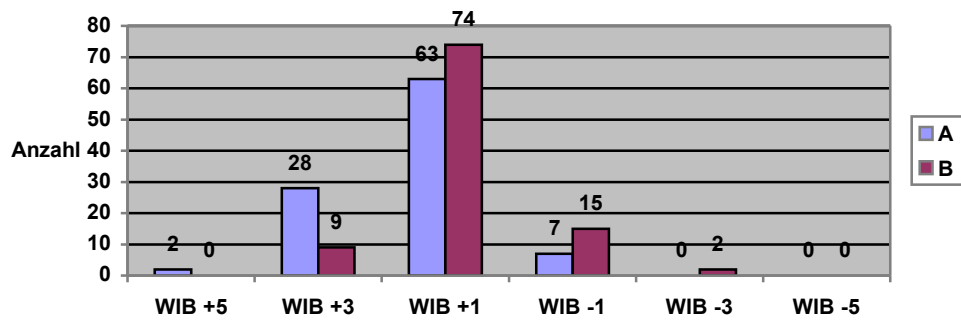
**(Einrichtung B)**

<b>T1</b>	<b>T2</b>	
979	988	WIB-Gruppenwerte
766	834	Zeitabschnitte
<b>0,8</b>	<b>0,8</b>	<b>Gruppen WIB Wert</b>
17- 0%	2- 0%	WIB +5
85- 9%	113-11%	WIB +3
724-74%	708-72%	WIB +1
150-15%	142-14%	WIB -1
16- 2%	17- 2%	WIB -3
3- 0%	6- 1%	WIB -5

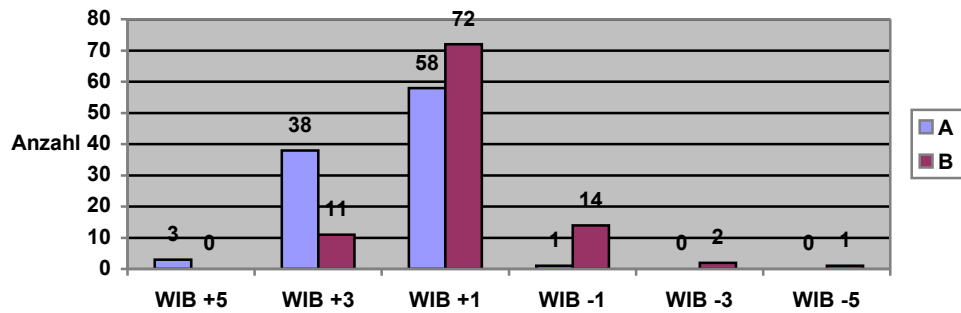
Zur besseren Übersichtlichkeit werden die einzelnen WIB-Werte in Form von Balkendiagrammen dargestellt. Bei der Betrachtung der Tabellen Nr. 28 und 29 fällt auf, dass der Wohlbefindenswert (1,5) bei Einzug in die Hausgemeinschaft fast doppelt so hoch ist wie in der Vergleichseinrichtung (0,8). Der Wohlbefindenswert steigt mit der Verweildauer in der Hausgemeinschaft auf 1,9 an, während er in der Vergleichseinrichtung auf 0,8 stehen bleibt. Dies ist nicht mit einer Verschlechterung des Allgemeinzustandes der Bewohner in der Vergleichseinrichtung zu erklären, da der durchschnittliche Pflegebedarf pro Bewohner pro Tag zwischen dem ersten und dem zweiten Untersuchungszeitraum nicht wesentlich ansteigt und in beiden Einrichtungen vergleichbar hoch ist.

Des Weiteren steigen die Wohlbefindenswert der Bewohner der Hausgemeinschaft in den höheren WIB Werten wie WIB +3 (von 28 auf 38 Prozent) und +5 (von 2 auf 3 Prozent) an (Tabellen Nr. 30, 31, 32 und 33). Diese Kategorien sind mit einem erheblichen Wohlfühlen der Bewohner verbunden. Darüber hinaus nimmt die einzige hier erfasste negative WIB-Wertkategorie -1 von 7 Prozent auf 1 Prozent ab. Werte wie -3 und -5 kommen in den Hausgemeinschaften im Gegensatz zu der Vergleichseinrichtung nicht vor. In der Vergleichseinrichtung ist eine leichte Zunahme von +3 Werten (von 9 auf 11 Prozent) von T1 zu T2 und das erstmalige Auftreten von -5 Werten (1 Prozent) in T2 zu verzeichnen.

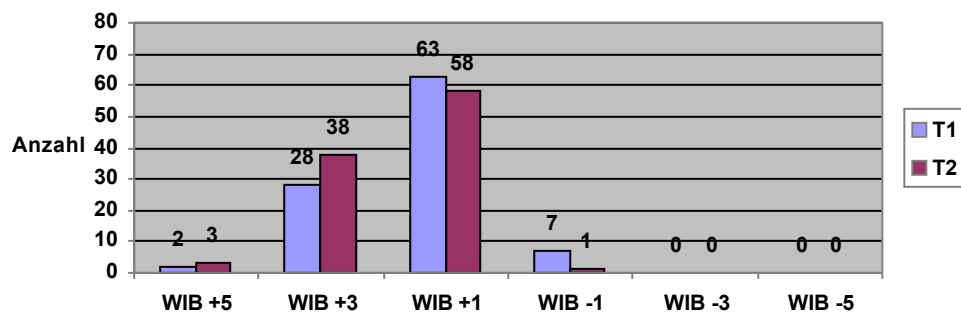
**Tabelle Nr. 30: Zusammenfassende Darstellung der Wohlbefindenswerte in der ersten Untersuchungsphase in Einrichtung A und B in Prozent (DCM, N= 20)**



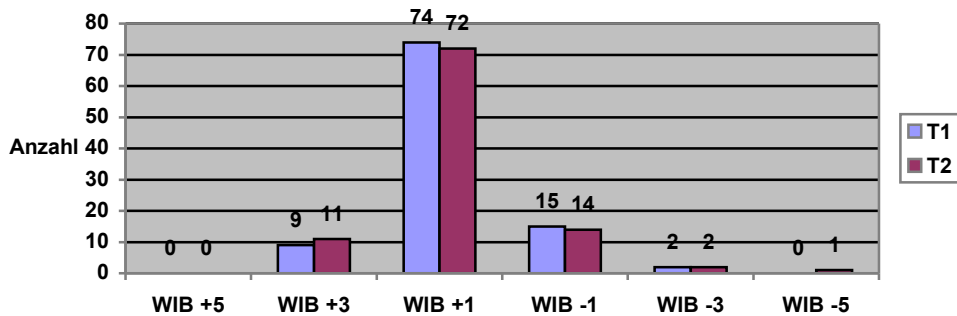
**Tabelle Nr. 31: Zusammenfassende Darstellung der Wohlbefindenswerte in der zweiten Untersuchungsphase in Einrichtung A und B in Prozent (DCM, N = 20)**



**Tabelle Nr. 32: Darstellung der Wohlbefindenswerte in der ersten und zweiten Untersuchungsphase nur Hausgemeinschaftseinrichtung in Prozent (DCM, N = 20)**



**Tabelle Nr. 33: Darstellung der Wohlbefindenswerte in der ersten und zweiten Untersuchungsphase nur Vergleichseinrichtung in Prozent (DCM, N = 20)**



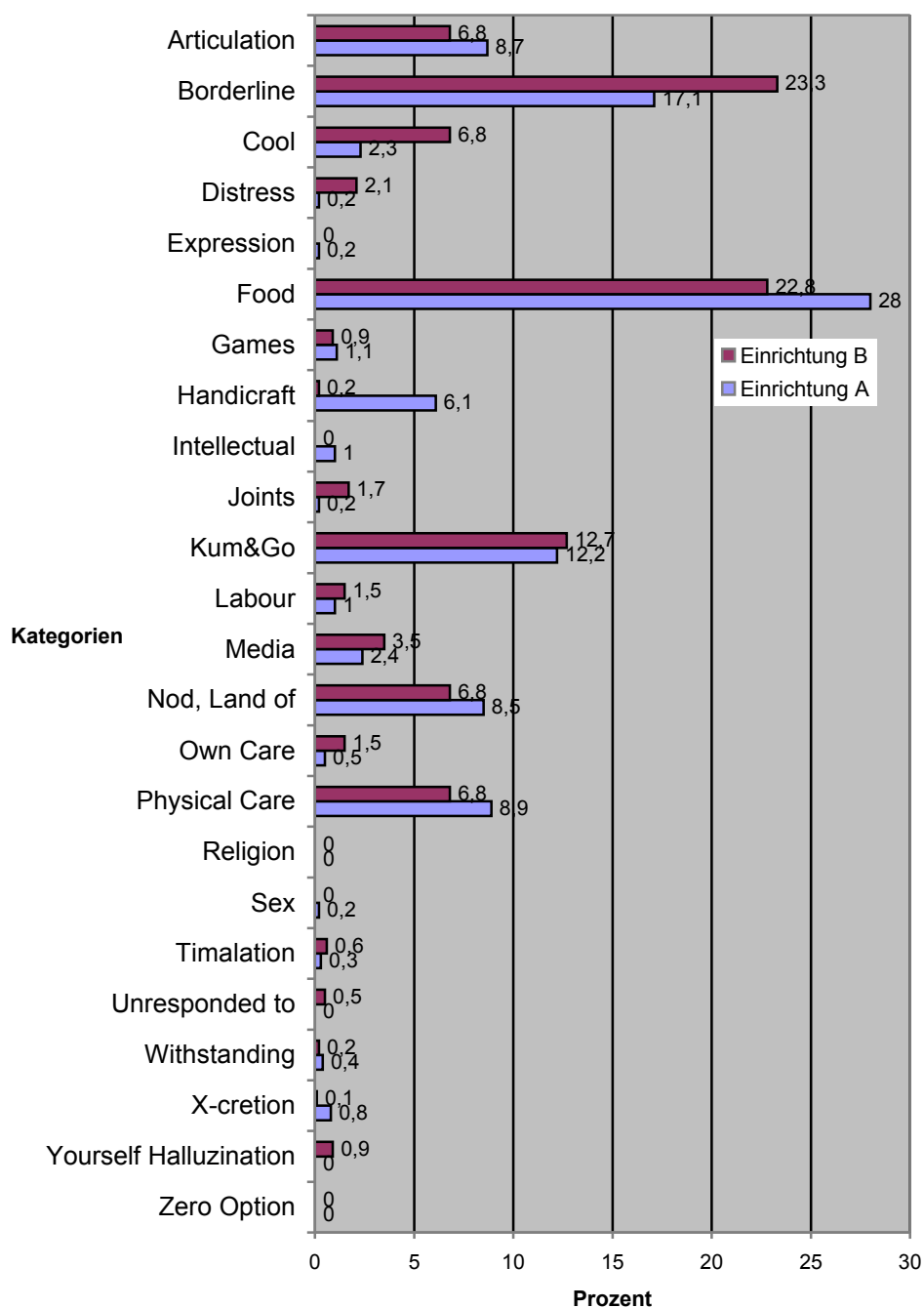
### Verhaltenskategorien

Anhand der 24 Verhaltenskategorien des DCM können die Aktivitäten der Bewohner über den Erfassungszeitraum erfasst und dargestellt werden (zu den einzelnen Verhaltenskategorien siehe Anhang). Laut Manual Nr. 7 (Bradford Dementia Group, 1997, 29) stellen die Verhaltenskategorien eine Art „Fingerabdruck“ der Pflegeumgebung dar (Tabellen Nr.34 und 35).

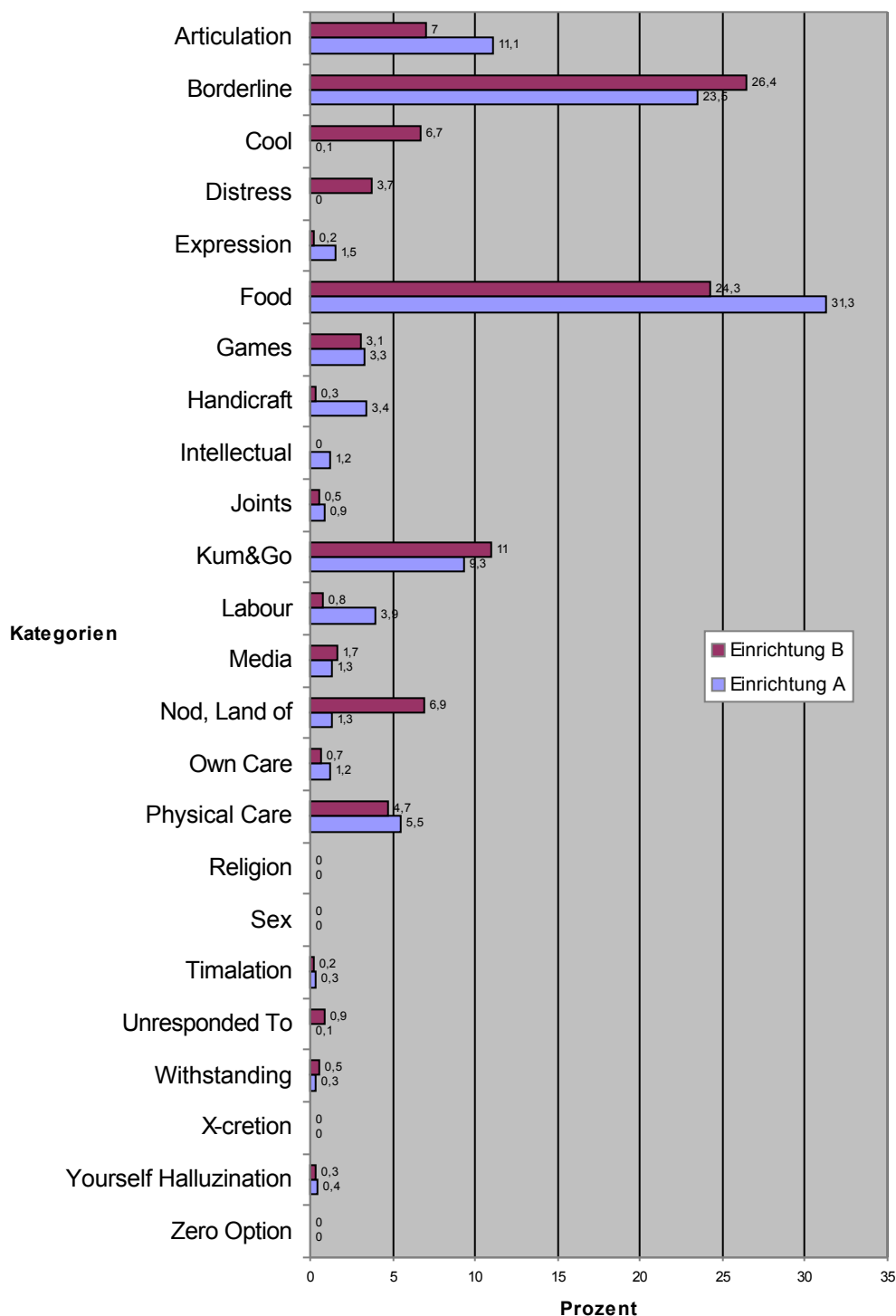
Die Verhaltenskategorien des DCM werden grob nach dem Grad des personseinfördernden Potentials unterteilt. Als besonders personseinfördernd (Typ 1) werden die Kategorien A, E, F, G, H, I, J, L, M, O, P, R, S, T, X eingestuft. Bei der Betrachtung der folgenden beiden Tabellen fällt auf, dass alle Typ 1 Kategorien in der Hausgemeinschaft in ihrem Vorkommen überwiegen. Einzige Ausnahme bietet die Kategorie M, die für „sich mit Medien beschäftigen“ steht. Hier überwiegen die Zahlen in der Vergleichseinrichtung, da die Bewohner in den Fernsehraum gebracht wurden.

In den Hausgemeinschaften überwiegen die personseinfördernden Verhaltenskategorien.

**Tabelle Nr. 34: Anzahl der Verhaltenskategorien erste Untersuchungsphase in Einrichtung A und B in Prozent (DCM, A N= 1058/B N= 979)**



**Tabelle Nr. 35: Anzahl der Verhaltenskategorien in der zweiten Untersuchungsphase in Einrichtung A und B in Prozent (DCM, A N= 979; B N = 988)**



Erkennbar wird anhand der Tabellen Nr. 34 und 35 die starke Dominanz der Kategorien F (food= Essen und Trinken) und B (Borderline= Sozial miteinbezogen sein, aber auf passive Weise) in beiden Einrichtungen. Weiter wird erkennbar, dass in der Hausgemeinschaftseinrichtung ein breiteres Spektrum an Verhaltenskategorien von den Bewohnern wahrgenommen wird und dass dies im weiteren Verlauf des Aufenthaltes in der Einrichtung zunehmend genutzt wird. Im Folgenden wird intensiver auf zwei besonders auffallende Kategorien eingegangen. Dies sind die Kategorien F (Food = Essen und Trinken) und B (Borderline = passives Beobachten).

### **Kategorie B**

Bei der Interpretation der Werte ist eine Besonderheit in der Erfassung zu beachten. So beinhaltet die Kategorie B nur Werte, die sich im plus Bereich befinden (+1 und +3). Zum besseren Verständnis der vorgefundenen Werte folgt ein Auszug aus dem Manual Nr. 7 mit dem die Einschätzung in der Kategorie und die Festlegung der Werte durch die Mapper vorgenommen wird.

Auszug aus dem Manual Nr. 7 (Bradford Dementia Group, 1997, S. 39)

#### **„Kategorie B Auf Passive Weise Sozial Einbezogen Sein**

- +3 **starkes Interesse an anderen oder der Umgebung zeigen, ohne selbst beteiligt zu sein,**  
z. B. still dasitzen und aufmerksam beobachten, was geschieht; der Unterhaltung anderer mit großem Interesse folgen; mit offenbarem Vergnügen bei einer Veranstaltung Teil des Publikums sein.
- +1 **ein wenig Interesse an anderen oder der Umgebung zeigen, ohne selbst beteiligt zu sein,** z. B. wach sein aber ohne Anzeichen emotionaler, sozialer oder intellektueller Anteilnahme; nach Objekten wie der Uhr schauen; gelegentliches Interesse an der Umgebung zeigen.“

In den Hausgemeinschaften sind die +3 Werte in der Kategorie B mit einem erhöhten Aufmerksamkeitsfaktor und insgesamt stärker vertreten. Dies ist verständlich, da es in den Wohnküchen durch die verschiedenen Aktivitäten und durch die Herstellung der Speisen und Getränke, sowie die ständige Anwesenheit einer Präsenzkraft kontinuierliche Beobachtungsmöglichkeiten gibt. Wie in der Tabelle Nr. 36 dargestellt, sind die WIB Werte in der Kategorie B in der Vergleichseinrichtung eher im unteren Bereich angesiedelt. Diese Ergebnisse unterstützen die offenen Beobachtungen, in denen in der Vergleichseinrichtung lange Phasen der Leere und der Langeweile festgestellt wurden. Es gab dort wenig zu beobachten.

**Tabelle Nr. 36: Verteilung der WIB-Werte für die Kategorie B in Prozent (DCM)**

<b>WIB-Werte</b>	<b>Einrichtung A T1</b>	<b>Einrichtung B T1</b>	<b>Einrichtung A T2</b>	<b>Einrichtung B T2</b>
<b>B +1</b>	70%	93%	58%	94%
<b>B +3</b>	30%	7%	42%	6%

### **Kategorie F**

Für die Erfassung der F Kategorie kann das gesamte Spektrum von +5 bis -5 eingesetzt werden. Die positiven F - Werte sind abhängig von der Kommunikation, das bedeutet, dass immer dann positive F-Werte kodiert werden, wenn im Rahmen

des Essens und Trinkens miteinander gesprochen wurde. Auszug aus dem Manual Nr. 7 (Bradford Dementia Group, 1997, 43):

„**Kategorie F Essen Und Trinken**

- +5 **Mit Vergnügen eine Mahlzeit zu sich nehmen mit einem hohen Grad an Geselligkeit und offensichtlichem Geschmack** z. B. in Gemeinschaft mit anderen ein sehr wohlschmeckendes Mahl zu sich nehmen; sehr kenntnisreich, geschickt und einfühlsam das Essen gereicht zu bekommen – wobei es offensichtlich gut schmeckt
  
- +3 **in wohlwollender Gemeinschaft und/oder mit recht viel Genuss eine Mahlzeit zu sich nehmen**, z. B. eine wohlschmeckende Kleinigkeit zu sich nehmen während man sich zwischendurch mit einem anderen unterhält; ohne Kontakt zu anderen ein gutes Essen genießen
  
- +1 **eine Kleinigkeit zu sich nehmen oder etwas trinken mit einem deutlichen Anzeichen des Wohlbefindens** z. B. die Zwischenmahlzeit entspannt zu sich nehmen; ganz zufrieden aber allein umhergehen und dabei ein Butterbrot zu sich nehmen
  
- 1 **Essen oder Trinken mit einigen geringfügigen Anzeichen der Unzufriedenheit oder des Unwohlseins**, z. B. allein eine Tasse Tee schlürfen und dabei erkennbar unglücklich sein; ein Stück Kuchen essen und sich mit den Krümeln herumärgern
  
- 3 **die Eigenständigkeit ist beträchtlich eingeschränkt, die erwünschte Gemeinschaft beim Essen wird vermisst oder das Essen/Getränk schmeckt offenbar nicht; eine Kombination solcher Elemente, die beträchtliches Unwohlsein anzeigt**, z. B. ohne das Gebiss unter Schmerzen aber hungrig das Butterbrot essen wollen; zur `Bestrafung` alleine essen müssen; obwohl in der Lage, eigenständig zu essen, wird aus Bequemlichkeit das Essen gereicht
  
- 5 **Erhebliche Einschränkungen der Eigenständigkeit oder vollständige Unzufriedenheit mit Essen oder Getränk; oder eine Kombination solcher Elemente, die sehr erhebliches Unwohlsein anzeigt**, z. B. Speisen, die man nicht mag, achtlos in den Mund gestopft zu bekommen; während man auf dem Toilettenstuhl sitzt, zum Essen genötigt werden und sich offensichtlich ekeln.“

In beiden Einrichtungen ergeben sich Unterschiede in der Verteilung der Wohlbefindenswerte (WIB) bei der Kategorie F (siehe Tabelle Nr. 37). In der Hausgemeinschaftseinrichtung sind deutliche höhere WIB – Werte, beim Essen und Trinken zu verzeichnen. Dies ist auf die erhöhte Kommunikation beim Speisen zurückzuführen. Die niedrigeren Werte bestätigen die Beobachtungen in der Vergleichseinrichtung. Hier wurde wenig mit den Tischnachbarn oder Mitarbeitern gesprochen. Die Verteilung der Speisen geschah oft unter Zeitdruck, das Essen wurde schweigend eingenommen und die noch gehfähigen Bewohner verließen unmittelbar nach dem Essen den Speiseraum.

**Tabelle Nr. 37: Verteilung der WIB-Werte für die Kategorie F in Prozent (DCM)**

WIB-Werte	Einrichtung A T1	Einrichtung B T1	Einrichtung A T2	Einrichtung B T2
F -5				
F -3	1%			1%
F -1	7%	5%		5%
F +1	58%	89%	64%	78%
F +3	33%	6%	33%	16%
F +5	1%		3%	

### **Der Abwechslungsfaktor**

Das DCM lässt die Berechnung eines „Abwechslungsfaktor“ oder auch „Demenzpflegeindex“ (Bradford Dementia Group, 1997, 88) zu. Er verdeutlicht, in welchem Umfang die Bedürfnisse der Bewohner nach Beschäftigung erfüllt werden und in welcher Bandbreite die verschiedenen Verhaltenskategorien zur Umsetzung kommen.

Der DCI wird berechnet, in dem die Typ 1 Kategorien wie A, E, G, H, I, J, L, M, O, R, S, T (siehe Kapitel Nr. 7), die für mindestens 2 Prozent der Beobachtungszeit mit positiven Werten aus den Datensammelblättern einzeln ermittelt werden. F, P (Physical Care = Pflege erfahren) und X (X-cretion = Ausscheidung) werden dabei nicht berücksichtigt, da sie Teil der Grundversorgung darstellen. Ebenfalls nicht berücksichtigt wird die Kategorie K (Kum&Go = Unabhängiges Gehen, Stehen oder Fortbewegen), da diese nicht im Zusammenhang mit der Beschäftigung gesehen wird.

Der DCI wird mit der Formel berechnet:

$$\text{„DCI} = \text{Gruppen WIB Punktzahl} \times d \times 5$$

(Die Zahl 5 dient hier einfach dem Zweck, den DCI in einen günstigen Bereich zu bringen.)“ (Bradford Dementia Group, 1997,89) d = Anzahl der über 2 Prozent liegenden Verhaltenskategorien.



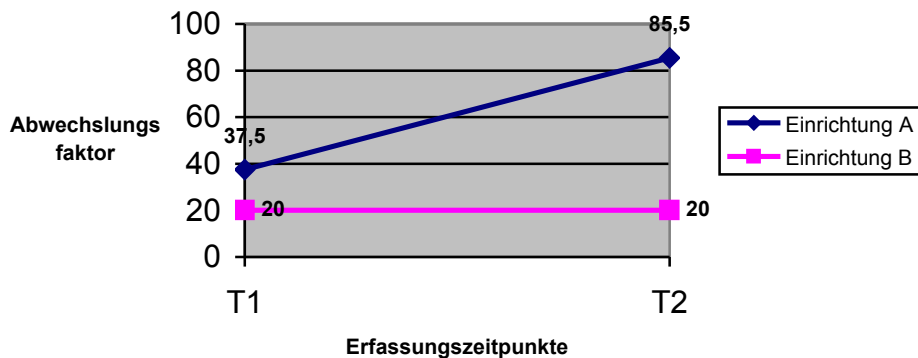
**Für die Hausgemeinschaftseinrichtung (A) ergeben sich in der ersten und zweiten Untersuchung folgende Werte**

<b>Erste Untersuchung</b>	<b>Zweite Untersuchung</b>
Insgesamt gab es 215 ausgewählte Typ 1 Kategorien, davon waren:	Insgesamt gab es 251 ausgewählte Typ 1 Kategorien, davon waren:
A = 92 (92 : 215 x 100) = 42,8%	A = 102 (102 : 251 x 100) = 40,6 %
G = 12 (12 : 215 x 100) = 5,6 %	E = 14 (14 : 251 x 100) = 5,6 %
H = 65 (65 : 215 x 100) = 30,2 %	G = 30 (30 : 251 x 100) = 11,9 %
M = 25 (25 : 215 x 100) = 11,6 %	H = 27 (27 : 251 x 100) = 10,8 %
O = 5 (5 : 215 x 100) = 2,3 %	I = 11 (11 : 251 x 100) = 4,4 %
	J = 8 (8 : 251 x 100) = 3,2 %
	L = 36 (36 : 251 x 100) = 14,3%
	M = 12 (12 : 251 x 100) = 4,8 %
	O = 11 (11 : 251 x 100) = 4,4 %
Gruppen WIB-Wert 1,5	Gruppen WIB-Wert 1,9
<b>1,5 x 5 x 5 = 37,5 DCI (Abwechslungsfaktor)</b>	<b>1,9 x 9 x 5 = 85,5 DCI (Abwechslungsfaktor)</b>

**Für die Vergleichseinrichtung (B) ergaben sich folgende Werte**

<b>Erste Untersuchung</b>	<b>Zweite Untersuchung</b>
Insgesamt ergaben sich 120 ausgewählte Typ 1 Kategorien, davon waren:	Insgesamt ergaben sich ausgewählte 117 Typ 1 Kategorien, davon waren:
A = 61 (61 : 120 x 100) = 50,8 %	A = 60 (60 : 117 x 100) = 51,3 %
G = 6 (6 : 120 x 100) = 5 %	G = 28 (28 : 117 x 100) = 23,9 %
J = 11 (11 : 120 x 100) = 9,2%	J = 5 (5 : 117 x 100) = 4,3 %
M = 21 (21 : 120 x 100) = 17,5 %	L = 5 (5 : 117 x 100) = 4,3 %
O = 9 (9 : 120 x 100) = 7,5 %	M = 15 (15 : 117 x 100) = 12,8 %
Gruppen WIB-Wert 0,8	Gruppen WIB-Wert 0,8
<b>0,8 x 5 x 5 = 20 DCI (Abwechslungsfaktor)</b>	<b>0,8 x 5 x 5 = 20 DCI (Abwechslungsfaktor)</b>

**Tabelle Nr. 38: Darstellung der Entwicklung des Abwechslungsfaktors in der ersten und zweiten Untersuchungsphase in Einrichtung A und B (DCM)**



Während der Abwechslungsfaktor in der Vergleichseinrichtung auf 20 blieb, war der Abwechslungsfaktor in der Hausgemeinschaftseinrichtung bereits in der Ausgangsposition mit 37,5 höher und steigerte sich im weiteren Aufenthalt der Bewohner in dieser Einrichtung auf 85,5 (Tabelle Nr. 38). Erkennbar wird anhand des Abwechslungsfaktors die breite Nutzung verschiedener Beschäftigungsangebote in der Hausgemeinschaft. Darin bestehen ihre klaren Vorzüge.

Damit wird deutlich, dass in der Hausgemeinschaftseinrichtung sehr viel mehr Beschäftigungsmöglichkeiten genutzt werden können. Diese Einschätzung wird durch die Feldnotizen der DCM-Mapper gestützt.

### **Aktivitäten und Mahlzeitsituation**

Die herausragende Anzahl an F Werten in beiden Einrichtungen macht deutlich, dass eine der wichtigsten Aktivitäten am Tage das Essen und Trinken ist. Im Folgenden werden Ergebnisse aus den Feldnotizen zu Aktivitäten und der Mahlzeitsituation wiedergegeben. In ihnen werden die Unterschiede beider Einrichtungen deutlich: in der Hausgemeinschaft ist der Tag durch „Miterleben“ geprägt, in der Vergleichseinrichtung durch Phasen der „Langeweile“.

#### **Ergebnisse aus den Feldnotizen zu den Aktivitäten in der Hausgemeinschaftseinrichtung:**

- Beschäftigung wurde in den Hausgemeinschaften von den Wohnküchenmitarbeiterinnen angeboten, daher eine größere Palette an Verhaltenskategorien, die die Aktivitäten wiedergeben. Angeboten wurden zwischen dem Frühstück und den Vorbereitungen für das Mittagessen zum Beispiel ein kleiner Spaziergang an die nahe Weser, Dauer zirka 30 Minuten; kleine Spiele zum Beispiel mit dem Ball auf dem Flur unmittelbar vor der Wohnküche, nicht beteiligte Bewohner schauten zu, Mithilfe bei der Hausarbeit, Abtrocknen, Spülen, Obst und Gemüse schälen, Kochen, Bügeln, Wäsche falten/zusammenlegen, Tisch eindecken- abräumen.
- Die F-Werte waren mit +3 versehen, da sich der Rahmen und das Miterleben, wie das Essen hergestellt wird, mit der Möglichkeit zu probieren, positiv auswirkte.
- Es roch in den Wohnküchen nach Essen/Kaffee/Kuchen etc. Diese Beobachtungen schlugen sich nicht in den DCM Werten nieder, da es immer nach Essen beziehungsweise Kaffee roch, ohne dass Bewohner dies speziell zum Ausdruck brachten. Im Zusammenhang mit der Ernährungssituation konnten die Untersucher selbst feststellen, dass sich in den Beobachtungssequenzen in den Wohnküchen durch das Beobachten und Wahrnehmen der Essensdüfte allmählich der Hunger regte, während in den klassischen Einrichtungen die Speisen erst kurz vor der Verteilung auf die Station gebracht wurden und dann erst rochen beziehungsweise präsent waren. Die Vorfreude auf das Essen blieb hier weitgehend ausgeschlossen.

### **Feldnotizen zu den Aktivitäten in der Vergleichseinrichtung:**

- Beobachtet wurden lange Phasen des Rückzugs der Bewohner in ihr Zimmer.
- Positive Intervention häufig nur durch andere Bewohner, da Pflegepersonal beziehungsweise Hauswirtschaftsmitarbeiter selten in den öffentlichen Räumen anwesend waren. Sie sind vor allem vormittags zwischen 9.00 und zirka 11.30 Uhr und nachmittags zwischen 15.00 und 17.30 Uhr in den Bewohnerzimmern beziehungsweise Dienstzimmern unterwegs. Dies sind die Zeiten, in denen die Bewohner in den Gemeinschaftsräumen sich selbst überlassen sind.
- Einige Bewohner werden nach dem Frühstück und der pflegerischen Versorgung direkt in den Fernsehraum geschoben. Dort blieben sie bis zum Mittagessen sich selbst überlassen oder einem zum Teil unangenehmen Fernsehprogramm. Zu beobachten war, dass in der Zeit, in der die Bewohner von den Pflegekräften in den Fernsehraum gebracht wurden, die Pflegekräfte auf ein angemessenes Programm achteten. In der Zwischenzeit, bis zu den Mahlzeiten, wechselten allerdings die Sendungen, so dass die Bewohner mit Sendungen mit Kriegsszenen oder mit Liebeszenen konfrontiert wurden. Die meisten Bewohner waren nicht in der Lage, das Programm beziehungsweise den Raum zu wechseln und mussten über längere Zeit gezwungenermaßen zuschauen. Zu beobachten war in diesen Situationen eine zunehmende Unruhe der Bewohner, zum Teil wirkten sie auch verängstigt und aggressiv. Ihre Abhängigkeit von der Hilfestellung durch das Personal wurde in solchen Situationen besonders deutlich.
- Die Geräuschkulisse: im Gemeinschaftsbereich Stille, im Hintergrund schreien Bewohner in ihren Zimmern oder machen durch andere Geräusche auf sich aufmerksam.
- Es riecht oft nach Urin und Ausscheidungen, vor allem in den Zeiten nach den Mahlzeiten. Die Mitarbeiter scheinen den Geruch nicht mehr wahrzunehmen oder zu ignorieren.
- Gruppenangebote fallen wegen Krankheit der Sozialdienstmitarbeiterin komplett aus (im beobachteten Zeitraum mehrere Wochen am Stück). Dadurch gähnende Langeweile in den Zeiten zwischen den Mahlzeiten.
- Das Essen wurde schnell eingenommen (nur kurze Frequenzen mit F), davor langes Warten im Gemeinschaftsraum, danach rasches Verschwinden in den Zimmern. Einige Bewohner (in der Regel sind es dementiell erkrankte Bewohner) wurden nach dem Toilettengang wieder in den Gemeinschaftsraum beziehungsweise den Fernsehraum geschoben. Dort verblieben sie, bis wiederum die Mahlzeiten verteilt wurden. Sie saßen dort und schauten vor sich hin oder schliefen ein, es herrschte Stille.
- Manchmal lief das Radioprogramm im Hintergrund, manchmal war es sehr laut und die Musik wurde nicht auf die Bewohner abgestimmt.

Die oben geschilderten Beobachtungen verdeutlichen noch einmal die Unterschiede beider Settings. In den Hausgemeinschaften ist der Tag durch verschiedene Aktivitäten und Möglichkeiten des „Miterlebens“ gefüllt. Das Leben in der Vergleichseinrichtung ist geprägt von Zeiten der Langeweile.

### **7.1.7. Einschätzungen von Laien und Professionellen**

Gibt es Unterschiede in der Einschätzung und im Umgang mit Selbsthilfefähigkeiten, Wohlfühlen, der Interaktion und Kommunikation mit demenziell erkrankten Bewohnern zwischen qualifizierten Pflegekräften, Angehörigen und weniger qualifizierten Mitarbeitern?

Zur Einschätzung der Hilfe- und Unterstützungsbedarfe, des Wohlfühlens und der sozialen Kontakte wurden Pflegekräfte, Angehörige und Hauswirtschaftskräfte gesondert mit der gleichen Fragestellung konfrontiert. Die Ergebnisse zeigen eine unterschiedliche Wahrnehmung der gleichen Personen. Die Unterschiede ergeben sich insbesondere bei der Einschätzung der Selbsthilfefähigkeiten. Der größere Unterstützungsbedarf wird von den Pflegekräften angegeben.

#### **Ergebnisse aus der Angehörigenbefragung**

In der Angehörigenbefragung wurde eine offene Frage gestellt: „Haben Sie bei ihrem/ihrer Angehörigen nach Einzug in die Einrichtung Veränderungen festgestellt? Wenn ja, positiv oder negativ? Bitte geben sie uns eine kurze Beschreibung in Stichworten.“

Einige Angehörige nutzten die Befragung, um sich über verschiedene Aspekte zu beschweren. Rücklauf der Fragebögen: von jeweils 20 Angehörigen schickten in der Einrichtung A 14 Angehörige den Fragebogen ausgefüllt zurück. In der Vergleichseinrichtung waren es 12. Keiner der Angehörigen hat von der Antwortkategorie „lässt sich nicht beantworten“ Gebrauch gemacht, während die Pflegekräfte und Hauswirtschaftskräfte in beiden Einrichtungen darauf zurückgegriffen haben.

#### **Antworten der Angehörigen aus der Vergleichseinrichtung zur offenen Fragestellung (wörtliche Wiedergabe):**

- Merkfähigkeit hat sich verschlechtert, Vergesslichkeit ist schlimmer geworden.
- Lässt sich schlecht beantworten, mal ist sie zufrieden, dann wieder nicht, beides hängt von der Tagesstimmung bzw. von dem eigenen Befinden ab.
- Bei der Abholung der Schmutzwäsche gibt es Störungen, die zu Engpässen führen, wenn nicht geliefert wird. Toilettenpapier ist nicht immer ausreichend da, dadurch ergeben sich große Probleme. Bei der Wahl der Kleidung sollte das Personal behilflich sein, beziehungsweise kontrollieren.
- Keine Veränderung.
- Meine Mutter kann nicht alleine essen und gefüttert wird sie kaum, deshalb klagt sie über Hunger, auch richtig gewaschen wird selten, die Mitbewohner sollen nicht helfen und das Personal hat zu wenig Zeit, so bleibt alles beim Alten und das für das viele Geld.
- Negativ: Fragen I-IV- stark personengebunden, Angehörige werden so einem Wechselbad unterzogen- je nach Schicht; positiv: Anregungen werden zum Beispiel aufgegriffen

- Lässt sich nicht beschreiben, da der Krankheitsverlauf zunimmt! Grundverpflegung erscheint mir verbesserungswürdig.
- Ich habe keine Veränderungen festgestellt, weder positiv noch negativ.
- Der Aufenthalt im Pflegeheim macht ihr Mühe, weil sie ihre Selbständigkeit aufgeben musste.
- Weniger Interesse am Alltagsleben; zu wenig Aufforderungen, an Veranstaltungen etc. teilzunehmen.

**Antworten der Angehörigen aus der Hausgemeinschaftseinrichtung zur offenen Fragestellung (wörtliche Wiedergabe):**

- Etwas leichtere Kost, nicht so viele angedickte weiße Soßen und Käse, kennen die älteren Herrschaften nicht, lieber deutsche Hausmannskost! Nettes Personal, gute Pflege, eigentlich positiv.
- Mein Mann kapselt sich ab, will seine Ruhe haben. Hobby, Politik/Deutsche Geschichte, daher kaum Ansprechpartner im Heim, da überwiegend Frauen – Angebotene Freizeitgestaltung kein Interessen. Ein Heim wie Rablinghausen kann noch so gut geführt sein, es erreicht den Bewohner nicht, wenn der sich sperrt. Wünsche, wie Essen - Trinken – Körperpflege werden nach Möglichkeit erfüllt. Mein Mann ist kriegsbeschädigt: Einbeinig.
- Ist kontaktfreudiger als vorher zu Hause, der Ehrgeiz gesundheitlich fitter zu werden, ist gestiegen, da dadurch der Glaube entsteht, wieder ins eigene Heim zurück zu kommen.
- Hat verständlicherweise Schwierigkeiten, sich auf ein Leben in einem Heim einzustellen; zu I.: liegt nicht an der Einrichtung sondern an der Umstellung von einem selbstbestimmten Tagesablauf auf ein Leben als Heimbewohnerin allgemein. Zu IV: meine Mutter hat allgemein eine Schwierigkeit zu anderen Menschen Kontakt aufzunehmen.
- Der Allgemeinzustand hat sich leicht verbessert.
- Positiv, seine räumlichen Bewegungsmöglichkeiten sind erheblich größer, er hat mehr zu beobachten, erhält mehr Zuwendung und Zuspruch, kann Zuneigungen entwickeln. Vor allem: er ist wieder fröhlicher geworden, auch wenn er es in Worten nicht mehr ausdrücken kann.
- Ja, sie kann wieder mit ihrem Rollator alleine fahren. Ebenso teilweise ihr Brot/Brötchen selber schmieren, Hilfsarbeiten in der Küche.
- Positiv: nach unserem Wissenstand keine oder kaum noch Urin- bzw. Stuhlinkontinenz. Gehen mit dem Rollator, An- und Ausziehen, Toilette gehen (auch nachts). Negativ: zu wenig Trinken, genügend Essen? In letzter Zeit stärkeres Kopfschütteln und ab und an Gereiztheit/Starrsinn?... Gerade bei Alters-Demenz ist eine Betreuung und Kontrolle in der Pflege trotz jeglicher Selbsthilfetätigkeiten unerlässlich. Wir denken zum Beispiel an das Putzen der Zähne beziehungsweise des Gebisses, Hörgerät, Fuß- und Fingernägel, Ordnung im Kleiderschrank, oder auch tagsüber der Blick auf die Kleidung, ob

Kleiderschrank, oder auch tagsüber der Blick auf die Kleidung, ob Hemd / Bluse / Rock / Hose richtig angezogen wurden, Flüssigkeitsaufnahme. Bei dieser Gelegenheit möchten wir nicht unerwähnt lassen, dass auch wir uns bei unseren Besuchen wohlfühlen und unter Einschränkung auch guten Kontakt zu der Leitung und zum jeweiligen Schichtpersonal haben.

Die Angehörigen in der Hausgemeinschaftseinrichtung nutzten die Gelegenheit der Befragung, um sich überwiegend positiv über die Entwicklungen ihrer Angehörigen in der Einrichtung zu äußern. Die letzte Antwort macht aber auch deutlich, dass die Erwartungen der Angehörigen an das Pflegepersonal in Richtung eines stärkeren Eingreifens gehen.

Eine weitere Frage, die den Angehörigen gestellt wurde, war, inwiefern ihnen seitens der Institution Möglichkeiten eingeräumt wurde, sich in das Alltagsgeschehen in der Einrichtung einbringen zu können. In beiden Einrichtungen wurde diese Frage überwiegend positiv beantwortet. Mit „nein“ und „teilweise“ antworteten jeweils drei Angehörige. Dieses Ergebnis ist in der Vergleichseinrichtung nicht erwartet worden. Hier hätten die negativen Einschätzungen überwiegen müssen. Es kann vermutet werden, dass die Fragestellung zu ungenau ist und für unterschiedliche Interpretationen Spielraum lässt.

#### **Ergebnisse der zweiten Mitarbeiterbefragung zur Pflegeverlaufseinschätzung aus der Vergleichseinrichtung (wörtliche Wiedergabe):**

- am Anfang war sie enttäuscht, da erst Kurzzeitpflege von den Kindern versprochen wurde, dann aber Langzeitpflege wurde; jetzt fast selbständig (nur noch Hilfe beim Duschen und Medikamente geben notwendig); hat sich eingelebt.
- zu II mal mehr –mal weniger von der Tagesform abhängig; zu III Angebote macht sie mit - kein Kontakt aufgrund der Sprachschwierigkeiten; Briefwechsel rege; Besuch häufig; positiv: sie traut sich jetzt was zu sagen, auch ihre Wünsche zu äußern.
- legt viel Wert auf gepflegtes Aussehen, schicke Kleidung; Heimaufenthalt: sie akzeptiert das Hier sein, aber nicht als endgültig - ihre Wohnung hat sie behalten; am Anfang wollte sie nur im Zimmer bleiben - jetzt kommt sie gerne und freiwillig in den Aufenthaltsbereich; freundliche ruhige Bewohnerin.
- kann sich nicht mehr selbst versorgen; waschen; anziehen.
- häufige Stürze; Rückzug ins Zimmer; ist dort viel alleine; positiv: Unzufriedenheitsäußerungen haben nachgelassen; fühlt sich mehr wohl als am Anfang.
- Positiv: Inkontinenz ließ nach; Grundpflege führt sie selbstständig durch; äußert ganz klar: fühlt sich sehr unwohl, da es nicht das zu Hause ist, laut eigener Aussage.
- Am Anfang eine sehr positive Entwicklung zum Beispiel selbständig Rolli fahren; seit Dez. 03 sehr körperlicher Abbauprozess, selbständiges Rollifahren, Essen, Stehen nicht mehr möglich.

- Nachts Kotschmierer, kann den Toilettenstuhl nicht mehr selbständig benutzen, allgemeiner Abbau, Gesichtsausdruck verändert sich.
- Eher schlechter wegen Rheuma; Motivation hat nachgelassen; sie ist passiver geworden, ungeduldiger geworden.
- Gewichtsabnahme; gepflegtes Äußeres, tägliches Mobilisieren im Rolli; Tagesstruktur.
- Herr ... ist sehr zurückgezogen; bzw. auf seine Lebensgefährtin fixiert; rapider Abbau seines AZ (Allgemeinzustandes, Anmerkung der Autorin), körperlich + kognitiv.
- Bringt sich in den Alltag gerne mit ein z. B. Tischauf/abdecken, Küchentätigkeiten, wird grummelig wenn sie nichts zu tun hat, will dann nach Hause.
- Tagesstruktur des täglichen Aufenthalt im Dementenbereich gegeben, fühlt sich dort scheinbar „wohl“.
- Seit dem Frau ... ein Einzelzimmer hat, weniger depressive Verstimmungen.
- Kommunikation mit Mitarbeiter (verbal, nonverbal).

Auffällig ist, dass die Mitarbeiter eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes und des Pflegebedarfes der Bewohner beschreiben, die sich aber anhand der notwendigen Pflege Minuten nicht nachvollziehen lassen. Die notwendigen Pflege Minuten hätten dementsprechend stark ansteigen müssen, tatsächlich sind sie jedoch insgesamt nur um zirka sechs Minuten angestiegen.

**Ergebnisse der zweiten Mitarbeiterbefragung Einrichtung (A) Pflegemitarbeiter und Wohnküchenmitarbeiter (in der Darstellung mit HWS gekennzeichnet) zur Pflegeverlaufseinschätzung bei den gleichen Bewohnern (wörtliche Wiedergabe):**

- Zunahme der Passivität, muss motiviert werden, die Zusammenhänge sind incl. Zeit auch bei einfachen Tätigkeiten nicht mehr nachvollziehbar.
- HWS: keine Weglauftendenzen mehr, wirkt ruhiger, beim Essen braucht er mehr Unterstützung, redet mehr.
- Ja, geht alleine zur Toilette; zieht sich zum Teil selbständig an und aus; kommt alleine zu den Mahlzeiten; legt sich zum Mittagessen selbst hin zur Mittagsruhe; ist sehr redefreudig.
- Merkt ihre Vergesslichkeit, hat guten Kontakt zu anderen Bewohnern; hilft anderen Bewohnern, faltet gerne Servietten, stellt das Geschirr zusammen.
- Allgemeinzustand ist gleichbleibend geblieben Fr.... ist nicht mehr so ängstlich.
- Zustand ist unverändert. Nimmt an regelmäßigen Veranstaltungen die im Hause stattfinden teil.
- HWS: nicht mehr zurückgezogen sowie an Anfang, sehr hilfsbereit.

- Fr.... unterhält sich sehr mit anderen Bewohnern, ist sehr aufgeschlossen.
- HWS: sitzt nicht mehr oft im Zimmer, geht sehr oft nach draußen, Kontakt zu anderen Bewohnern.
- Positive Veränderung = Hr. ... wirkt geistig klarer!
- Hat Angst vor den anderen Bewohnern, möchte nicht in der WK (Wohnküche Anmerkung der Autorin) sein, mag auch im Zimmer nicht allein sein, braucht Ansprache.
- HWS: negativ: sie ist sehr ängstlich und unsicher geworden.
- Hr. ...Allgemeinzustand hat sich sehr verschlechtert. Er möchte am liebsten gar nicht aufstehen + hat kaum Appetit. Er wird im Rollstuhl gefahren, da er jetzt nur noch ein paar Schritte laufen kann!
- HWS: positiv: bleibt länger in der Küche, führt Gespräche mit uns, da er jetzt sein Hörgerät hat; negativ: er ist kein guter Esser –braucht sehr viel Zuspruch beim Essen
- Deutlich selbstbestimmter, fühlt sich aber im Quartier Pusdorf unwohl.
- Fr.... hat ausgeprägtes Heimweh nach ihrem Geburtsort und den dort in den 50er Jahren lebenden Menschen, spricht fast nur Platt, was nicht alle im Hause verstehen.
- HWS: äußert ständig den Wunsch nach Hause zu gehen, hat ihr Appartement nicht als „zu Hause“ akzeptiert, hilft ab und zu bei Hausarbeiten mit, wenn man sie darum bittet.
- HWS: Fr. ... ist aufgeschlossener als am Anfang, beschäftigt sich regelmäßig in der Wohnküche, gerne auch Beschäftigungsangebote.
- HWS: Fr.... fühlt sich wohl in der Einrichtung, möchte jedoch bald nach Haus, wenn sie ihre Knieoperation im Dez. hatte. Sie vermisst ihre häusliche Umgebung.
- Ist allgemein etwas ruhiger geworden. Nimmt an keinen Aktivitäten teil.
- HWS: lässt sich leider von uns nicht beantworten.

Insgesamt werden von beiden Mitarbeitergruppen überwiegend positive Entwicklungen der Bewohner beschrieben. In dieser Einrichtung stimmen die Einschätzungen mit dem ermittelten Pflegebedarf überein. Die Betonung von positiven Entwicklungen weist darauf hin, dass die Sichtweise der Mitarbeiter in den Hausgemeinschaften nicht von der permanenten Unterstellung des Hilfebedarfes geprägt ist.

## **7.2. Zusammenfassung**

Die vorliegenden Ergebnisse müssen im Zusammenhang mit der kleinen untersuchten Gruppe der Bewohner kritisch betrachtet werden. Es konnte unter weitgehendem Ausschluss verzerrender Einflüsse nur eine kleine Gruppe von jeweils 20 Personen untersucht werden. Es handelt sich um einen Pretest, der für eine spätere größere Untersuchung Merkmale ermitteln soll. Die offenen Beobachtungen und



Aussagen der Beteiligten unterstützen die quantitativen Daten aus Plaisir© und DCM.

Die ermittelten Ergebnisse sind kritisch zu betrachten, da sie nur eine Momentaufnahme im Heimleben der Betroffenen darstellen. Wie in den vorhergehenden Kapiteln dargestellt, ist Wohlbefinden abhängig von einer wechselseitigen Wirkung verschiedener Faktoren und unterliegt einer individuellen Bewertung. Die individuelle Bewertung wurde nicht durch Befragung der Betroffenen ermittelt, sondern durch deren Beobachtung. Eine Beeinflussung der Ergebnisse durch die Beobachter und deren „Wohlfühlen“ in den unterschiedlichen Settings kann nicht ausgeschlossen werden. Diese Erkenntnisse sollten in die Diskussion der Ergebnisse einfließen.

**Unter Beachtung der obengenannten Einschränkungen kann resümierend festgehalten werden:**

In der untersuchten Gruppe blieb die geistige Leistungsfähigkeit weitgehend konstant; es traten keine wesentlichen Veränderungen auf, wie sie im Verlauf der Demenzerkrankung vorkommen können. Die Anzahl typischer Alterskrankheiten und damit verbundener Pflege- und Betreuungsbedarfe veränderte sich nicht wesentlich.

Anhand der Beobachtungen und der Ergebnisse lassen sich Unterschiede in beiden untersuchten Settings feststellen.

**Positive Ergebnisse in den Hausgemeinschaften sind im Vergleich zur klassischen Einrichtung:**

- Die Sichtweise der Mitarbeiter scheint nicht so stark von der permanenten Unterstellung des Hilfebedarfes geprägt zu sein.
- Es wurden weniger personeseinschädigende und dafür mehr personseinfördernde Umgangsweisen zwischen Personal und Bewohnern beobachtet.
- Der Tag ist durch verschiedene Aktivitäten und Möglichkeiten des „Miterlebens“ gefüllt. Es ergibt sich ein abwechslungsreicherer Tagesverlauf mit mehr positiven Erlebnissen für die Bewohner. Phasen der „Leere“ und der „Langeweile“ treten weitgehend in den Hintergrund.
- Die höheren Aktivitäts- und Beschäftigungsmöglichkeiten gehen einher mit einem beobachteten höheren Wohlfühlen der Bewohner.
- Die Mahlzeitsituation ist deutlich entspannter und mit Vorfreude auf das Essen verbunden.
- Es wurden weniger Freiheitsentziehende Maßnahmen (vor allem Psychopharmaka) und Personeseinschädigende Umgangsformen beobachtet.
- Die Bewohner sind länger und häufiger in der Wohnküche anwesend. Dadurch haben sie mehr und intensivere Gelegenheit zu Interaktion und Kommunikation und zur sozialen Teilhabe am täglichen Leben.

**Neben den positiven Ergebnissen konnten Tendenzen in den Hausgemeinschaften beobachtet werden:**

- Die Angehörigenkontakte sind häufiger und scheinen durch eine gemeinsame Tätigkeit, wie gemeinsame Hausarbeit, zu „natürlicheren“, weniger fremd erscheinenden Besuchssituationen zu führen.
- Die Bewohner scheinen sich eher ohne eine Zunahme von Verwirrung oder anderen Einschränkungen in den Heimalltag integrieren zu können.
- Die Bewohner halten sich dort auf, wo sie Kontakt zum Personal haben.
- Die Belastungen in der Pflege und Betreuung dementiell erkrankter Bewohner scheinen für das Personal nicht so ausgeprägt zu sein. Sie können mit ihnen „gelassener“ umgehen.
- Hauswirtschaftskräfte und in der Pflege nichtausgebildete Mitarbeiter scheinen eher einen „gleichwertigen“ Umgang mit dementiell erkrankten Bewohnern zu haben als Pflegefachkräfte.

**Nicht beobachtet werden konnte der Einfluss des Settings auf:**

- Die Höhe des Pflegebedarfes.
- Die Ausprägung von Verhaltensauffälligkeiten.

## **8. Diskussion der Ergebnisse**

Im Folgenden werden die vorliegenden Ergebnisse nach verschiedenen Gesichtspunkten analysiert und diskutiert. Dies sind zunächst eine Interpretation der Ergebnisse und deren Einordnung in den Stand der Forschung. Daraus lassen sich praktische Konsequenzen mit Empfehlungen für die Gestaltung künftiger Settings in der stationären Altenhilfe sowie Perspektiven für weitere Forschungen ableiten.

Das Verhalten und der Gemütszustand alter Menschen mit Demenz unterliegen Tagesschwankungen (Wojnar, 1997). Aus diesem Grund können die ermittelten Erkenntnisse und Daten nur als eine Momentaufnahme betrachtet werden und sollten in einer späteren größeren Untersuchung überprüft werden.

### **8. 1. Der Beitrag des Settings**

Im folgenden werden die Ergebnisse anhand der Fragestellungen aus Kapitel 5 diskutiert.

#### **8.1.1. Wohlbefinden**

Gefragt wurde nach dem Gewicht der ökologischen, organisationsspezifischen und individuellen Faktoren auf das Wohlbefinden der Heimbewohner. Inwieweit bestehen Wechselwirkungen zwischen diesen Determinanten?

Nach Becker (1991) wird das habituelle Wohlbefinden als Ausdruck für eine gelungene Bewältigung externer und interner Lebensanforderungen angesehen. In der

Hausgemeinschaft scheint es zu gelingen, negative Zustände wie zum Beispiel Hilflosigkeit durch nicht bewältigbare Aufgaben und Anforderungen der Umgebung, positiv beeinflussen zu können. Die einer normalen Wohnung nachempfundene Gestaltung der Räumlichkeiten, die vertrauten täglichen Verrichtungen, die gewohnten Gerüche und Geräusche sowie die kleine Bewohnergruppe erleichtern das Einleben im Heim und wecken Erinnerungen. Die Bewohner können sich am Alltagsgeschehen beteiligen, da es gewohnt, in jedem normalen Haushalt anfallende Tätigkeiten sind. Offenbar können die Bewohner sich an diese Tätigkeiten erinnern und sind eher bereit sich zu beteiligen. Die Anforderungen sind so gestaltet, dass auch Bewohner mit fortgeschrittener Demenz ihren Fähigkeiten entsprechend Aufgaben übernehmen können. Das Geschehen in den Hausgemeinschaften animiert zum Mitmachen. Im Gegensatz dazu erscheinen die räumliche Gestaltung und die Abläufe in der herkömmlichen Einrichtung fremd und wenig vertraut. In dieser Umgebung wird eine Anpassung für Menschen mit kognitive Einschränkungen wie zum Beispiel Gedächtnisstörungen und räumliche Orientierungsstörungen, zu einer fast nicht zu bewältigenden Aufgabe (Wojnar, 1997). Alltägliche hauswirtschaftliche Tätigkeiten werden den Bewohnern abgenommen und finden überwiegend von ihnen räumlich getrennt statt. Im Gegenzug werden zu bestimmten Zeiten Beschäftigung wie Morgenrunden oder Gedächtnistraining für Bewohnergruppen angeboten. Beobachtet wurde, dass diese Angebote die dementiell erkrankten Bewohner überfordern. Ihre Aufmerksamkeit ließ bereits nach kurzer Zeit nach und sie waren nicht in der Lage dem Geschehen zu folgen. Dies wurde ebenfalls beim Fernsehschauen beobachtet. Gleichzeitig wurde in den Beschäftigungsgruppen ein Erwartungsdruck - etwas tun zu müssen - aufgebaut, der zu Streß bei den Demenzkranken führte. Die Beschäftigung, die in den Hausgemeinschaften in den täglichen gewohnten Ablauf eingebettet war, erschien hier künstlich erzeugt und nicht für diesen Personenkreis angemessen.

Positive Erfolgserlebnisse wie sensorische Erfahrungen bei der gemeinsamen Zubereitung des Essens, die Bewältigung von Aufgaben im Tagesgeschehen sowie die Nähe zu den Mitarbeitern werden in der Hausgemeinschaft ermöglicht. Insbesondere die Nähe und der beständige Sichtkontakt zu den Mitarbeitern scheint eine wichtige stabilisierende Funktion für Bewohner mit Demenz zu haben. Im Rahmen der Voruntersuchung konnte mehrfach beobachtet werden, wie die Bewohner den Kontakt zu den Mitarbeitern suchten und sich gerne in ihrer Nähe aufhielten. Wie Lind bereits 2000 beschrieben hat, wirkt der beständige Blickkontakt beruhigend und stabilisierend. Diese Nähe konnte in der Vergleichseinrichtung nur gelegentlich hergestellt werden, da, bedingt durch die Pflegeorganisation, die Mitarbeiter überwiegend in den Bewohnerzimmern, den Dienstzimmern oder anderen Arbeitsräumen tätig waren und deshalb nicht „sichtbar“ präsent waren. Wenn die Bewohner in ihren Zimmern allein gelassen wurden, konnte das von Lind (2000) beschriebene „Schreiverhalten“ beobachtet werden. Dieses Verhalten wurde erst durch die direkte Ansprache durch eine Pflegeperson verändert.

Die ständige Anwesenheit einer Person in der Nähe der Bewohner trägt demnach entscheidend zum Wohlbefinden bei. Dies ist allerdings nicht zwingend mit dem Setting der Hausgemeinschaften verbunden, sondern könnte durch die Bereitstellung von zusätzlichem Personal auch in anderen Pflege- und Betreuungsformen gewährleistet werden. Die strukturellen Bedingungen in einer Hausgemeinschaft ohne Zentralversorgungseinheiten und der Konzentration aller Arbeitsabläufe in das unmittelbare Lebensumfeld der Bewohner ermöglichen den ständigen Blickkontakt zwischen Mitarbeitern und Bewohnern ohne zusätzlichem Personalaufwand. Dies ist eindeutig die Stärke der Hausgemeinschaften.

Anhand der Betrachtung der Wohlbefindenswerte aus der DCM-Erfassung wird deutlich, dass die Bewohner in den Hausgemeinschaften sich wohler fühlen und sich dieses Gefühl im weiteren Aufenthalt in der Einrichtung steigert. Die Werte in der Vergleichseinrichtung blieben im gleichen Zeitraum auf einem niedrigeren Niveau. Die Ergebnisse der DCM-Erfassung stützen die Beobachtungen der Mitarbeiter, Angehörigen und der Untersucher. Auch sie fühlten sich in der Hausgemeinschaft wohler. Zu berücksichtigen ist, dass die Erfassung der Wohlbefindenswerte mangels verbaler Ausdrucksmöglichkeiten der Betroffenen nur durch die Beobachtungen der Mapper und durch Einschätzung des Personals bzw. der Angehörigen ermittelt wurde.

Es fällt auf, dass die Wohlbefindenswerte keinen Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit aufweisen. Sie stiegen im Verlauf der Untersuchung in der Hausgemeinschaftseinrichtung stärker an als in der Vergleichseinrichtung. Dem gegenüber waren die körperliche Einschränkungen und kognitiven Beeinträchtigungen bei beiden untersuchten Personengruppen gleich. Die Ergebnisse bestätigen Forschungserkenntnisse (Zank/Baltes, 1998), nach denen trotz objektiver Gesundheitseinschränkungen das subjektive Empfinden der Lebensqualität nicht zwingend negativ beeinträchtigt sein muss. Es weist vielmehr auf eine mögliche Wirkung von organisatorischen und personellen Faktoren in beiden Settings hin.

Obwohl in den vorliegenden Ergebnissen in den Hausgemeinschaften kein wesentlicher Rückgang der Verhaltensauffälligkeiten verzeichnet werden konnte, sind die Unterschiede zwischen den Settings in der Wahrnehmung der Mitarbeiter und Angehörigen deutlich. Sie konstatierten eine positive Entwicklung in den Wohngruppen.

Damit wären durch die Hausgemeinschaften zentrale Anforderungen an die Bedingungen für habituelles Wohlbefinden erfüllt, wie sie von Becker (1991) aufgestellt wurden. Darüber hinausgehend scheinen die Ergebnisse auf ein „krankheitsangemessenes“ Milieu hinzudeuten, wie es von Heeg (1994 und 1996) gefordert wird.

### **8.1.2. Autonomie der Heimbewohner**

Die Frage lautete: Beeinflusst der Totalitätsgrad der Heime die Voraussetzungen für die Lebenszufriedenheit der Heimbewohner mit Demenz in höherem Maße als individuelle Faktoren?

Die Ergebnisse belegen eine Reduzierung von freiheitsentziehenden Maßnahmen, vor allem der Psychopharmakagaben in den Hausgemeinschaften. Damit werden Ergebnisse von Reggentin/Dettbarn-Reggentin (2003 und 2005) bestätigt. In ihrer Untersuchung stellten sie in Wohngruppen für Menschen mit Demenz einen niedrigeren Psychopharmakaeinsatz fest.

Die häufigsten Verschreibungsgründe für Psychopharmaka sind „störende“ Verhaltensauffälligkeiten, die eingedämmt werden sollen. Wie bereits Klie/Lörcher (1994) in ihrer Mannheimer Untersuchung feststellten, wurden vor allem ruhigstellende Psychopharmaka verabreicht, vor allem Tranquilizer (aus der Gruppe der Benzodiazepine). Dies sind Medikamente, die bei Unruhe-, Angst- und Spannungszuständen aller Art verabreicht werden (Spiegel, 1988, 29). Sie wirken dämpfend auf das zentrale Nervensystem. Die häufigsten Nebenwirkungen sind Müdig-

keit, Koordinationsstörungen und Verwirrungszustände. Daneben treten gelegentlich bei älteren Menschen Ataxie, Reizbarkeit und gesteigerte Aktivität auf (Spiegel, 1988, 32).

Betrachtet man den dämpfenden Einfluss und die Nebenwirkungen der Psychopharmaka, so ist die Reduzierung der Medikamente mit großer Wahrscheinlichkeit ein Gewinn für die Betroffenen. Auffällig ist das Ergebnis, dass trotz der Reduzierung der Psychopharmaka keine Erhöhung der kognitiven Einschränkungen und der Verhaltensbeeinträchtigungen eintrat. Diese Entwicklung lässt sich durch die Wirkungen des Settings erklären. Es ist zu vermuten, dass verschiedenen Faktoren mit dazu beitragen, Unruhe, Angst und Spannungszustände abzubauen. Mögliche Faktoren sind die kleine Bewohnergruppe, die Möglichkeit zur Aufrechterhaltung der gewohnten alltäglichen Tätigkeiten, eine an die eigene Häuslichkeit erinnernde vertraute Umgebung, die ständige Anwesenheit einer Ansprechperson und das Beobachten und Teilnehmen können am Alltagsgeschehen.

Ebenfalls scheint innerhalb dieser besonderen Wohnform eine höhere Toleranz gegenüber den Beeinträchtigungen der dementiell Erkrankten möglich zu sein. Angst und Unruhe einzelner Bewohner können in der kleinen Gemeinschaft eher aufgefangen werden als in der großen Bewohnergruppe in der klassischen Einrichtung. In der großen Gruppe fühlen sich mehr Bewohner durch auffälliges Verhalten dementiell Erkrankter gestört. Durch die geringere Mitarbeiteranzahl können Bewohner nicht oder nur selten individuell betreut werden. Des Weiteren tragen die unpersönlichen und alltagsfremden Strukturen eher zu einer Verstärkung von Angst-, Unruhe- und Spannungszuständen bei. In dieser Konstellation wird das Ruhigstellen der Bewohner mit „auffälligem“ Verhalten durch Psychopharmaka zur klassischen pflegerischen Intervention.

Zwei weitere Gründe tragen zu dieser Vermutung bei: als Erstes besteht der von Koch-Straube (1997) beschriebene institutionelle Widerspruch von „Schutz und Zwang“ in der Heimversorgung. Im Mittelpunkt stehen der Schutz beziehungsweise das Vermeiden von Risiken. Jedes Risiko verweigern würde bedeuten, eine „totale Institution“ zu schaffen. Dies impliziert, dementiell Erkrankte vor sich selbst und die anderen vor ihnen zu schützen zum Beispiel durch freiheitsentziehende Maßnahmen. In den Hausgemeinschaften werden mit der Orientierung am Alltag und an der gemeinsamen Bewältigung alltäglicher Aufgaben Risiken des täglichen Lebens erhalten. Es besteht die Gefahr, sich beim Kartoffelschälen am Küchenmesser zu verletzen. Mit der bewussten Entscheidung, Risiken zu vermeiden, wird eine Vielfaltigkeit des Lebens möglich, die in einer Versorgungsinstitution nicht vorhanden ist.

Hansen (2005b, 23) schreibt in seinem Aufsatz zum Blick der Gesellschaft auf Risiken:

„Risikovermeidung ist aus dieser Perspektive ein Weg, als Persönlichkeit zu verkümmern und ein sinnentleertes Leben zu führen, das letztlich nur noch aus Routineabläufen besteht.“

Die zwangsläufig aus dieser Risikovermeidungsperspektive entstehende Leere und Langeweile im Heimalltag konnte in der Vergleichseinrichtung mehrfach beobachtet werden. Der Tausch der Risikovermeidung zu Gunsten eines risikoreicheren Lebens führt in den Hausgemeinschaften zu einer beobachtbaren höheren Zufriedenheit der Bewohner. Dieses Ergebnis wird durch Untersuchungen von Jenull-

Schiefer und Janig (2004, 399-400) gestützt. Sie stellten fest, dass die Förderung der Eigeninitiative und Fortführung kleiner gewohnter Tätigkeiten des Alltagslebens zu einer Steigerung des Autonomiegefühls der Bewohner führte. Die Möglichkeit, persönliche Kontrolle über den Alltag auszuüben, beeinflusste ihr Wohlbefinden positiv.

Die in den Hausgemeinschaften andere Form der Betreuung, in der der Bewohner sich einbringen kann und soll, befreit den Einzelnen von Überbehütung. Ein forderndes Milieu wie das in den Hausgemeinschaften, heißt auch, fördern und erhalten der Selbständigkeit – setzt aber einen neuen Professionalisierungszugang voraus. Nicht immer sind Pflegekräfte in diesem Setting die wichtigste Berufsgruppe.

Dies weist auf den zweiten Grund für die geringere Anzahl an freiheitsentziehenden Maßnahmen in den Hausgemeinschaften hin: die mehrfach beobachteten Belastungen der ausgebildeten Pflegekräfte in der Vergleichsinstitution im Umgang mit dementiell Erkrankten. Wie bereits Whall et al. (1992) und Lind (2000) festhalten, wurde auch hier beobachtet, dass ausgebildete Pflegefachkräfte insbesondere das akustisch störende Verhalten der Bewohner wie Schreien, Schimpfen, Stöhnen und ständige Wiederholungen besonders belastend empfinden. Hinzu kommt das Gefühl der Überlastung und das schlechte Gewissen, nicht auf alle Bewohner so eingehen zu können, wie es notwendig erscheint. Hinzu kommen Rahmenbedingungen, die geprägt sind durch knappe personelle Besetzungen auf den Stationen und eine in Bezug auf den Umgang mit dementiellen Erkrankungen unzureichende Qualifizierung. Vor diesem Hintergrund entstehen die von Amrhein (2005) festgestellten Konflikte des Personals zwischen den Normen der Humanität der Institution einerseits und der Anforderung der organisatorischen Effizienz andererseits. Diese Konflikte scheinen das ausgebildete Personal in der klassischen Einrichtung zu belasten. Hier werden dementiell Erkrankte als „störend“ empfunden, da sie sich nicht oder nur teilweise in die institutionellen Abläufe einpassen lassen. Zu erwarten ist, dass Hilflosigkeit und Überlastung zu den festgestellten subtilen und niederschweligen Formen von Gewalt führen.

Das bedeutet, dass Bewohner in den Hausgemeinschaften seltener den subtilen und niederschweligen Formen von Gewalt (in Form von freiheitsentziehenden Maßnahmen) ausgesetzt sind.

### **8.1.3. Soziale Kontakte, Interaktion und Kommunikation**

Es wurde die Frage gestellt, ob es Beziehungen gibt zwischen dem Setting und der Aufrechterhaltung bzw. dem Aufbau von sozialen Kontakten sowie der Qualität der Kommunikation und Interaktion zwischen Bewohnern und Personal.

Der Alltag in der klassischen Pflegeeinrichtung ist stark von Stille und Isolation geprägt. Ihr Tagesablauf wird durch die pflegerische Intervention und durch das Warten auf die Mahlzeiten strukturiert. Diese Beobachtungen bestätigen die von Koch-Straube (1997, 11) ermittelten Erkenntnisse, nach der das Pflegeheim

„... ein Ort der verkürzten Sprache oder des Verstummens“

ist. Es konnte ebenfalls beobachtet werden, dass trotz der hohen Anzahl von anwesenden Personen über längere Zeit in den Aufenthaltsbereichen Stille herrschte. Da

die Bewohner untereinander nicht in der Lage sind, ohne Unterstützung Kontakte herzustellen, wurde die Stille durch gelegentlich stattfindende Beschäftigungsangebote, Pflegemaßnahmen, die Mahlzeitenverteilung und durch das Radio oder Fernsehprogramm unterbrochen. Diese Beobachtungen belegen den von Schick (1978) festgestellten Zusammenhang zwischen Reglementierungsgrad der täglichen Lebensvollzüge und der Anzahl von Kontakten. Ein starker Reglementierungsgrad scheint zu verhindern beziehungsweise zu erschweren, dass Bewohner Freundschaften schließen.

Die Beziehung zum Personal wird ebenfalls vom Reglementierungsgrad mit beeinflusst. Es konnten nur wenige Kontakte zwischen Pflegekräften und Bewohnern beobachtet werden. Die Kontakte fanden im Zusammenhang mit den Mahlzeiten, mit direkten Pflegehandlungen und aufgrund von „auffälligen“ Verhaltensweisen der Bewohner statt. Sie waren weitgehend die einzigen Berührungspunkte zwischen beiden Personenkreisen und einseitig defizitorientiert. Die Bewohner benötigten Hilfe und dies war der überwiegende Anlass für Interaktion und Kommunikation. Dem entsprechend stand die auszuführende Tätigkeit und nicht die Beziehung im Vordergrund der pflegerischen Tätigkeit.

Diese Kommunikation und Interaktion begünstigt eine abwertende Haltung der Pflegekräfte gegenüber den dementiell erkrankten Bewohnern. Belege für diese These sind die hohe Anzahl an beobachteten personenseinschädigenden Verhaltensweisen nach Kitwood (in Bradford Dementia Group, 1997, 63). Beispiele sind: „Vorenthalten“, „Betrügen“, „Ignorieren“, „Entmächtigen“, „Zwingen“, „Anklagen“, „Herabsetzen und verächtlich machen“, „Infantilisieren“ und „Unterbrechen“. In den Verhaltensweisen wird die abwertende Haltung der Pflegekräfte deutlich, die wiederum Auswirkungen auf den beschriebenen Einsatz von freiheitsentziehenden Maßnahmen hat. Die personenseinschädigenden Verhaltensweisen traten auf, obwohl in der Betreuung ein deutlich höherer Anteil an ausgebildeten Fachkräften tätig war. Demnach gleicht eine Ausbildung in der Altenpflege die durch das Setting verursachte defizitorientierte Pflegehaltung nicht aus.

Im Gegensatz zur klassischen Einrichtung zeigt sich in den Hausgemeinschaften eine geringere Anzahl und schwächer ausgeprägte personenseinschädigende Verhaltensweisen, obwohl eine große Anzahl nichtausgebildete hauswirtschaftliche Mitarbeiter in der direkten Betreuung und im täglichen Umgang mit den Bewohnern beschäftigt sind. Offensichtlich erleben sie die Bewohner nicht ausschließlich defizitorientiert, sondern auch in Situationen, die sie meistern können und in denen sie einen Beitrag zum Wohl der Bewohnergemeinschaft bringen können. Das gemeinsame Erleben des Alltags bietet eine Fülle von Begegnungsmöglichkeiten, die den Menschen mit Demenz in das Zentrum des Geschehens rücken lässt. Die Interaktionsformen der positiven Personearbeit nach Kitwood (2000, 134-137) sind in den Hausgemeinschaften täglich anzutreffen und stellen keine Ausnahmesituation dar. Besonders hervorzuheben sind die Interaktionsformen der positiven Personearbeit wie „zusammenarbeiten“, „anerkennen“, „verhandeln“, „Timalation“, „feiern“ und „entspannen“. Damit besteht die Möglichkeit des Kontaktes auf einer eher gleichwertigen Ebene und in positiven Situationen, die nicht vom Krankheitsgeschehen dominiert werden. Es wurde beobachtet, dass im Rahmen der gemeinsamen Haushaltsarbeit Gespräche geführt wurden, in denen Bewohner und Betreuungspersonen sich persönlich austauschten. Es ist zu vermuten, dass die dabei entstehende vertraute Atmosphäre unterstützend und fördernd auf die Bewohner wirkt und zum beobachteten Wohlfühlen beiträgt. In den Hausgemeinschaften scheint die Beziehung im Zentrum der Interaktion zu stehen. Die Ergebnisse legen den Schluss na-

he, dass in der Hausgemeinschaft die Qualität der Interaktion und Kommunikation zwischen Pflegepersonal und Bewohnern höher ist.

Damit bestätigt sich die Erkenntnis von Jenull-Schiefer und Janig (2004), nach der in Einrichtungen mit geringem Reglementierungsgrad das Personal weniger negative Vorurteile gegenüber alten Menschen hat und Restriktionen und sozialen Rückzug als adäquate Verhaltensweisen im Alter ablehnt. Die Wahrnehmung positiver und gesunder Anteile dementiell Erkrankter führt zu einer veränderten Sichtweise und Kommunikation der Mitarbeiter mit den alten Menschen. Ergebnisse der Studie von Schick (1978), zum Einfluss der Institution Heim auf den Umfang und die Qualität der sozialen Beziehungen, belegen ebenfalls diesen Zusammenhang. Sie stellte fest, dass immer dann, wenn der Reglementierungsgrad hoch, das Stimulationsangebot gering und die Einstellung des Personals den alten Menschen gegenüber autonomieunterbindend und vorurteilsbelastet ist, die Institutionalisierung negativer erlebt wird.

Mehrere Ergebnisse sprechen für eine hohe Qualität der Interaktion und Kommunikation in den Hausgemeinschaften. Zum einen verbringen Bewohner in den Hausgemeinschaften erheblich mehr Zeit in den Gemeinschaftsräumen und haben damit mehr Möglichkeiten des sozialen Kontaktes sowie der sozialen Teilhabe am täglichen Leben. Die kleine überschaubare Bewohnergruppe, die Aktivitäten und die an eine Wohnung erinnernde Gestaltung der Räumlichkeiten laden eher zum Verweilen ein. Damit wird dem Bedürfnis nach Zugehörigkeit und nach sozialen Kontakten der Betroffenen nachgekommen. Nach einer Untersuchung von Niebuhr (2004) scheint dieses Bedürfnis das wichtigste für dementiell Erkrankte zu sein. Sie möchten dazu gehören und suchen die Nähe zu anderen Menschen.

Des Weiteren halten sich die Bewohner dort auf, wo sie Kontakt zu den Mitarbeitern aufnehmen können. Diese Beobachtung bestätigt die Ergebnisse der MIDE-MAS Studie (Heeg, 2005). Es wurde festgestellt, dass in den Einrichtungen, in denen die Bewohner die Wahl zwischen einem attraktiv gestalteten Raum und einem Raum mit Kontaktmöglichkeiten zum Personal hatten, der Ort mit den Kontaktmöglichkeiten gewählt wurde. Es reicht demnach nicht aus, die Räumlichkeiten ansprechender zu gestalten, wenn nicht gleichzeitig die Anwesenheit des Personals in der unmittelbaren Nähe der Bewohner erhöht wird.

In den Hausgemeinschaft spielt die Mahlzeitsituation im Zusammenhang mit Interaktion und Kommunikation eine wichtige Rolle. Auffällig ist, dass in den Hausgemeinschaften nicht nur das Essen selbst, sondern bereits die Zubereitung Gelegenheit zur Kommunikation darstellt und von allen genutzt wird. Eine wichtige Vermittlungsrolle nimmt das Personal ein. Es konnte beobachtet werden, dass es den dementiell Erkrankten erst durch ihre Hilfe gelingt, Kontakt untereinander aufzunehmen.

Neben der Nähe zu Mitbewohnern und Personal spielt der Kontakt zu den Angehörigen für die Bewohner eine wesentliche Rolle. Die Hausgemeinschaften scheinen von den Angehörigen eher akzeptiert zu werden. Es wurden mehrere Angehörige beobachtet, die regelmäßig zu den Mahlzeiten anwesend und auch in die Zubereitung einbezogen waren. Das familienähnliche Wohnumfeld spricht Angehörige eher an als eine nur auf Pflegeversorgung ausgerichtete Einrichtung, wie Reggentin (2005) in ihrer Studie ebenfalls festgestellt hat. In den Wohnküchen kann eine passive Besuchssituation eher vermieden werden. Angehörige können mit ihren Verwandten gemeinsam den Alltag gestalten, wie sie es zum Teil durch die jahrelange



vorhergehende Betreuung und Pflege in ihrem Haushalt gewöhnt waren. Damit ließen sich die Belastungen der Angehörigen nach dem Heimeintritt ihrer Verwandten reduzieren, die nach Reggentin (2005) auch noch Jahre weiter bestehen können. Von den Belastungen sind besonders ältere weibliche Angehörige betroffen, die nicht berufstätig sind. Sie leiden besonders unter der Trennung von ihren Angehörigen. In den Hausgemeinschaften können sie einen aktiven Part übernehmen, in dem sie sich an der Hausarbeit beteiligen und damit etwas sinnvolles für die Gemeinschaft und ihren Angehörigen tun. Darüber hinaus sind sie die Experten, die die Alltagsgewohnheiten, die Vorlieben und die Biographie ihrer Verwandten kennen. Sie können sich in den Alltag einbringen, das Personal entlasten und wertvolle Informationen für die Pflege und Betreuung liefern. Dadurch kann eher eine wechselseitige Akzeptanz zwischen Personal und Angehörigen hergestellt werden, was wiederum zu höheren Besuchsfrequenzen und zu einer Erhöhung des Wohlbefindens beitragen kann. Allerdings setzt dies voraus, dass sie das Konzept der Hausgemeinschaften mittragen.

Die Interaktion und Kommunikation besitzt in den Hausgemeinschaften eine hohe Qualität. Es wird dem Bedürfnis nach Zugehörigkeit und sozialer Teilhabe am gesellschaftlichen Leben der Betroffenen nachgekommen.

#### **8.1.4. Selbständigkeit**

Es wurde gefragt, welchen Beitrag leistet die Aufrechterhaltung der alltäglichen Gewohnheiten, Rituale und Abläufe an der Erhaltung einer weitgehenden Selbständigkeit und Lebenszufriedenheit dementiell erkrankter alter Menschen leisten.

In der Untersuchung konnte im Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit in der Hausgemeinschaft keine Verbesserung der Selbsthilfefähigkeit festgestellt werden. Auch wenn diese Ergebnisse keinen positiven Zusammenhang zwischen Pflegebedarf und einer fordernden Umgebung erkennen lassen, so ist doch davon auszugehen, dass das alltagsnahe Milieu zur Lebenszufriedenheit beiträgt.

Wie in einer Studie von Bosch (1998) zur Lebenswelt dementierender alter Menschen festgestellt wurde, leiden besonders Frauen unter der Fremdheit des Alltags im Heim. Auch wenn sie schon Jahre in der Einrichtung sind, bleibt das Gefühl, nach Hause zu wollen. Die Beweggründe sind zum Beispiel, sich verantwortlich zu fühlen und die Sorge für andere. Durch die Sorge für die Familie erhält das tägliche Leben einen Inhalt und damit eine im Zusammenhang stehende sinnhafte Struktur. Die Vertrautheitserfahrungen dementiell Erkrankter sind überwiegend mit ihren früheren Lebenssituationen in der Familie verbunden. Demnach ist davon auszugehen, dass die Tätigkeiten, die in der Vergangenheit als sinnvoll und wichtig erfahren wurden sowie die routinemäßigen Handlungen und Gewohnheiten, auch in der Heimsituation eine wichtige Rolle spielen. Die Haushaltsführung betreffende Tätigkeiten können in den Hausgemeinschaften aufrechterhalten werden. Demzufolge wäre das Setting der Hausgemeinschaft für den Personenkreis, der von hauswirtschaftlichen Tätigkeiten und Handlungen angesprochen wird, die richtige Einrichtung.

Zur Einschätzung der Hilfe- und Unterstützungsbedarfe, des Wohlfühlens und der sozialen Kontakte wurden im Rahmen der schriftlichen Befragung Pflegekräfte, Hauswirtschaftskräfte und Angehörige gesondert mit der gleichen Fragestellung

konfrontiert. Die Ergebnisse zeigen eine unterschiedliche Wahrnehmung der gleichen Personen. Die Unterschiede ergeben sich insbesondere bei der Einschätzung der Selbsthilfefähigkeiten. Der größere Unterstützungsbedarf wird in beiden Settings von den Pflegekräften angegeben, während positivere Entwicklungen von den Wohnküchenmitarbeiterinnen angegeben werden. Offensichtlich ist die Haltung der Pflegekräfte von der Unterstellung des permanenten Hilfebedarfes (Saake, 1998) der Bewohner geprägt. Diese Erkenntnis ist für die Hausgemeinschaftseinrichtung interessant, da in der untersuchten Einrichtung die Pflegekräfte aus der ambulanten Versorgung kommen. Sie müssten nach Saake (1998) eine sehr viel differenziertere Haltung zum Hilfebedarf der Bewohner haben. Es ist zu vermuten, dass ihre pflegerische Haltung in ihrer Ausbildung geprägt wird. Die bereits oben erwähnte Defizitorientierung und die Unterstellung der permanenten und umfassenden Pflegebedürftigkeit scheinen eine wesentliche Rolle zu spielen.

Die Konsequenzen, die sich aus dieser Erkenntnis ergeben, sind eine Mischung der Mitarbeiterteams mit ganz unterschiedlich qualifizierten Kräften. Erst diese Mischung ermöglicht eine umfassendere Wahrnehmung der tatsächlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten der dementiell Erkrankten. Wie im Rahmen der DCM-Mappings zu beobachten war, haben die Präsenzkkräfte in den Wohnküchen eine leichtere und „natürlichere“ Umgangsform mit den Bewohnern. Diese Beobachtungen decken sich mit denen von Bär et al. (2003). Sie haben festgestellt, dass nichtausgebildete Mitarbeiter und Hilfskräfte im Gegensatz zu ausgebildeten Kräften eine sichere Deutung von Emotionen haben.

Der Umgang der Wohnküchenmitarbeiter mit den Bewohnern war von großer Nähe geprägt. So wurden Bewohner öfters in den Arm genommen oder gestreichelt. Die Mitarbeiter waren die zentralen Ansprechpartner für alle Belange der Bewohner und deren Angehörige, spielten eine wichtige Vermittlerrolle für Pflegekräfte oder andere Bewohner und hatten gleichzeitig einen „Haushalt“ für zehn Personen zu managen. Beachtlich sind in diesem Zusammenhang die geringe Anzahl von personenseinschädigenden Verhaltensweisen der nicht oder nur gering ausgebildeten Mitarbeiter. Die Gefahr besteht, dass durch die große Nähe zu den Bewohnern Abgrenzungsprobleme entstehen und die unreflektierte Hilfsbereitschaft in Überversorgung münden kann. In der familienähnlichen Lebensumfeldgestaltung kann eine enge familiäre Beziehung zu den Bewohnern entstehen. Von einigen Praktikern wird berichtet, dass Wohnküchenmitarbeiter nach ein bis zwei Jahren Tätigkeit „ausgebrannt“ sind und an einen anderen Arbeitsplatz versetzt werden müssen. Das bedeutet, dass diese Mitarbeiter ebenfalls eine Aus- und Fortbildung sowie Reflexionsmöglichkeiten ihrer Arbeit benötigen.

Festgestellt wurde ebenfalls, dass für den Umgang mit dementiell erkrankten Menschen weitere Qualifikationen gefragt sind als zur Zeit in der Ausbildung zur Altenpflegefachkraft vermittelt werden. Die Ausbildungsinhalte müssten dringend den veränderten Bedarfen angepasst werden. Daraus ergibt sich ein weiterer Forschungsbedarf: Welche Kompetenzen und Schlüsselqualifikationen sind in der Pflege- und Betreuung dementiell erkrankter Menschen erforderlich? Wie müssten Aus-, Fort- und Weiterbildungskonzepte geschnitten sein, um der Defizitorientierung von Mitarbeitern wirkungsvoll entgegenzuwirken?

Die Sichtweise der Pflegekräfte wird durch die Unterstellung eines permanenten und umfassenden Hilfe- und Pflegebedarfes beeinflusst, dies muss bei der Auswertung der Studien berücksichtigt werden, die sich auf Einschätzungen und Aussagen von Pflegekräften beziehen (Weyerer et al., 2005). Die Ergebnisse lassen sich

demnach nicht verallgemeinern und bedürfen einer Ergänzung durch die Betroffenen oder andere Externe.

### **8.1.5. Erfolgserlebnisse und sensorische Erfahrungen**

Inwiefern trägt eine anregungsreiche Gestaltung der Altenpflegeheime dazu bei, Erfolgserlebnisse, sensorische Erfahrungen und soziale Zuwendung zu ermöglichen und gleichzeitig eine Reduzierung von Aktivitäten zu verhindern?

Der Abwechslungsfaktor verdeutlicht die Unterschiede zwischen der weitgehenden „Leere“ in der klassischen Einrichtung zu der erlebnisreicheren Welt der Hausgemeinschaften. Der Faktor verdeutlicht, in welchem Umfang die Bedürfnisse der Bewohner nach Beschäftigung erfüllt und in welcher Bandbreite die verschiedenen Verhaltenskategorien umgesetzt werden. Mit ihm werden ausschließlich personseinfördernden Kategorien ermittelt. Während der Wert in der klassischen Einrichtung gleich blieb, lag er in der Hausgemeinschaft fast doppelt so hoch und stieg im weiteren Verlauf auf das vierfache an. Auf Grund der Ergebnisse wird deutlich, dass in den Hausgemeinschaften sehr viel mehr Anregungen, Beschäftigungsmöglichkeiten und sensorische Erfahrungen für die Bewohnern vorhanden sind. Besonders auffällig ist die sinnlichen Erfahrung der Mahlzeitenzubereitung mit allen Geräuschen und Gerüchen, die damit verbunden sind. Dieser stimulierenden Wirkung konnten sich auch die Mapperinnen nicht entziehen.

Die lange Anwesenheitszeit in den Gemeinschaftsräumen ermöglicht die Teilnahme am sozialen Leben, im Gegensatz zum Rückzug in das eigene Zimmer in der klassischen Einrichtung. Die Erkenntnisse aus verschiedenen Tageslaufstudien (Saup, 1993), nach denen in Altenheimen 60 Prozent der Aktivitäten in den eigenen Zimmern stattfinden, deuten darauf hin, dass in den öffentlichen Räumen wenig Anreiz zum Aufenthalt besteht. Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung konnte ebenfalls beobachtet werden, dass die öffentlichen Räume in der Vergleichseinrichtung im Gegensatz zu der Wohnküche seltener zu Kommunikation und Interaktion genutzt werden. Auffällig ist die Beobachtung, dass dementiell Erkrankte den Kontakt zu anderen Menschen suchen. In diesem Zusammenhang ist die Wohnküche als zentraler Anlaufpunkt besonders wichtig, dort finden sie einen Ansprechpartner. Im Gegensatz dazu befanden sich in den Aufenthaltsräumen der Vergleichseinrichtung selten Mitarbeiter. Laute Musik oder Fernsehprogramm erschwerten zusätzlich eine Kontaktaufnahme.

Wie Saup (1986) beschreibt, beklagen sich viele Altenheimbewohner über Langeweile und mangelnde Anregung im herkömmlichen Heim. Als mögliche Reaktionen auf die Leere können die von Saup (1986) am häufigsten vorgefundenen Verhaltensweisen wie „Vor-sich-hin-schauen“ und „Schlafen“ gedeutet werden. Demgegenüber stehen die Wohnküchen mit ihrem hohen Aufforderungscharakter: Wird das Geschirr in ihrem Beisein abgetrocknet, greifen sie eher zu und helfen im Rahmen ihrer Möglichkeiten mit. Ebenfalls auffällig war die Reaktion der Bewohner mit Demenz auf Geräusche und Gerüche, die aus der Wohnküche drangen. Sie zogen die Bewohner magnetisch an. Dort war ebenfalls beständig Personal anwesend. Die vorgefundene lange Aufenthaltszeit in den öffentlichen Räumen kann mit der ständigen Präsenz einer Mitarbeiterin und der Geräusch- und Geruchskulisse in den Wohnküchen erklärt werden.

Wie bereits beschrieben scheinen die klassischen Beschäftigungsangebote wie zum Beispiel Gedächtnistraining für dementiell Erkrankte nicht geeignet zu sein. Es wurde beobachtet, dass sie sich nur kurze Zeit konzentrieren können und bereits nach wenigen Minuten in sich zusammensinken. Wird ihnen in diesem Moment eine Frage gestellt oder der Ball mit einer Aufgabe verbunden zugeworfen, reagieren sie erschreckt und hilflos. Sie wissen nicht, was sie antworten oder tun sollen. Diese Form der Beschäftigung führt zu einer Konfrontation der Betroffenen mit ihren Defiziten und sind mit einem hohen Erwartungsdruck durch die Gruppe verbunden, der zu Stress führen kann.

Forschungsbedarf ergibt sich aus Beobachtungen im Verlauf der Untersuchung: Es konnte beobachtet werden, dass Bewohner der Hausgemeinschaften vor ihrem Tod eine kurze Phase der Bettlägerigkeit und des Siechtums hatten. Die Sterbephase dauerte nur einige Tage. Diese Beobachtung wurde durch die Aussagen der Leitungskräfte und Mitarbeiter unterstützt. Im Gegensatz dazu stehen Beobachtungen und Schilderungen von Mitarbeitern in der Vergleichseinrichtung, in der sich die Siechtumsphase über vier bis sechs Wochen und länger hinziehen kann. Besteht hierin eine Wirkung des fordernden Milieus, die den alten Menschen bis zuletzt in der Gemeinschaft hält und damit eine höhere Lebensqualität bis zum Lebensende ermöglicht?

Eine weitere Forschungsfrage ergibt sich im Zusammenhang mit der Mahlzeitsituation: Auslöser ist die öffentliche Diskussion über die Ernährungssituation der Heimbewohner. In den Medien wurde mehrfach darüber berichtet, dass Heimbewohner Mangelernährt sind und dadurch schwerste Gesundheitsschäden erleiden. In der vorliegenden Untersuchung wurde festgestellt, dass in den Hausgemeinschaften das Essen eine wesentliche Rolle spielt und viel Zeit mit der Herstellung und dem Speisen verbracht wird. In der klassischen Einrichtung konnte dagegen beobachtet werden, wie schwierig sich die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme dementiell Erkrankter gestaltet. Hierzu konnten einige Gründe beobachtet werden: Erstens die Speisen kamen fertig hergestellt aus der Zentralküche. Die mit der Speisenherstellung verbundenen Gerüche und Geräusche, die den Körper auf die folgende Nahrungsaufnahme vorbereiten und Hunger auslösen können, fehlten. Da dementiell Erkrankte über Gefühle ansprechbar sind, scheint die sinnliche Wahrnehmung der Speisenherstellung für ihren Appetit wesentlich zu sein. Zweitens fiel auf, dass in der klassischen Einrichtung dementiell Erkrankte lange Zeiten des Leerlaufes haben und lange Zeit auf die Mahlzeiten warten. In diesen Situationen versanken die Bewohner, schliefen ein oder wurden aggressiv. Wurde dann das Essen verteilt, waren die Bewohner nur schwer zum Essen zu bewegen und die verspeisten Portionen waren dementsprechend klein. Demnach müsste der Ernährungszustand der Hausgemeinschaftsbewohner deutlich besser sein als in der klassischen Vergleichseinrichtung. Eine Forschungsfrage wäre, ob der Ernährungszustand der Hausgemeinschaftsbewohner besser ist als in der klassischen Einrichtung.

### **8.1.6. Begleitsymptome und Verwirrheitszustände**

Welche Beitrag hat die Gestaltung der Lebenswelt im Heim auf die Ausprägung von Begleitsymptomen und Verwirrheitszuständen?

Bei der Betrachtung der Ergebnisse fällt auf, dass zunächst kein Unterschied in der Art und der Ausprägung der Begleitsymptome und der Beeinträchtigungen besteht.

Es ist zu vermuten, dass der schleichende kognitive Abbauprozess aufgrund der dementiellen Erkrankung nicht aufzuhalten ist, sondern voranschreitet. Dafür spricht auch die Feststellung eines leicht steigenden Pflegebedarfes der Bewohner in beiden Einrichtungen. Dieser Krankheitsprozess scheint vom Setting unabhängig zu verlaufen.

Folgt man der Argumentation (Kitwood, 2000), die davon ausgeht, dass die Beeinträchtigungen und Verhaltensstörungen nicht nur vom degenerativen Abbauprozess im Gehirn, sondern mit den Reaktionen der sozialen Umwelt auf die Erkrankung und den noch vorhandenen Wahrnehmungs- und Reaktionsmöglichkeiten beeinflusst werden, bekommt das Setting wieder eine Bedeutung.

Der Unterschied zwischen beiden Settings besteht in der subjektiven Wahrnehmung. Diese ist nach Saup (1993) abhängig von der subjektiv erlebten Umwelt. Zur Überprüfung der Wirkung sind demnach die Fragen zu stellen, wie auf die Begleitsymptome seitens der Mitarbeiter und Angehörigen reagiert wird und inwiefern die Begleitsymptome für den Einzelnen zu massiven Einschränkungen seines alltäglichen Lebens führen.

„... Sind die Anforderungen der neuen Umwelt Heim in einem sehr breit verstandenen Sinne zu hoch oder zu niedrig, so geht dies wahrscheinlich zu Lasten von Lebenszufriedenheit und von effektivem Handeln im Alltag.“ (Kruse/Wahl, 1994, 28)

Wie von verschiedenen Autoren (Maciejewski et al., 2001 / Kitwood, 2000 / Grond 1991) und von Praktikern immer wieder erlebt und beobachtet wurde, scheint die Gefühlswelt über einen längeren Zeitraum der Erkrankung erhalten zu bleiben. Sie stellt die wichtigste Zugangsmöglichkeit zu den Erkrankten dar. In diesem Zusammenhang ist das Gefühl, akzeptiert zu werden trotz der fortschreitenden Krankheit und das Gefühl Umwelтанforderungen bewältigen zu können, zu nennen.

Die allgemeinen Lebensumstände und die individuellen Fähigkeiten und Bedürfnisse der Bewohner scheinen in den Hausgemeinschaften weitgehend übereinzustimmen.

### **8.1.7. Heimeinzug**

Auf welche Weise unterstützt ein an der alltagsnahen Normalität ausgerichtetes Versorgungssetting die Kompensation negativer Auswirkungen des Heimeinzugs?

Die näheren Umstände im Vorfeld der Heimaufnahme waren nicht Gegenstand dieser Studie und wurden nicht ermittelt. Die Beobachtungen und Erfassung der Daten begannen am fünften bis zehnten Tag nach der Heimaufnahme und nach vier bis sechs Monaten Heimaufenthalt.

Nach Saup (1990), Lehr (2000) und Wahl / Reichert (1994) ist der freiwillige Umzug ein wesentlicher Faktor für eine gute Anpassung an die neue Situation. Es ist davon auszugehen, dass aufgrund der dementiellen Erkrankung eine Heimübersiedlung in der Regel nicht freiwillig geschieht. Die Entscheidung und die Auswahl der Einrichtung werden von Angehörigen oder Betreuern vorgenommen. Entsprechend

belastet ist die Übergangssituation für die Betroffenen: sie fühlen sich gezwungen, aus für sie nicht nachvollziehbaren Gründen einen Wohnortwechsel vorzunehmen, sich in einer gänzlich fremden Welt neu orientieren zu müssen und sich mit fremden Personen auseinander zu setzen. Dies sind ungünstige Voraussetzungen für eine erfolgreiche Heimintegration.

Nach Wahl / Reichert (1994, 26) ist der Heimeinzug ein „nicht-normatives Ereignis“, verbunden mit einer hohen Entwicklungsaufgabe. Sie bedeutet für die Betroffenen sowohl die Möglichkeit von Entwicklungsgewinnen als auch von Verlusten. Eine Bewertung in Gewinne und Verluste geschieht vor dem Hintergrund der bisherigen Erfahrungen im Leben, des kognitiven Leistungsvermögens und des Gesundheitszustands. Nach Wahl/Reichert (1994) entsteht hieraus der klassische Konflikt zwischen der standardisierten Umwelt Heim und den individuellen Bedürfnissen der Bewohner. Von verschiedenen Autoren werden unterschiedliche Entwicklungsverluste in der Phase des Heimeinzugs beschrieben (Mollenkopf et al., 2004/Saup, 1984). Sie stehen im unmittelbaren Zusammenhang mit stark reglementierenden, einengenden Umgebungsbedingungen und führen zu einer Zunahme der Begleitsymptome (Düx, 1997). Wenn das Setting der Hausgemeinschaften tatsächlich ein geringeres Maß an Autonomieeinschränkungen aufweist, dann müssten die Bewohner unter weniger Begleitsymptomen leiden. Dies konnte in beiden Settings nicht beobachtet werden. Andererseits konnte eine Zunahme der Pflegebedürftigkeit in dem Umfang, wie sie auf Grund des Heimeinzugs zu erwarten wäre, nicht beobachtet werden. Auch eine dauerhafte Ablehnung der Institution Pflegeheim konnte in den Befragungen in beiden Einrichtungen nicht bestätigt werden.

Einige Ergebnisse deuten auf eine positivere Integration der Bewohner in den Hausgemeinschaften hin: Dies sind die Wohlbefindenswerte aus der DCM-Erfassung, in denen bei Einzug ein deutlich höherer Wert als in der Vergleichseinrichtung ermittelt wurde. Im Verlauf des weiteren Aufenthalts wurde im Gegensatz zu den gleichbleibend niedrigen Werten der Vergleichseinrichtung, ein Anstieg der Wohlbefindenswerte verzeichnet. Die Ergebnisse der DCM-Erfassung stützen die Beobachtungen und Aussagen der Mitarbeiter und Angehörigen.

Nach den Ergebnissen von Düx (1997) ist ebenfalls davon auszugehen, dass das Trauma des Heimeinzugs zum Rückzug in das eigenen Zimmer führt. Dieser Trend ist aufgrund der Beobachtungen nicht nachzuvollziehen. In den Hausgemeinschaften ist ein eher gegenläufiger Trend zu verzeichnen. Festzustellen war ein Ansteigen der Aufenthaltszeiten in öffentlichen Räumen von 7780 auf 8469 Minuten im Gegensatz zu 3830 auf 4170 Minuten in der Vergleichseinrichtung (Tabelle Nr. 25). Das würde bedeuten, dass die Hausgemeinschaftsbewohner ihre Rückzugsmöglichkeiten nicht in dem Umfang nutzen, obwohl sie (im Gegensatz zur Vergleichseinrichtung) alle in einem Einzelzimmer leben. Einschränkend berücksichtigt werden muss, dass die meisten untersuchten Bewohner beim Verlassen ihres Zimmers teilweise beziehungsweise ganz auf die Hilfestellung durch das Personal angewiesen sind. Die Aufenthaltsmöglichkeiten der Bewohner sind deshalb durch das Personal mitbeeinflusst.

Die Ergebnisse lassen den Schluss zu, dass in den Hausgemeinschaften keine Verschlechterung des Verhaltens im Zusammenhang mit dem Heimeinzug zu verzeichnen ist.

Konnten Entwicklungsgewinne verzeichnet werden? Zur Einschätzung der Entwicklungsgewinne können die Wohlfühlwerte, die Möglichkeiten der Interaktion und Kommunikation, sowie die Erhaltung sozialer Kontakte herangezogen werden. Wie bereits beschrieben, deuten die Beobachtungen auf eine positivere Gewinnbilanz für dementiell erkrankte Heimbewohner in den Hausgemeinschaften hin. Damit wäre eine Integration in eine stationäre Einrichtung unter den Bedingungen einer Hausgemeinschaft für die Betroffenen ohne das „Trauma des Heimeinzugs“ eher möglich.

## 8.2. Zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse

Im Folgenden werden die vermuteten Wirkungen der untersuchten Settings zusammenfassend tabellarisch dargestellt.

**Tabelle Nr. 39: Zusammenfassung der vermuteten Wirkungen unterschiedlicher Settings**

	<b>Klassische Pflege- und Versorgungsform</b>	<b>Hausgemeinschaften</b>
	<b><i>Bewohnerbezogen:</i></b>	
<b>Status der Bewohner</b>	<p><b>Objekte</b> Fremdbestimmt durch die Organisation</p> <p>Tagesablauf an institutionellen Vorgaben orientiert</p> <p>Fürsorge überwiegt in Form der Schaffung einer sicheren Umgebung, Befriedigung von Grundbedürfnissen und einer somatisch ausgerichteten Pflege</p>	<p><b>Subjekte</b> Weitgehende selbständige und selbstbestimmte Lebensführung durch individuelle Stützung</p> <p>Tagesablauf am Bewohner orientiert</p> <p>Personsein überwiegt in Form der Aufrechterhaltung von gewohnten Alltagsbezügen, Alltagstätigkeiten und Alltagsrhythmen, und einer lebensweltorientierten Pflege</p>
<b>Soziale Einbindung</b>	<p><b>Vereinsamung</b> Beziehungslosigkeit trotz großer Anzahl von Mitbewohnern und Personal</p> <p>lange Zeiten der „Leere“ im Tagesverlauf</p>	<p><b>Gemeinschaft</b> Beziehungsmöglichkeiten durch kleine Bezugsgruppe sowie räumliche und persönliche Nähe zu Bezugspersonen</p> <p>aktive bzw. passiv-beobachtende Teilnahme am Alltagsgeschehen im unmittelbaren Lebensbereich</p>
<b>Selbsthilfefähigkeiten</b>	<p><b>Defizit</b> Unterstellung von umfassender Hilfebedürftigkeit</p> <p>Erlebnisse des Versagens durch Übernahme der Alltagsaktivitäten durch das Personal</p> <p>Tagesverlauf und Aktivitäten werden geprägt vom Hilfe- und Unterstützungsbedarf</p>	<p><b>Kompetenz</b> Unterstellung von weitgehender Selbständigkeit</p> <p>Motivation über die Bewältigung von Aufgaben</p> <p>Tagesverlauf orientiert sich am normalen Geschehen in einem Haushalt</p>



	<b>Mitarbeiterbezogen:</b>	
<b>Berufliches Verständnis</b>	<b>Pflegedominanz/Professionalität</b> Pflegehaltung ist geprägt vom Defizitmodell der Demenz als verheerende Krankheiten des Zentralnervensystems, in deren Verlauf Persönlichkeit und Identität nach und nach zerstört werden. Die begleitenden Verhaltensauffälligkeiten stören im Arbeitsablauf.	<b>Alltagsbegleitung/Laien</b> Sichtweise von der Demenz als Form der Behinderung. Die Intensität der Betroffenheit hängt von der Art der Betreuung, der Gestaltung der Umgebung und der Aktivitäten des täglichen Lebens ab
<b>Verhältnis zu den Angehörigen</b>	<b>Konkurrenten</b> Künstliche Besuchssituation  Fremdheit; hohe Erwartungshaltung an Pflege und Versorgung	<b>Partner</b> Aktive Beteiligung am Geschehen in der Wohnküche  Unterstützung und Entlastung des Personals
<b>Arbeitszufriedenheit</b>	<b>Ausbrennen/Frustration</b> Entpersönlichte, funktional ausgerichtete Pflegeorganisation  Hilflosigkeit im Umgang mit Beeinträchtigungen und auffälligen Verhaltensweisen  Verhaltensweisen der Bewohner werden als störend im Arbeitsablauf erlebt  Überforderung durch das Gefühl, für alle und alles zuständig zu sein und doch nicht das „richtige“ zu tun	<b>Zufriedenheit</b> Persönliche Alltagsbegleitung und Stützung der Bewohner  Psychische Belastung durch eine zu große Nähe zu den Bewohnern möglich  Positive und gesunde Anteile sowie Fähigkeiten und Möglichkeiten der Bewohner werden erlebt  Abgrenzung der eigenen Aufgaben durch Einbeziehung der Bewohner, Angehörigen, u.a.
	<b>Angehörigenbezogen:</b>	
<b>Angehörige in Bezug zu den Mitarbeitern</b>	<b>Laienrolle</b> Laien treten „Fachleuten“ gegenüber  Fremdheit der organisatorischen Erfordernisse und Tätigkeiten, vor allem der Pflegekräfte  keine Beteiligung erwünscht bzw. möglich	<b>Experte</b> Kompetenter Partner mit biographische Kenntnissen und z.T. Pflegeerfahrung  Tätigkeiten der Alltagsgestaltung sind aus dem eigenen Haushalt bekannt  Mithilfe ist Voraussetzung zur Aufnahme
<b>Angehörige in Bezug zu den Bewohnern</b>	<b>Besucher</b> künstliche Gestaltung der Besuchssituation  Besuchssituation wird als belastend und anstrengend empfunden  Besuche unterbleiben	<b>Bezugsperson</b> Beteiligung am Alltag des Angehörigen  Gemeinsame Bewältigung von Aufgaben  Bestehende Beziehung kann aufrechterhalten werden

### **8.3. Empfehlungen für die Gestaltung künftiger Settings in der stationären Altenhilfe**

Aufgrund der kleinen untersuchten Bewohnergruppe von jeweils 20 Personen können keine generalisierenden Aussagen gemacht werden. Es lassen sich allerdings Trends erkennen und Anregungen für weitere Forschungsvorhaben ableiten: Es sind weitere Studien erforderlich, in denen eine größere Anzahl von Pflegesettings unterschiedlicher Qualität in bezug auf das Wohlbefinden dementiell Erkrankter einbezogen werden. Ferner sollte eingehender betrachtet werden, ob der Sterbeprozess der Bewohner tatsächlich vom Setting beeinflusst wird, welchen Einfluss die Mahlzeitsituation auf den Ernährungszustand der Bewohner hat und wie eine Defizitorientierung des Personals verhindert beziehungsweise verändert werden kann.

**Die Ergebnisse der Vorstudie unterstützen die Forderungen nach einer konsequenten Umgestaltung klassischer stationärer Pflegeeinrichtungen: weg von der großräumigen Massenversorgung hin zu kleinräumigen, überschaubaren Wohngruppen.**

Aus den Erkenntnissen lassen sich zehn wesentliche Anforderungen an eine Umgestaltung ableiten.

Dies sind:

- Vermittlung von Sicherheit und Geborgenheit durch die Gestaltung einer überschaubaren und angstfreien Umwelt, sowie durch die ständige Nähe eines Menschen (Präsenzkraft).
- Unterstützung der Orientierung durch die vertraute wohnungsähnliche Gestaltung der räumlichen Umwelt und die Aufrechterhaltung eines gewohnten Alltags mit seinen Abläufen und Tätigkeiten.
- Unterstützung der Funktionsfähigkeit und Kompetenzerhaltung durch Förderung von Beschäftigungsmöglichkeiten in einer anregungsreichen Umwelt, die sich an der vertrauten Häuslichkeit orientiert.
- Stimulation und Anregung durch ein fachlich reflektiert gestaltetes Milieu, das die individuellen Fähigkeiten und Möglichkeiten zur Umweltadaptation berücksichtigt.
- Ermöglichung von Umweltkontrolle durch Förderung der Mitwirkung am Heimgeschehen und der Übernahme sinnvoller Aufgaben im Rahmen der Alltagsgestaltung.
- Einbindung der Angehörigen und Ehrenamtlichen als Partner (nicht als Konkurrenten) in die Pflege und Betreuung.
- Kontinuität und Bezug zum bisherigen Lebenszusammenhang durch die Aufrechterhaltung von Hobbys, Gewohnheiten und Alltagsrhythmen.
- Anpassung an Veränderungen durch die intensive psychosoziale Begleitung in der Einzugs- und Eingewöhnungsphase.
- Mitwirkung unterschiedlich qualifizierter Mitarbeiter mit unterschiedlichen Zugängen zum Bewohner.
- Qualifizierung des gesamten Heimpersonals in fachlichen und kommunikativen Kompetenzen.

Den Hausgemeinschaften liegt das Konzept der „Normalität“ zugrunde. Dieser Begriff ist in den 70er Jahren aus der Arbeit mit geistig Behinderten entstanden und bezog sich dementsprechend auf die Normalität in der damaligen Zeit. Es ist die Frage zu stellen, ob diese Normalität auch weiterhin Gültigkeit besitzt. Eine Weiterentwicklung des Hausgemeinschaftskonzeptes erscheint im Rahmen der heute eher unterschiedlichen Lebensentwürfe notwendig. Es sollte verhindert werden, dass aus der definierten „Normalität“ eine „Norm“ wird, die keine Befreiung sondern neue Zwänge für die Bewohner bedeuten würden. So scheint die Hausgemeinschaft mit ihrer Ausrichtung auf das hauswirtschaftliche Geschehen in einer Wohnküche bereits jetzt schon nicht für alle alten Menschen geeignet zu sein. Andere Konzepte wie zum Beispiel die life-style-groups in den Niederlanden (Notter et al., 2004) gehen stärker auf individuelle kulturelle Lebensweisen ein. In diesem Konzept werden, ausgehend von unterschiedlichen Lebensstilen verschiedene Wohngruppen gebildet, in denen entsprechende Angebote und Betreuungsformen umgesetzt werden. Grundlage des Konzeptes sind soziologische Studien, die von sieben unterschiedlichen Lebensstilgruppen ausgehen. Das Konzept wirft die Frage auf, was unter heutigen Verhältnissen als „Normalisierung“ zu begreifen ist.

„Each individual is separately assessed and then placed within the lifestylegroup that matches as nearly as possible their pre-admission life. Emphoses is placed on establishing the type of work they did, their religious beliefs, their social class, their cultural patterns and practices, their hobbies and interests, and on finding ways to facilitate activities which help to keep them anchored in reality.” (Notter, et al., 2004, 450)

Es ist demnach ein differenziertes Konzept, das die individuelle Erfahrungsnormalität unterschiedlicher Lebensstile berücksichtigt. Mit einer Weiterentwicklung der Hausgemeinschaften in diesem Sinne, könnte das Wohlbefinden und die Lebensqualität dementiell erkrankter alter Menschen auch in Zukunft gesteigert werden.

## 9. Schlussbetrachtung – Macht das Setting den Unterschied?

In den vorangehenden Abschnitten wurden Belege ausgewertet und erörtert, die für einen Zusammenhang zwischen dem Setting und der subjektiven und objektiven Lebensqualität dementiell erkrankter alter Menschen in der stationären Altenpflege sprechen. Anhand der Ergebnisse hat sich gezeigt, dass kleine Hausgemeinschaften eine positive Wirkung auf das Wohlbefinden dementiell Erkrankter haben: Sie erhielten weniger Freiheitsentziehende Maßnahmen (Psychopharmaka), konnten an einem anregungsreichen Geschehen teilnehmen und erfuhren eine individuelle Förderung ihres Personseins durch das Personal. Die Ergebnisse dieser Vorstudie bestätigen Evaluationsbefunde nationaler und internationaler Forschungen. Damit scheinen die Hausgemeinschaften ein Ort des Wohnens zu sein, an dem alte Menschen zufrieden und mit ihrer dementiellen Erkrankung akzeptiert leben können.

Den positiven Wirkungen des Settings steht die fachöffentliche Kritik gegenüber: Sie bezieht sich auf ökonomische Aspekte des Personaleinsatzes. Das Konzept würde für Einsparungen im Personalbereich genutzt und damit den Abbau von Sozialleistungen vorantreiben. Dieser Kritik kann auf Grund der Untersuchungsergebnisse entschieden begegnet werden: Die Bereitstellung einer beständig in der Wohnküche anwesenden Person als Ansprechpartner für die Bewohner erfordert einen höheren Personaleinsatz und in der Folge höhere Kosten.

Die Einrichtung von Hausgemeinschaften bedeuten keinen Sozialabbau: Das fordernde Konzept, die Mitarbeit der Angehörigen und der verstärkte Einsatz von hauswirtschaftlichen Mitarbeitern beinhaltet keine schlechtere Betreuung, sondern eine Befreiung des Einzelnen von der bisher üblichen „Rundumversorgung“. Die Befreiung kann mit Risiken (zum Beispiel Verletzungen) verbunden sein. Diese Risiken müssen toleriert werden. Jedes Risiko verweigern, hieße eine „totale Institution“ zu schaffen, wie sie von Goffman beschrieben wurde. Fordern bedeutet auch fördern und erhalten der Selbständigkeit. In diesem Kontext haben Pflegekräfte auf gleicher Höhe mit Angehörigen, Ehrenamtlichen und nicht ausgebildeten Mitarbeitern eine wichtige stützende Funktion. In dem Selbständigkeit fördernden Milieu kann auch das Personal eine andere Kommunikationskultur entwickeln, die nicht von Krankheiten und Beeinträchtigungen dominiert wird.

Die Hausgemeinschaften können als eine konkrete Form der Rückverlagerung von Risikoverantwortung und der Befreiung der dementiell Erkrankten vor Überbehütung - wie sie in klassischen Pflegeinstitutionen nach wie vor üblich sind - betrachtet werden. Es ist zu hoffen, dass diese Form eine weitere Verbreitung und die notwendige staatliche Unterstützung erfährt.

Die Bewohner, ihre Angehörigen und die Mitarbeiter der Vergleichseinrichtung konnten bereits von den Erfahrungen der Untersuchung profitieren. Auf Grund der Untersuchungsergebnisse wurde in 2005 damit begonnen, die klassischen Pflegebereiche zu Hausgemeinschaften umzugestalten.

## *Literaturliste*

Abels, H. (2001): Einführung in die Soziologie, Band 1: Der Blick auf die Gesellschaft. Wiesbaden: Westdeutscher

Albrecht, P.-G. (1997): Leben im Altenheim: zur Zufriedenheit Magdeburger Heimbewohnerinnen mit ihrer Lebenssituation. Frankfurt a. M.: Lang

Amrhein, L. (2005): Pflege in konflikt- und austauschtheoretischer Perspektive. In: Schroeter, K. R./Rosenthal, T. (Hrsg.): Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven. Weinheim und München: Juventa, 107-124

Amrhein, L. (2005): Stationäre Altenpflege im Fokus von Machtbeziehungen und sozialen Konflikten. In: Schroeter, K. R./Rosenthal, T. (Hrsg.): Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven. Weinheim und München: Juventa, 405-427

Angermeyer, M. C. /Kilian, R. /Matschinger, H. (2000): WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF. Göttingen u.a.: Hogrefe

Annerstedt, L. (1989): Development and consequences of group living as an alternative mode of care for demented elderly. Paper, 14th International congress of the Psychogeriatric Ass., Tokyo, September 1989

Anthes, J. (1975): Zur Organisationsstruktur des Altenheims. Ergebnisse einer Inhaltsanalyse der Hausordnungen von Altenheimen in Nordrhein-Westfalen und Bayern. In: Zeitschrift für Gerontologie 8: 433-450

Arend, S. (2002): Die vierte Generation. Altenpflege 5/2002, Hannover: Vincentz

Backes, G. M. /Clemens, W. (2003): Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung. Weinheim und München: Juventa

Backes, G. M. /Clemens, W. (Hrsg.) (2002): Zukunft der Soziologie des Alter(n)s. Opladen: Leske+Budrich

Backes, G. M. (Hrsg.) (2000): Soziologie und Alter(n). Neue Konzepte für Forschung und Theorieentwicklung. Opladen: Leske +Budrich

Backes, G. M. /Clemens, W. (2000): Lebenslagen im Alter: gesellschaftliche Bedingungen und Grenzen. Opladen: Leske+Budrich

Backes, G. M. /Clemens, W. (1998): Lebensphase Alter: Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung. Weinheim u.a.: Juventa

Backes, G. M. (1997): Lebenslage als soziologisches Konzept zur Sozialstrukturanalyse. Zeitschrift für Sozialreform 43. Jahrgang, September 1997, Heft 9, 704-727

Bär, M. /Kruse, A. / Re, S. (2003): Emotional bedeutsame Situationen im Alltag demenzkranker Heimbewohner. Z Gerontol Geriat 36: 454-462

- Bahrtdt, H. P. (1997): Schlüsselbegriffe der Soziologie. Eine Einführung mit Lehrbeispielen. München: C. H. Beck
- Baltes, M. M./ Kohli, M./ Sames, K. (Hrsg.) (1992) Erfolgreiches Altern. Bedingungen und Variationen. Bern: Huber
- Baltes, M. M. / Gutzmann, H. (1990): Brennpunkt Gerontopsychiatrie. Internationale Pflegekonzepte zur Langzeitbetreuung in der Altenhilfe. Hannover: Vincentz
- Baltes, M. M. /Kohli, M. /Sames, K. (Hrsg.) (1989): Erfolgreiches Altern. Bedingungen und Variationen. Bern, u.a.: Huber
- Baltes, M. M. /Kindermann, Th. /Reisenzein, R. (1986): Die Beobachtung von unselbständigem und selbständigem Verhalten in einem deutschen Altersheim: Die soziale Umwelt als Einflußgröße. Z Gerontol 19: 14-24 (1986)
- Baltes, M. M. / Herbeck, B. (1984): Unselbständigkeit im Alter: Die Rolle der sozialen Umwelt. In: Schmidt, R. /Stephan, R.: Der dementiell erkrankte ältere Mensch. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen
- Baltes, M. M. /Kindermann, Th. (1983): Die Bedeutung von Umweltfaktoren für das Unselbständigkeitsverhalten von Altenheimbewohnern: Eine sozial-ökologische Analyse. Trierer Psychologische Berichte. Band 10 (1983) Heft 12
- Bartholomeyczik, S. /Halek, M. (Hrsg.) (2004): Assessmentinstrumente in der Pflege. Möglichkeiten und Grenzen. Hannover: Schlütersche
- Bartholomeyczik, S. /Abt-Zegelin, A. /Hunstein, D. (2002): Kann Plaisir halten, was es verspricht. Pflegewissenschaftler warnen: Das System sagt nur wenig über den erforderlichen Personalbedarf aus. Altenheim 4/2002, 20-25
- Becker, P. (1991): Wohlbefinden. Theoretische Grundlagen. In: Abele, A. /Becker, P. (Hrsg.): Wohlbefinden. Theorie – Empirie – Diagnostik. Weinheim: Juventa, 13-51
- Becker, S. /Kruse, A. /Schröder, J. /Seidl, U. (2005): Das Heidelberger Instrument zur Erfassung von Lebensqualität bei Demenz (H.I.L.DE.). Dimensionen von Lebensqualität und deren Operationalisierung. Z Gerontol Geriat 38:108-121 (2005)
- Becker, W./Meiford, B. (1997): Altenpflege eine Arbeit wie jede andere? Ein Beruf fürs Leben? Bielefeld: Bertelsmann
- Behrends, J. /Langer, G. (2004): Evidence-based Nursing. Vertrauensbildende Entzauberung der Wissenschaft. Bern, u.a.: Huber
- Behrens, M. /Brümmer, A. (1997): Selbstinitiierte Hausgemeinschaften – eine Antwort auf gesellschaftliche Veränderungen? Thema 135. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe
- Berthou, A. (2002): Plaisir©: Aufbau, Leistungsmerkmale, Einsatzverfahren und erste Erfahrungen. In: Kardorff, E. von/Kondratowitz, H.-J. von (Hrsg.): Personalbemessung in der Altenhilfe. Regensburg: Transfer

- Berthou, A. (1999): Messung des Pflegeaufwandes in Langzeitpflegeinstitutionen. Test der Methode Plaisir© im deutschen Sprachraum. Chorus 3 Schlussbericht
- Bickel, H. (2001): Demenzen im höheren Lebensalter: Schätzungen des Vorkommens und der Versorgungskosten. *Z Gerontol Geriat* 34:108-115 (2001)
- Bickel, H. (1996): Pflegebedürftigkeit im Alter. Ergebnisse einer populationsbezogenen retrospektiven Längsschnittstudie. *Gesundheitswesen* 58, Sonderheft 1:56-62
- Bickel, H. (1995): Demenzkranke in Alten- und Pflegeheimen: Gegenwärtige Situation und Entwicklungstendenzen. In: Forschungsinstitut der Friedrich-Ebert-Stiftung (Hg.) *Medizinische und gesellschaftspolitische Herausforderung: Alzheimer Krankheit. Der langsame Zerfall der Persönlichkeit.* Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn, pp 49-68
- Bortz, J. /Döring, N. (2002): *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler.* Berlin, Heidelberg: Springer
- Bosch, C. F. M.(1998): *Vertrautheit. Studie zur Lebenswelt dementierender alter Menschen.* Wiesbaden: Ullstein
- Bosch, S. /Isfort, M. /Lauer, A. /Wurster, J. (2002): Zur Anthropologie des bedürftigen Menschen im Zeichen der Gerechtigkeit. In: Schnell, M. W. (Hrsg.): *Pflege und Philosophie.* Bern, u.a.: Huber
- Brandenburg, H. /Klie, Th. (2003): Kompetenzprofile professioneller Pflege alter Menschen. In: Klie, Th./ Brandenburg, H. (Hrsg.): *Gerontologie und Pflege. Beiträge zur Professionalisierungsdiskussion in der Pflege alter Menschen.* Hannover: Vincentz, 132-209
- Brandenburg, H. (1994): Soziologie des Heims. In: Kruse, A./Wahl, H.-W.: *Altern und Wohnen im Heim: Endstation oder Lebensort?* Bern, u.a.: Huber, 67-81
- Braun, U. /Schmidt, R. (Hrsg.) (1997): *Entwicklung einer lebensweltlichen Pflegekultur.* Regensburg: Transfer
- Brooker, D. (2004): Zukünftige Herausforderungen für DCM. In: Innes, A. (Hrsg.): *Die Dementia Care Mapping Methode (DCM). Anwendung und Erfahrungen mit Kitwoods person-zentriertem Ansatz.* Bern, u.a.: Huber, 135-142
- Buhl, A. /Entzian, H. (2002): Wandel gestalten – Wege zu lebensweltbezogenen Unterstützungsformen für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen und ihre Angehörigen, DGGG-Tagung, September 2001, Kiel. *Z Gerontol Geriat* 35:181-185 (2002)
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.) (2004): *Planungshilfe Umstrukturierungen stationärer Einrichtungen unter besonderer Berücksichtigung der Bedürfnisse von Menschen mit Demenz.* Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.) (2004): Planungshilfe. Alltagsbegleitung und Präsenz in Hausgemeinschaften. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2002): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger –unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen und Stellungnahme der Bundesregierung. Berlin: BMFSFJ

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2001): Qualität in der stationären Versorgung Demenzerkrankter: (Dokumentation eines Workshops); Stuttgart, u.a.: Kohlhammer

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2001): Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation. Drucksache 14/1530, Berlin: BMFSFJ

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2000): Die 4. Generation des Altenpflegeheimbaus. KDA Hausgemeinschaften. Eine Dokumentation von 34 Projekten. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (1998): Wohnen im Alter. Zweiter Bericht zur Lage der älteren Generation in Deutschland. Bonn: BMFSFJ

Capell, E. (2005): Neue Strukturen in der pflegerischen Versorgung: Auswirkungen auf Lebenslage und Lebensqualität pflegebedürftiger älterer Menschen. In: Schroeter, K. R./Rosenthal, T. (Hrsg.): Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven. Weinheim und München: Juventa, 193-209

Carp, F.M. & Carp, A. (1984): A complementary-congruence model of wellbeing of mental health for the community elderly. In I. Altmann, M.P. Lawton & J.F. Wohlwill (Eds.), *Elderly people and the environment. Human Behavior and Environment; Advances in Theory and Research*, Vol. 7 (279-336). New York: Plenum Press

Clemens, W. (1994): "Lebenslage" als Konzept sozialer Ungleichheit – Zur Thematisierung sozialer Differenzierung in Soziologie, Sozialpolitik und Sozialarbeit. *Zeitschrift für Sozialreform*, 40. Jahrgang, März 1994, Heft 3, 141-164

Coester, F. (2004): Qualitätsmessinstrumente in der Begleitung und Pflege demenziell erkrankter Menschen und ihre Anwendung im Rahmen personeller, gesetzlicher und ökonomischer Bedingungen. *Thema* 193, Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe

Cohen-Mansfield, J. (1986): Agitated behaviors in the elderly. II. Preliminary results in the cognitively deteriorated. *Journal of the American Geriatrics Society*, 34, 722-727

Cohen-Mansfield, J. & Billig, N. (1986): Agitated behavior in the elderly. I. A conceptual review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 34, 711-721



- Crusius, G. /Böttjer, M. /Scheer, U. /Nowak, B. /Reisig, G.(2003): Das Hausgemeinschaftskonzept von Rablinghausen. Pro Alter 2/03, Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe
- Cumming, E. & Henry, W.E. (1961) Growing old – the process of disengagement. New York: Basic Books Inc.
- Dechmann, B. /Ryffel, Ch. (1995): Soziologie im Alltag. Eine Einführung. Weinheim und Basel: Beltz
- Dettbarn-Reggentin, J. (2005): Studie zum Einfluss von Wohngruppenmilieus auf demenziell Erkrankte in stationären Einrichtungen. Z Gerontol Geriat 38: 95-100 (2005)
- Dieck, M. (1994): Das Altenheim traditioneller Prägung ist tot. In: Kruse, A./Wahl, H.-W.: Altern und Wohnen im Heim: Endstation oder Lebensort? Bern, u.a.: Huber, 191-200
- Diekmann, A.(2002): Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen; Reinbek bei Hamburg: Rowohlt
- Dorsch, F. (1998): Psychologisches Wörterbuch, 13 Auflage, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber
- Düx, H. (1997): Lebenswelten von Menschen in einem Alten- und Pflegeheim: eine qualitative Untersuchung mit heuristischen Methoden. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe
- Elsbernd, A. (2000): Pflegesituationen. Erlebnisorientierte Situationsforschung in der Pflege. Bern: Huber
- Fischer, L. (1976): Die Wirkungen der Institutionalisierung auf das Selbstbild alter Menschen. Köln, Wien: Böhlau
- Fliege, H. /Filipp, S.-H. (2000): Subjektive Theorien zu Glück und Lebensqualität – Ergebnisse explorativer Interviews mit 65- bis 74jährigen. Z Gerontol Geriat 33:307-313 (2000)
- Friederich, K. (1995): Altern in räumlicher Umwelt. Sozialräumliche Interaktionsmuster älterer Menschen in Deutschland und in den USA.. Darmstadt: Steinkopff
- Friedrichs, J. (2000): Methoden empirischer Sozialforschung. Opladen: Westdeutscher
- Forschungsarbeitsgemeinschaft „Menschen in Heimen“ Universität Bielefeld (2001): Aufforderung an die Fraktionen des Deutschen Bundestages, eine Kommission zur „Enquête der Heime“ einzusetzen. Bielefeld: Fakultät für Gesundheitswissenschaften
- Gennrich, R. (2002): Qualitative und quantitative Erfassung des Pflege- und Personalbedarfs durch das Verfahren Plaisir. In: Igl, G./Schiemann, D./ Gerste, B./Klose, J.: Qualität in der Pflege. Stuttgart, u.a.: Schattauer, 275-291

- Gennrich, R. (2002): Antworten auf viele Fragen. In: Pflegezeitschrift 7/2002, 507-510
- Gennrich, R./ Haß, P. (2001): Pflegeheime „ambulant“ gedacht. Ein Organisationsmodell für eine verbesserte Lebensqualität Pflegebedürftiger. Häusliche Pflege 6/2001, 25-28
- Goffman, E. (1973): Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Graumann, C. F. (1992): Alte Menschen in ihren Umwelten. In: Niederfranke, A./ Lehr, U. /Oswald, F./ Maier, G. (Hrsg.) Altern in unserer Zeit. Wiesbaden: Quelle & Meyer
- Grond, E. (1991): Die Pflege verwirrter alter Menschen. Psychisch Alterskranke und ihre Helfer im menschlichen Miteinander. Freiburg im Breisgau: Lambertus
- Grün, O. (1998): Zukünftige Organisationsstrukturen für Alters- und Pflegeheime. Z Grontol Geriat 31:398-406 (1998)
- Gutzmann, H. /Zank, S. (2005): Dementielle Erkrankungen. Medizinische und psychosoziale Interventionen. Stuttgart: Kohlhammer
- Hager, I. (1996):“Mir ist schon alles wurscht...“: das Phänomen Pflegeheim und seine „Insassen“ – Lebensumstände und Wohlbefinden von alten, pflegebedürftigen HeimbewohnerInnen. Wien: Edition Praesens
- Hansen, E. (2005): Risikomanagement. Sozialmagazin 30. Jg. 12/2005, 13-14
- Hansen, E. (2005, a): Risiken in der sozialen Arbeit. Oder warum soziale Arbeit mit anderen Berufen nicht zu vergleichen ist. Sozialmagazin 30 Jg. 12/2005, 14-15
- Hansen, E. (2005, b): Der Blick der Gesellschaften auf Risiken. Risikosoziologische Deutungen. Sozialmagazin 30 Jg. 12/2005, 16-23
- Hansen, E. (2005, c): Das Risiko und die deutsche Soziale Arbeit. Sozialmagazin 30 Jg. 12/2005, 24-29
- Hansen, E. (2005,d): Die Risiken der Risikodebatte. Warum die Auseinandersetzung mit Risiken so hilfreich ist. Sozialmagazin 30 Jg. 12/2005, 30-36
- Havighurst, R. J. (1968). Ansichten über ein erfolgreiches Altern. In: Lehr, U. & Thomae, H. (Hrsg.), Altern – Probleme und Tatsachen. Frankfurt: Akademische Verlagsgesellschaft, 567-571
- Heeg, S. (2005): Wohngruppen. Kleiner Umbau- große Wirkung. Altenheim 11/2005
- Heeg, S. (2000): Bauliches Milieu und Demenz. In: Wahl, H.-W./Tesch-Römer, C. (Hrsg.): Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer, 233-241

Heeg, S. (1996): Architektur für die kranke Seele- Anforderungen an das Bauen für demenzkranke Menschen. In: Deutsche Alzheimer Gesellschaft (Hrsg.): Stationäre Versorgung von Alzheimer Patienten, Selbstverlag, 129-135

Heeg, S. /Lind, S. (Hrsg.) (1994): Gerontopsychiatrie in Einrichtungen der Altenhilfe – Versorgungsstrategien und bauliche Erfordernisse. Forum 23,. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe

Heeg, S. (1994): Verbesserte Wohnkonzepte für Menschen im Heim aus der Sicht einer Architektin. In: Kruse, Andreas/Wahl, Hans-Werner: Altern und Wohnen im Heim: Endstation oder Lebensort? Bern, u.a.: Huber, 219-230

Heinemann-Knoch, M. /Korte, E. /Schönberger, Ch. /Schwarz, B. (1999): Möglichkeiten und Grenzen selbständigen Lebens und Arbeitens in stationären Einrichtungen. Belastungskonfigurationen und Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Hilfen. Band 147.3 Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), Stuttgart, u.a.: Kohlhammer

Hennig, A. /Riesner, C. /Schlichting, R. /Zörkler, M. (2006): Qualitätsentwicklung in Pflegeeinrichtungen durch Dementia Care Mapping? Erfahrungen und Erkenntnisse aus einem dreijährigen Modellprojekt im Landkreis Marburg-Biedenkopf. Veröffentlichung der Wissenschaftlichen Begleitung zum BMG-Modellprogramm zur „Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger“: Saarbrücken: Bundesministerium für Gesundheit

Hillmann, K.-H. (1994): Wörterbuch der Soziologie. Stuttgart: Kröner

Hirsch, R. D (2004): Psychisch Kranke sind nicht ausreichend versorgt. Altenheim 9/2004, Hannover: Vincentz

Huber, M. /Ammann, J. /Branenburg, S. /Keller, A. /Siegel, S. /Wächter, C. (Projektgruppe „Autonomie im Alter“) (2003): Erleben von Autonomie im Pflegeheim: Versuch einer Innenansicht. Pflegezeitschrift 12/2003, 849-852

Igl, G. /Schiemann, D. /Gerste, B. /Klose, J. (2002): Qualität in der Pflege. Betreuung und Versorgung von pflegebedürftigen alten Menschen in der stationären und ambulanten Altenhilfe. Stuttgart, u.a.: Schattauer

Innes, A. (Hrsg.) (2004): Die Dementia Care Mapping (DCM) Methode. Erfahrungen mit dem Instrument zu Kitwoods person-zentrierten Ansatz. Deutschsprachige Ausgabe herausgegeben von Christian Müller-Hergl. Bern, u. a.: Huber

Jenull-Schiefer, B. /Janig, H. (2004): Aktivierungsangebote in Pflegeheimen. Eine Studie zur Inanspruchnahme und Zufriedenheit. Z Gerontol Geriat 37: 393-401 (2004)

Josat, S. (2005): Welche Qualitätskriterien sind Angehörigen in der stationären Altenpflege wichtig? Eine Einzelfallstudie. Pflege 2005; 18:169-175, Bern, u.a.: Huber

Kahana, E. (1982): A congruence model of person-environment interaction. In: M-P. Lawton, P. G. Windley & T. O. Byerts (Eds.): Aging and the environment: Theoretical approaches (pp. 97-121). New York: Springer

Kahana, E. (1975): A congruence model of person environmental interaction. In: P. G. Windley, T. Byerts & E. G. Ernst (Eds.): Theoretical development in environments and aging (pp. 127-141). Washington, DC.: Gerontological Society

Kaiser, H. J. (1988): Handlungs- und Lebensorientierung alter Menschen. Teil 1: Erlebte Subjektkontrolle und ihre Konsequenzen für die Gestaltung der Lebensumwelt Älterer. Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie, 1, 1988, Heft 3, 243-255

Kappel, I. (2003): Wege zu höherer Lebensqualität im Alter. Eine empirische Studie in Wien und in der Steiermark. Dissertationsreihe der Karl-Franzens-Universität Graz. Wien: Dbv

KDA GmbH Beratungs- und Forschungsgesellschaft für Altenhilfe mbH im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend mit Unterstützung des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz Schleswig-Holstein (2003): Analyse und Transfer des Verfahrens PLAISIR®. Vorbereitung und Dokumentation der Überprüfungsprozesse des Verfahrens PLAISIR® zur Anwendung auf Landesebene. Köln, Veröffentlichung auf CD-Rom

Kempe, P. /Closs, C. /Gross, J. (1989): Altenzentrum Albertinenhaus des Verbandes für evangelische Bezirksakademie und Krankenanstalten e. V.: wissenschaftliche Begleitung der Modelleinrichtung. Stuttgart u.a.: Kohlhammer

Kern, A.O. & Beske, F. (1999): Entwicklung der Zahl von Demenzpatienten in Deutschland bis zum Jahr 2030. Kiel: Institut für Gesundheits- und Systemforschung

Kieschnik, H. /Berthou, A. (2004): Plaisir®. In: Bartholomeyczik, S. /Halek, M. (Hrsg.): Assessmentinstrumente in der Pflege. Möglichkeiten und Grenzen. Hannover: Schlütersche, 91-98

King, C. (Hrsg.) (2001): Lebensqualität: Pflege- und Patientenperspektiven; Theorien – Forschung – Praxis. Bern u. a.: Huber

Kitwood, T. (Deutschsprachige Ausgabe herausgegeben von Müller-Hergl, Ch.) (2000): Demenz. Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen; Bern, u.a.: Huber

Klie, T. /Pfundstein, T. /Eitenbichler, L. /Szymczak, M. /Strauch, M. (2005): Konzeptionelle und rechtliche Varianten der Versorgung von Menschen mit Demenz zwischen ambulant und stationär. Z Gerontol Geriat 38: 122-127 (2005)

Klie, T. /Hrsg.) (2002): Wohngruppen für Menschen mit Demenz. Hannover: Vincentz

Klie, T. /Buhl, A. /Entzian, H. /Schmidt, R. (Hrsg.) (2002): Das Pflegewesen und die Pflegebedürftigen. Analysen zu Wirkungen der Pflegeversicherung und ihrem Reformbedarf. Frankfurt am Main: Mabuse

Klie, T. /Schmidt, R. (2002): Begleitung von Menschen mit Demenz – Bestandsaufnahme und Formulierung demenzpolitischer Desiderate und Optionen. *Z Gerontol Geriat* 35: 199-209 (2002)

Klie, T. /Schmidt, R. (2002): Demenz und Lebenswelten. *Z Gerontol Geriat* 35:177-180 (2002)

Klie, T. /Schmidt, R. (Hrsg.) (1999): Die neue Pflege alter Menschen. Band 15. Bern, u.a.: Huber

Klie, F. /Lörcher, U. (1994): Gefährdete Freiheit. Fixierungspraxis in Pflegeheimen und Heimaufsicht. Freiburg im Breisgau: Lambertus

Klingensfeld, H. (1999): Heimübersiedlung und Lebenszufriedenheit älterer Menschen. Person- und Umweltfaktoren und ihr Einfluß auf die Anpassungsleistung an das Heimleben. Frankfurt a. M., u.a.: Lang

Kors, B. /Seunke, W. (1997): Gerontopsychiatrische Pflege. Berlin/Wiesbaden: Ullstein

Kremer-Preiß, U. /Narten, R. (2004): Betreute Wohngruppen. Struktur des Angebotes und Aspekte der Leistungsqualität. Studie im Rahmen des Projektes „Leben und Wohnen im Alter“ der Bertelsmann Stiftung und des Kuratoriums Deutsche Altershilfe. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe

Kremer-Preiß, U. /Stolarz, H. (2003): Neue Wohnkonzepte für das Alter und praktische Erfahrungen bei der Umsetzung – eine Bestandsanalyse -. Zwischenbericht im Rahmen des Projektes „Leben und Wohnen im Alter“ der Bertelsmann Stiftung und des Kuratoriums Deutsche Altershilfe. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe

Krohwinkel, M. (1993): Der Pflegeprozeß am Beispiel von Apoplexikranken. Eine Studie zur Erfassung und Entwicklung ganzheitlich-rehabilitierender Prozeßpflege im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Bd. 16. Baden-Baden: Nomos

Kruse, A. /Martin, M. (Hrsg.) (2004): Enzyklopädie der Gerontologie. Bern, u.a.: Huber

Kruse, A. /Ding-Greiner, C. (2003): Ergebnisse einer Interventionsstudie zur Förderung und Erhaltung von Selbständigkeit bei älteren Menschen mit geistiger Behinderung. *Z Gerontol Geriat* 36: 463-474 (2003)

Kruse, A. /Wahl, H.-W. (1999): III. Soziale Beziehungen. *Z Gerontol Geriat* 32:333-347 (1999)

Kruse, A. (Hrsg.) (1998): Psychosoziale Gerontologie. Band 1: Grundlagen. Göttingen, u.a.: Hogrefe

Kruse, A. (Hrsg.) (1998): Psychosoziale Gerontologie. Band 2: Interventionen.: Göttingen, u.a.: Hogrefe

- Kruse, A. /Wahl, H.-W. (Hrsg.) (1994): Altern und Wohnen im Heim: Endstation oder Lebensort? Bern, u.a.: Huber
- Knobling, C. (1985): Konfliktsituationen im Altenheim. Eine Bewährungsprobe für das Pflegepersonal., Freiburg im Breisgau: Lambertus
- Koch-Straube, U. (2005): Lebenswelt Pflegeheim. In: Schroeter, K. R./Rosental, Th. (Hrsg.): Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven. Weinheim, München: Juventa
- Koch-Straube, U. (1997): Fremde Welt Pflegeheim. Eine ethnologische Studie; Bern, u.a.: Huber
- Kondratowitz von, H.-J. /Schmidt, R. (Hrsg.) (1998): Sozialgerontologische Beiträge zur Neuorganisation und zu Perspektiven der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung im Alter. Jahrbuch des DZA 1998. Regensburg: Transfer.
- Lawton, M. P./Simon, B. B. (1968): The ecology of social relationships in housing for the elderly. *The Gerontologist*, 8, 108-115
- Lehr, U. (2000): Psychologie des Alterns. 9. Auflage. Wiebelsheim: Quelle & Meyer
- Lehr, U. /Thomae, H. (Hrsg.) (1987): Formen seelischen Alterns: Ergebnisse der Bonner Längsschnittstudie (BOLSA). Stuttgart: Enke
- Lehr, U. (1972): Sozialpsychologische Aspekte der Heimübersiedlung älterer Mitbürger. In: Thomae, H./Lehr, U.: Altern. Probleme und Tatsachen. Frankfurt a. M.: Akademische
- Lensing, T. (1999): Vorschau oder Rückblick? –Lebensziele von Menschen im Altenheim. In: Moers, M./Schiemann, D./Schnepf, W. (Hrsg.) (1999): Pflegeforschung zum Erleben chronisch kranker und alter Menschen. Bern, u.a.: Huber, 27-78
- Leptihn, T. (2001): Pflegekonzepte in der Gerontopsychiatrie. Entwicklung und praktische Umsetzung in der Altenpflege. Hannover: Schlütersche
- Lind, S. (2003): Demenzkranke Menschen pflegen. Grundlagen, Strategien und Konzepte. Bern, u.a.: Huber
- Lind, S. (2002): Demenzspezifische Normalität als Leitkonzept in der Versorgung Demenzkranker im Heimbereich. *Pflegeimpuls* 1/2002, 15-17
- Lind, S. (2000): Umgang mit Demenz. Wissenschaftliche Grundlagen und praktische Methoden. Ergebnisse einer Literaturrecherche und Sekundäranalyse der Fachliteratur in internationalen Pflegezeitschriften zur psychogeriatrischen Pflege und Betreuung Demenzkranker. Stuttgart: Paul-Lempp-Stiftung
- Maciejewski, B. /Sowinski, Ch. /Besselmann, K. /Rückert, W. (2001): Qualitäts-handbuch Leben mit Demenz. Zugänge finden und erhalten in der Pflege, Förderung und Begleitung von Menschen mit Demenz und psychischen Veränderungen. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe

- Mann, B. (1987): Altenheimenritt und soziale Strategien. Ein sozialgerontologischer Beitrag zur Interventionsgerontologie auf explorativer, heuristischer und synoptischer Grundlage., Frankfurt am Main: Haag+Herchen
- Mann, B. (1985): Bedürfnis- und Situationsanalyse bei Eintritt in die Stationäre Altenhilfe als sozialgerontologischer Beitrag zur Zufriedenheitsforschung im Alter. In: Herchen, H.-A. (Hrsg.): Beiträge zur Soziologie. Frankfurt a. M.: Herchen
- Marwedel, U. (2004): Gerontologie und Gerontopsychiatrie lernfeldorientiert. Haan-Gruiten: Europa-Lehrmittel
- Mayring, Ph.; Saup, W. (Hrsg.) (1990): Entwicklungsprozesse im Alter. Stuttgart, u.a.: Kohlhammer
- Mayring, Ph. (1989): Die Erfassung von subjektivem Wohlbefinden. Augsburger Berichte zur Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie, Nr. 40
- Mayring, Ph. (1987): Glück und Wohlbefinden im Alter. Erweiterte Fassung eines Referates, gehalten auf der 8. Tagung Entwicklungspsychologie in Bern., Augsburger Berichte zur Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie
- Mayring, Ph. (1987): Subjektives Wohlbefinden im Alter. Stand der Forschung und theoretische Weiterentwicklung. Augsburger Berichte zur Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie
- Meier-Baumgartner, H. P. (1994): Rehabilitation in Pflegeheimen. In: Kruse, A./Wahl, H.-W.: Altern und Wohnen im Heim: Endstation oder Lebensort?. Bern, u.a.: Huber, 121-128
- Meier, D. (1995): Lebensqualität im Alter. Eine Studie zur Erfassung der individuellen Lebensqualität von gesunden Älteren, von Patienten im Anfangsstadium einer Demenz und ihren Angehörigen. Bern: Lang
- Müller, D. (1994): Interventionen für verwirrte, ältere Menschen in Institutionen. Medizinische, pflegerische und Psychotherapeutische Entwicklungen. Thema 96, Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe
- Müller-Hergl, Ch. (2004): Wohlbefinden und Methode: Dementia Care Mapping. Zur Analytik zentraler Begriffe. In: Bartholomeyczik, S. /Halek, M. (Hrsg.): Assessmentinstrumente in der Pflege. Möglichkeiten und Grenzen. Hannover: Schlütersche, 115-126
- Müller-Hergl, Ch. (2001): Demenz zwischen Angst und Wohlbefinden: Positive Personennarbeit und das Verfahren des Dementia Care Mapping. In: Tackenberg, P. /Abt-Zegelin, A. (Hrsg.): Demenz und Pflege. Eine interdisziplinäre Betrachtung. Frankfurt am Main: Mabuse
- Müller-Hergl, Ch. (2001): Wohlbefinden als Ausgangspunkt für Qualität- Dementia Care Mapping. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Qualität in der stationären Versorgung Demenzerkrankter (Dokumentation eines Workshops). Stuttgart: Kohlhammer

Mollenkopf, H. /Oswald, F. /Wahl, H.-W. /Zimber, A. (2004). Räumlich-soziale Umwelten älterer Mensch: Die ökogerontologische Perspektive. In: Kruse, A. /Martin, M. (Hrsg.): Enzyklopädie der Gerontologie. Alternsprozesse in multidisziplinärer Sicht. Bern, u.a.: Huber, 343-361

Motel-Klingebiel, A. /von Kondratowitz, H.-J. /Tesch-Römer, C. (Hrsg.) (2002): Lebensqualität im Alter. Generationenbeziehungen und öffentliche Servicesysteme im sozialen Wandel.. Opladen: Leske & Budrich

Motel-Klingebiel, A. (2001): Lebensqualität und Ungleichheit im Alter. In: Backes, G.M./Clemens, W./Schroeter, K.R. (2001): Zur Konstruktion sozialer Ordnungen des Alter(n)s. Opladen: Leske & Budrich, 187-222

Mozley, C. /Sutcliffe, C. /Bagley, H. / Cordingley, L. /Challis, D. / Huxley, P. /Burns, A. (2004): Towards Quality Care. Outcomes for Older People in Care Homes. Burlington: Ashgate

Niebuhr, M. /Alzheimer Gesellschaft Bochum e. V. (Hrsg.) (2004): Interviews mit Demenzkranken: Wünsche, Bedürfnisse und Erwartungen aus Sicht der Betroffenen. Eine qualitative Untersuchung zur subjektiven Lebensqualität vom Menschen mit Demenz. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe

Niederfranke, A. /Lehr, U.M. /Oswald, F. /Maier, G.(Hrsg.) (1992): Altern in unserer Zeit. Beiträge der IV. und V. Gerontologischen Woche am Institut für Gerontologie, Heidelberg/Wiesbaden: Quelle&Meyer

Notter, J. /Spijker, T. /Stomp, K. (2004): Taking the community into the home. In: Health an Social Care in the Community 12(5), 448-453, Blackwell Publishing Ltd

Oppikofer, S. /Albrecht, K. /Schelling, H.R. / Wettstein, A. (2002): Die Auswirkungen sozialer Unterstützung auf das Wohlbefinden dementer Heimbewohnerinnen und Heimbewohner. Die Käferberg-Besucherstudie. Z Gerontol Geriat 35:39-48 (2002)

Oswald, W. D. (2000): Demenz. In: Wahl, H.-W. /Tesch-Römer, C. (Hrsg.): Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen. Stuttgart: Kohlhammer

Perrig-Chiello, P. (1997): Wohlbefinden im Alter. Körperliche, psychische und soziale Determinanten und Ressourcen. Weinheim, München: Juventa

Plaisier, A. J. /Douma, A. T. /Fahrenfort, M. /Leene, G. J. F. (1992): Het Anton-Pieck-hofje. Een woon-zorg-voorziening voor dementerende ouderen. Noational Ziiekenhuisinstituut Utrecht, Vrije Universiteit Amsterdam

Prisching, M. (1995): Soziologie. Wien, u.a.: Böhlau

Radzey, B. /Kuhn, Ch. /Rauh, J. (Hrsg.: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2001): Qualitätsbeurteilung der institutionellen Versorgung und Betreuung dementiell Erkrankter (Literatur-Expertise); Stuttgart; u.a.: Kohlhammer

Radzey, B. /Heeg, S. (2001): Demenzkranke in der stationären Versorgung: Versorgungskonzepte und "offene" Forschungsfragen. In: Bundesministerium für Fa-



milien, Senioren, Frauen und Jugend: Qualität in der stationären Versorgung Demenzkranker (Dokumentation eines Workshops) Schriftenreihe Band 207,2, 19-40

Radzey, B. /Heeg, S. /Goerlich, Ch. (1999): Kurzevaluation von Wohngruppen für Verwirrte in Frankreich und den Niederlanden. Thema 145. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe

Radzey, B. /Thie, J. (1994): Die Einflüsse der gebauten Umwelt auf die Pflegenden in der stationären Altenhilfe. In: Heeg, S. /Lind, S. (Hrsg.): Gerontopsychiatrie in Einrichtungen der Altenhilfe. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe

Re, S. /Wilbers, J. (2004): Versorgung demenzkranker Menschen. In: Kruse, A./Martin, M.: Enzyklopädie der Gerontologie. Bern, u.a.: Huber

Reggentin, H. (2005): Belastungen von Angehörigen demenziell Erkrankter in Wohngruppen im Vergleich zu häuslicher und stationärer Versorgung. Z Gerontol Geriat 38:101-107 (2005)

Reggentin, H. /Dettbarn-Reggentin, J. (2004): Wohngruppen für Menschen mit Demenz: Belastung wird durch Motivation kompensiert. Pflegezeitschrift 7/2004, 489-492

Reggentin, H./Dettbarn-Reggentin, J. (2004): Wohngruppen für Menschen mit Demenz: Die Möglichkeit des Miteinanders. Pflegezeitschrift 3/2004, 181-184

Reggentin, H./Dettbarn-Reggentin, J. (2003): Wohngruppen für Menschen mit Demenz: Erfahrungen-Potentiale-Effizienz. 18. Nov. 2003, Mönchengladbach

Ritchie, K. /Colvez, A. et. al. (1992): The Evaluation of long-term care for the dementing elderly: a comparative study of hospital and collective non-medical care in France. In: International Journal of Geriatric Psychiatry, Vol. 7, 549-557

Rüsing, D. (2001): Die Reliabilität und Validität des Beobachtungsinstrumentes „Dementia Care Mapping“. Unveröffentlichte Bachelorarbeit Pflegewissenschaft. Universität Witten/Herdecke

Saake, I. (1998): Theorien über das Alter. Perspektiven einer konstruktivistischen Altersforschung. Opladen/Wiesbaden: Westdeutscher

Saup, W. (1993) Altenheime als „Umwelten“: Beiträge aus psychologischer und architektonischer Sicht. Augsburger Berichte zur Entwicklungspsychologie und Pädagogischen Psychologie

Saup, W. /Schröppel, H (1993): Wenn Altenheimbewohner selbst bestimmen können. Möglichkeiten und Grenzen der Interventionsgerontologie. Augsburg: Verlag für Gerontologie

Saup, W. (1993): Alter und Umwelt. Eine Einführung in die Ökologische Gerontologie. Stuttgart, u.a.: Kohlhammer

Saup, W. (1990): Übersiedlung und Aufenthalt im Alten- und Pflegeheim. Augsburger Berichte zur Entwicklungspsychologie und Pädagogischen Psychologie

Saup, W. (1989): Die Auswirkungen mikroökologischer Veränderungen in Altenheimen. In: Kleiber, D./Filsinger, D. (Hrsg.): Altern – bewältigen und helfen. Heidelberg: Roland Ansanger

Saup, W. (1986): Wohnen im Alter. Eine psychologische Skizze. Augsburg: Berichte zur Entwicklungspsychologie und pädagogischen Psychologie, Forschungsstelle für Pädagogische- und Entwicklungspsychologie am Lehrstuhl für Psychologie (HRSG.)

Saup, W. (1986): Die Bedeutung von Umweltkontrolle für das psychische Wohlbefinden von Hochbetagten in Alten- und Pflegeheimen. Augsburg: Berichte zur Entwicklungspsychologie und Pädagogischen Psychologie. Augsburg: Forschungsstelle für Pädagogische Psychologie und Entwicklungspsychologie Universität Augsburg

Schäufele, M. (2002): Verschiedene Formen stationärer Versorgung von Demenzkranken- welche Erkenntnisse liegen uns vor? In: Verein zur Förderung der Demenxbetreuung e.V. (Hrsg.): Demenz: Pflege und Kosten. Hildesheim: Tagungsdokumentation 5. H(p)oller Runde, 13-18

Schellhorn, H. (2005): SGB XI – Pflegeversicherung. München: Luchterhand

Schick, I. (1978): Alte Menschen in Heimen. Eine empirische Untersuchung zu Korrelaten des psychischen und sozialen Wohlbefindens von Heimbewohnern. Köln: Hanstein

Schilder, M. (2003): Erleben von Alltagssituationen in Pflegeheimen: ... und da ist der Faden gerissen. Pflegezeitschrift 3/2003, 187-191

Schmidt, R. (2002): Pflegerische Versorgung und Demenz. Analysen zu Handlungsoptionen und Veränderungsimpulsen. Deutsches Zentrum für Altersfragen e.V. Berlin. Beiträge zur sozialen Gerontologie, Sozialpolitik und Versorgungsforschung. Band 13, Regensburg: Transfer

Schmidt, R. (Hrsg.) (1998): Neue Steuerungen in Pflege und sozialer Arbeit. Beiträge zur sozialen Gerontologie, Sozialpolitik und Versorgungsforschung; Bd.6. Regensburg: Transfer

Schmitz-Scherzer, R. (1998): Milieutherapeutische Ansätze in der stationären Altenarbeit. In: Kruse, A. (Hrsg.): Psychosoziale Gerontologie, Band 2: Intervention. Göttingen, u.a.: Hogrefe, 73-84

Schneekloth, U. /Müller, U. (1998): Hilfe- und Pflegebedürftige in Heimen: Endbericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen“. Durchgeführt von Infratest Sozialforschung und Infratest Epidemiologie und Gesundheitsforschung, München (Hrsg.: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend).Stuttgart; u.a.: Kohlhammer

Schroeter, K. R./Rosenthal, Th. (Hrsg.) (2005): Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven. Weinheim: Juventa

- Schröder, S. G. (2001): Medizinische Grundlagen der Demenz. In: Tackenberg, P./Abt-Zegelin, A. (Hrsg.): Demenz und Pflege. Frankfurt am Main: Mabuse
- Schüller, A. (2000): Das Neue für die Alten. Eine Untersuchung moderner Organisationsformen in der Altenbetreuung. Frankfurt am Main: Lang
- Schulte, B. (2001): Altenhilfe in Europa. Rechtliche, institutionelle und infrastrukturell Bedingungen – Vergleichender Gesamtbericht. Band 132.1 Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Stuttgart: Kohlhammer
- Seidl, E. /Walter, I. (Hrsg.) (2002): Pflegeforschung aktuell. Studien-Kommentare-Berichte. Wien, u.a.: Maudrich
- Sonntag, A. /Bischkopf, J. /Ritz, A. /Jakob, A. /Angermeyer, M.C. (2003): „Pflege mit Herz, Gesundheit oder Sterben“ Wünsche zur Veränderung der Lebenssituation von Altenpflegeheimbewohnern. *Z Gerontol Geriat* 36:280-286 (2003)
- Sowarka, D. (2000) : Merkmale der Lebensqualität in Pflegeeinrichtungen. In: Entzian, H. u.a. (Hrsg.): Soziale Gerontologie. Mabuse: Frankfurt/Main, 69-82
- Spiegel, R. (1988): Einführung in die Psychopharmakologie. Bern, u.a.: Huber
- Statistisches Bundesamt (2005): Bericht: Pflegestatistik 2003 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse. Bonn: Internetversion
- Strunk-Richter, G. (2002): Dementia Care Mapping (DCM). Die Schwester/Der Pfleger 41. Jahrg. 8/02, 662-666
- Tackenberg, P. /Abt-Zegelin, A. (Hrsg.) (2001): Demenz und Pflege. Eine interdisziplinäre Betrachtung. Frankfurt am Main: Mabuse
- Tartler, R. (1961) Das Alter in der modernen Gesellschaft. Stuttgart: Enke
- Tesch-Römer, C. (Hrsg.) (2002): Gerontologie und Sozialpolitik. Band 214 Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familien, Senioren, Frauen und Jugend, Stuttgart; u.a.: Kohlhammer
- Thiele, C. /Feichtinger, L. /Baumann, U. /Mitmansgruber, H. /Somweber, M. (2002): Der Umzug ins Seniorenheim- Erfahrungen von Senioren und Angehörigen. *Z Gerontol Geriat* 35:556-564 (2002)
- Thomae, H. (1983): Altersstile und Altersschicksale. Ein Beitrag zur Differentiellen Gerontologie. Bern, u.a.: Huber
- Thomae, H. (1976): Patterns of aging: findings from the Bonn Longitudinal Study of Aging. Basel u.a.: Karger
- Ulich, D. /Saup, W. (1987): Veränderung der Mikroökologie im Altenheim. Antrag an die Deutsche Forschungsgemeinschaft auf Gewährung einer Sachbeihilfe im Fachgebiet Psychologie. Augsburger Berichte zur Entwicklungspsychologie und Pädagogischen Psychologie

Volpert, W. (1984): Das Konzept des Behavior Setting und die Methodik einer ökologischen Arbeitspsychologie. IfHA – Berichte. Berichte und Reprints aus dem Institut für Humanwissenschaft in Arbeit und Ausbildung der Technischen Universität Berlin

Wahl, H.-W. (2005): Entwicklung und Perspektiven der gerontologischen Forschung: Das Beispiel Wohnforschung. *Z Gerontol Geriat* 38:128-138 (2005)

Wahl, H.-W. (2004): Gerontologie- Einführung und Geschichte. Stuttgart, u.a.: Kohlhammer

Wahl, H.-W. /Heyl, V. (2004): Gerontologie – Einführung und Geschichte. Stuttgart, u.a. : Kohlhammer

Wahl, H.-W. /Tesch-Römer, C. (Hrsg.) (2000): Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen; Stuttgart, u.a.: Kohlhammer

Wahl, H.-W. ; Heyl, V. & Zimprich, D. (1999): Wohn- und Lebensbedingungen in Alten- und Pflegeheimen: Beiträge der Ökologischen Gerontologie. In: Zimmer, A./Weyerer, S. (Hrsg.): Arbeitsbelastung in der Altenpflege. Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie

Wahl, H.- W./Reichert, M. (1994): Psychologische Forschung in Alten- und Altenpflegeheimen in den achtziger Jahren. Teil I: Forschungszugänge zu den Heimbewohnern. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und-psychiatrie*, 4, 1991, Heft 4, 233-255

Wahl, H. W. & Kruse, A. (1994) Sensible Bereiche der pflegerischen Arbeit in Heimen. In: A. Kruse & H.W. Wahl (Hrsg.) Altern und Wohnen im Heim: Endstation oder Lebensort? Bern, u.a.: Huber, 83-112

Wahl, H.-W. (1991): Das kann ich allein! Selbständigkeit im Alter: Chancen und Grenzen. Bern, u.a.: Huber

Wahl, H.-W. (1989): Entwicklung im Alter als Alltagsveränderung: Überlegungen zu einer alltagsbezogenen Gerontopsychologie. *Augsburger Berichte zur Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, Augsburg

Wahl, H.-W. (1989): Unselbständigkeit und Selbständigkeit alter Menschen in Pflegeinteraktionen: Eine empirische Analyse von subjektiven und objektiven Indikatoren. Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades eines Doktors der Philosophie im Fachbereich Erziehungs- und Unterrichtswissenschaften der Freien Universität Berlin

Wettstein, A. (1991): Senile Demenz. Ursache – Diagnose – Therapie – Volkswirtschaftliche Konsequenzen. Bern, u.a.: Huber

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

Weyerer, S. /Schäufele, M. /Hendlmeier, I. (2005): Besondere und traditionelle stationäre Betreuung demenzkranker Menschen im Vergleich. *Z Gerontol Geriat* 38:85-94 (2005)

Weyerer, S. /Schäufele, M. /Hendlmeier, I. /Kofahl, Ch. /Sattel, H. /Jantzen, B. /Schumacher, P. (2004): Evaluation der besonderen stationären Dementenbetreuung in Hamburg. Projektförderung durch Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und Behörde für Soziales und Familie der Freien Hansestadt Hamburg: Internetversion

Weyerer, S. /Schäufele, M. /Hönig, T. (2001): Demenzkranke in der stationären Versorgung: Aktuelle Situation. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): *Qualität in der stationären Versorgung Demenzerkrankter*. Stuttgart: Kohlhammer, 9-18

Weyerer, S. /Schäufele, M. (1999): Epidemiologie körperlicher und psychischer Beeinträchtigungen im Alter. In: Zimmer, A. & Weyerer, S. (Hrsg.): *Arbeitsbelastungen in der Altenpflege*. Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie, 3-23

Whall, A. L. /Gillis, G. /Yankou, D. /et al. (1992) Disruptive behavior in elderly nursing home residents: A survey of nursing staff. *Journal of Gerontological Nursing*, 18, 10, 13-17

Wilkening, K. /Martin, M (2003): Lebensqualität am Lebensende: Erfahrungen, Modelle und Perspektiven. *Z. Gerontol Geriat* 36:333-338 (2003)

Woods, B. /Lintern, T. (2004): Reliabilität und Validität des DCM. In: Innes, A.: *Die Dementia Care Mapping (DCM) Methode. Erfahrungen zu dem Instrument zu Kitwoods person-zentriertem Ansatz*. Bern, u.a.: Huber, 38-51

Wojnar, J. (1997): Umgebung für Demenzkranke. In: Radebold, H. et al. (Hrsg.): *Depression im Alter*. Darmstadt: Steinkopff, 259-263

Yan, A. (2003): *Gesundheit, Social Support und Lebenszufriedenheit im Alter. Eine kulturvergleichende Studie. Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Philosophischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf*. Berlin: Logos

Zank, S. /Baltes, M. M. (1998): Förderung von Selbständigkeit und Lebenszufriedenheit alter Menschen in stationären Einrichtungen. In: Kruse, A. (Hrsg.) : *Psychosoziale Gerontologie, Band 2: Intervention*. Göttingen, u.a.: Hogrefe, 60 –72

Zimmer, A. (Hrsg.) (1999): *Arbeitsbelastung in der Altenpflege*. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie

Zimmer, A. /Weyerer, S. (1998): *Stress in der stationären Altenpflege. Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in Heimen*. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe

## Tabellenverzeichnis

<b>Nummer</b>	<b>Inhalt</b>	<b>Seitenzahl</b>
<b>1</b>	Darstellung der verschiedenen Generationen des Altenheimbaus	<b>25</b>
<b>2</b>	Tabellarische Synopse der verschiedenen Modelle	<b>26</b>
<b>3</b>	Zusammenfassende Darstellung der Forschungsergebnisse zu den Hausgemeinschaften	<b>37</b>
<b>4</b>	Determinanten des Wohlbefindens dementiell erkrankter alter Menschen	<b>82</b>
<b>5</b>	Heimeinzug und Anpassung an den Heimalltag	<b>84</b>
<b>6</b>	Heimeinzug und Anpassung an den Heimalltag im institutionellen Vergleich	<b>84</b>
<b>7</b>	Übersicht über die zum Einsatz kommenden Instrumente zur Erfassung der Wirkungsaspekte	<b>90</b>
<b>8</b>	Untersuchungsverlauf	<b>105</b>
<b>9</b>	Durchschnittliches Alter und Geschlecht der Bewohner (Plaisir©)	<b>111</b>
<b>10</b>	Verteilung auf die Geschlechter in Prozent (Plaisir©)	<b>111</b>
<b>11</b>	Durchschnittlicher Pflegebedarf in Minuten pro Tag in der ersten und zweiten Untersuchungsphase (Plaisir©)	<b>113</b>
<b>12</b>	Verteilung der Bewohner nach Einschränkungen Einrichtung in der ersten Untersuchungsphase in Einrichtung A und B in Prozent (Plaisir©)	<b>113-114</b>
<b>13</b>	Verteilung der Bewohner nach Einschränkungen Einrichtung A und B in der zweiten Untersuchungsphase in Prozent (Plaisir©)	<b>115-116</b>
<b>14</b>	Verteilung der Bewohner in A und B nach dem Grad der kognitiven Defizite und der psychiatrischen Probleme in der ersten Untersuchungsphase in totalen Zahlen (Plaisir©)	<b>117</b>
<b>15</b>	Verteilung der Bewohner in A und B nach dem Grad der kognitiven Defizite und der psychiatrischen Probleme in der zweiten Untersuchungsphase in totalen Zahlen (Plaisir©)	<b>117</b>
<b>16</b>	Prävalenz bestimmter Verhaltensprobleme in der ersten Untersuchungsphase Einrichtung A und B in totalen Zahlen (Plaisir©)	<b>118</b>
<b>17</b>	Prävalenz bestimmter Verhaltensprobleme in der zweiten Untersuchungsphase Einrichtung A und B in totalen Zahlen (Plaisir©)	<b>118</b>
<b>18</b>	Freiheitsentziehende Maßnahmen in der ersten Untersuchungsphase Einrichtung A und B in Prozent (Plaisir©)	<b>119</b>
<b>19</b>	Freiheitsentziehende Maßnahmen in der zweiten Untersuchungsphase Einrichtung A und B in Prozent (Plaisir©)	<b>119</b>
<b>20</b>	Dauer des Frühstücks in der ersten und zweiten Untersuchungsphase in Einrichtung A und B in totalen Zahlen (DCM)	<b>124</b>

<b>21</b>	Dauer des Mittagessens in der ersten und zweiten Untersuchungsphase in Einrichtung A und B in totalen Zahlen (DCM)	<b>124</b>
<b>22</b>	Verteilung der Bewohner nach Beeinträchtigungsgrad Soziale Beziehungen erste Untersuchung in totalen Zahlen (Plaisir©)	<b>129</b>
<b>23</b>	Verteilung der Bewohner nach Beeinträchtigungsgrad Soziale Beziehungen zweite Untersuchungsphase in totalen Zahlen (Plaisir©)	<b>129</b>
<b>24</b>	Einschränkungen der sozialen Beziehungen in der Hausgemeinschaftseinrichtung in der ersten und zweiten Untersuchungsphase in Prozent (Plaisir©)	<b>130</b>
<b>25</b>	Aufenthaltszeiten in öffentlichen Räumen in Minuten in der ersten und zweiten Untersuchungsphase in Einrichtung A und B (DCM)	<b>132</b>
<b>26</b>	Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung zu „Kontakt zu anderen Bewohnern“ in der ersten Untersuchungsphase in Einrichtung A und B in totalen Zahlen	<b>133</b>
<b>27</b>	Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung zu „Kontakt zu anderen Bewohnern“ in der zweiten Untersuchungsphase in Einrichtung A und B in totalen Zahlen	<b>133</b>
<b>28</b>	Zusammenfassende Darstellung der Wohlbefindenswerte (DCM)	<b>135</b>
<b>29</b>	Übersicht über einzelne WIB-Werte (DCM)	<b>136</b>
<b>30</b>	Zusammenfassende Darstellung der Wohlbefindenswerte in der ersten Untersuchungsphase in Einrichtung A und B in Prozent (DCM)	<b>137</b>
<b>31</b>	Zusammenfassende Darstellung der Wohlbefindenswerte in der zweiten Untersuchungsphase in Einrichtung A und B in Prozent (DCM)	<b>137</b>
<b>32</b>	Darstellung der Wohlbefindenswerte in der ersten und zweiten Untersuchungsphase nur Hausgemeinschaftseinrichtung in Prozent (DCM)	<b>137</b>
<b>33</b>	Darstellung der Wohlbefindenswerte in der ersten und zweiten Untersuchungsphase nur Vergleichseinrichtung in Prozent (DCM)	<b>138</b>
<b>34</b>	Anzahl der Verhaltenskategorien erste Untersuchungsphase in Einrichtung A und B in Prozent (DCM)	<b>139</b>
<b>35</b>	Anzahl der Verhaltenskategorien zweite Untersuchungsphase in Einrichtung A und B in Prozent (DCM)	<b>140</b>
<b>36</b>	Verteilung der WIB-Werte für die Kategorie B in Prozent (DCM)	<b>141</b>
<b>37</b>	Verteilung der WIB-Werte für die Kategorie F in Prozent (DCM)	<b>143</b>
<b>38</b>	Darstellung der Entwicklung des Abwechslungsfaktors in der ersten und zweiten Untersuchungsphase in Einrichtung A und B (DCM)	<b>144</b>
<b>39</b>	Zusammenfassung der vermuteten Wirkungen unterschiedlicher Settings	<b>167-168</b>

## Anhang

### Beschreibung der Verhaltenskategorien (aus Bradford Dementia Group, 1997, 30)

Kode	Stichwort	Allgemeine Beschreibung der Kategorie
A	Artikulation	Verbal oder nonverbal mit anderen interagieren ohne offensichtliche andere Aktivität
B	Borderline	Sozial einbezogen sein, aber auf passive Weise
C	Cool/Kalt	Sozial nicht einbezogen sein, in sich gekehrt
D	Distress	Stress ohne Begleitung
E	Expression/Selbstaussdruck	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 intellekt. Fähigkeiten konzentriert
J	Joints/Gelenk	An einer sportlichen oder gymnastischen Übung teilnehmen
K	Kum & Go/Kommen & Gehen	Unabhängiges Gehen, Stehen oder 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 sexuellem Selbstausdruck
T	Timalation/Basale Stimulation	Beschäftigung mit sinnl. Wahrnehmung
U	Unresponded to/ohne Antwort	Kommunizieren ohne Antwort
W	Withstanding/Aushalten	Repetitive Selbststimulation
X	X-cretion/Ausscheidung	
Y	Yourself/Halluzination	Mit sich selbst oder einer imaginierten Person sprechen
Z	Zero Option/Nulloption	Verhalten, das in keine der Kategorien passt



## Die 12 Interaktionsformen der positiven Personenerarbeit

(entnommen aus Kitwood, 2000, 134-137)

„1. Anerkennen (recognition). Hierbei wird ein Mann oder eine Frau mit Demenz als Person anerkannt, ist namentlich bekannt und wird in seiner bzw. ihrer Einzigartigkeit bestätigt. Anerkennen lässt sich durch einen einfachen Akt des Grüßens oder durch achtsames Zuhören über einen längeren Zeitraum, in dem jemand vielleicht eine Teil seines früheren Lebens beschreibt, erreichen. Anerkennen ist jedoch niemals rein verbal und kann auch völlig wortlos erfolgen. Einer der grundlegenden Akte des Anerkennens ist einfach der direkte Blickkontakt.

2. Verhandeln (negotiation). Das charakteristische Merkmal dieser Art von Interaktion besteht darin, dass Menschen mit Demenz nach ihren Vorlieben, Wünschen und Bedürfnissen gefragt werden, statt den Vermutungen anderer angepasst zu werden. Viel mehr verhandelt über einfache Angelegenheiten des Alltags, etwa ob sich jemand in der Lage sieht, aufzustehen, eine Mahlzeit einzunehmen oder nach draußen zu gehen. Geschicktes Verhandeln berücksichtigt die Ängste und Unsicherheiten von Menschen mit Demenz sowie das langsamere Tempo, in dem sie mit Informationen umgehen. Verhandeln gibt selbst hochgradig abhängigen Menschen ein gewisses Maß an Kontrolle über die Pflege, die sie erhalten, und gibt ihnen Macht zurück.“ (Kitwood, 2000, 134)

3. Zusammenarbeiten (collaboration). Hier betrachten wir kurz zwei oder mehr Menschen bei einer gemeinsamen Aufgabe mit einem bestimmten Ziel in Sicht. Zusammenarbeit kann bisweilen sogar im wörtlichen Sinne stattfinden, etwa bei gemeinsamen Arbeiten im Haushalt. Weniger offensichtlich kann sie im Zusammenhang mit der persönlichen Pflege, etwa beim Anziehen, Baden oder beim Gang zur Toilette werden. Das Kennzeichen des Zusammenarbeitens besteht darin, dass Pflege nicht etwas ist, das einer Person <<angetan>> wird, die ihrerseits in eine passive Rolle gezwängt wird; es ist ein Prozess, an dem ihre eigene Initiative und ihre eigenen Fähigkeiten beteiligt sind.

4. Spielen (play). Während Arbeit auf ein Ziel gerichtet ist, hat Spielen in seiner reinsten Form kein außerhalb der Aktivität selbst liegendes Ziel. Es ist einfach nur eine Übung in Spontaneität und Selbstaussdruck, eine Erfahrung, die ihren Wert in sich selbst hat. Durch den schieren Überlebensdruck und die Arbeitsdisziplin verfügen viele Erwachsene auf diesem Gebiet nur über schlecht entwickelte Fähigkeiten. Ein gutes Pflegeumfeld ist eines, das diesen Fähigkeiten erlaubt zu wachsen.

5. Timalation (timalation). Dieser Begriff bezieht sich auf Formen der Interaktion, bei denen die primäre Zugangsweise sensorisch oder sinnbezogen ist, ohne dass Begriffe und intellektuelles Verstehen eine Rolle spielen, z. B. bei einer Aromatherapie und Massage. Das Wort Timalation ist ein Neologismus, abgeleitet aus dem Griechischen Wort timao (ich halte in Ehren, ich würdige – und demnach verletze ich keine persönlichen oder moralischen Grenzen) und aus Stimulation (mit ihren Bedeutungen der sensorischen Anregung). Die Bedeutung dieser Art von Interaktion liegt darin, dass sie Kontakt, Sicherheit und Vergnügen bieten kann, während sie nur sehr wenig erfordert. Sie ist daher bei schwerer kognitiver Beeinträchtigung besonders wertvoll.

6. Feiern (celebration). Die Stimmung dabei ist aufgeschlossen und gesellig. Es ist nicht einfach eine Sache besonderer Gelegenheiten, sondern eines jeden Augenblicks, in dem das Leben als zutiefst freudvoll erlebt wird. Viele Menschen mit Demenz behalten trotz ihres Leidens die Fähigkeit zu feiern, vielleicht nimmt sie sogar zu, wo die Last der Verantwortung schwindet. Feiern ist die Form von Interaktion, bei der die Trennung zwischen Betreuendem und Betreutem einem vollständigen Verschwinden am nächsten kommt; alle werden von einer ähnlichen Stimmung erfasst. Die gewöhnlichen Grenzen des Ich sind verschwommen geworden, und das Selbst hat sich ausgeweitet. In manchen mystischen Traditionen ist dies die Bedeutung von Spiritualität.

7. Entspannen (relaxation). Von allen Formen der Interaktion ist sie diejenige mit dem niedrigsten Intensitätsgrad und vielleicht auch mit dem geringsten Tempo. Natürlich ist es möglich, allein zu entspannen, aber viele Menschen mit Demenz mit ihren ausgeprägten sozialen Bedürfnissen vermögen nur zu entspannen, wenn andere in der Nähe sind oder wenn unmittelbarer Körperkontakt hergestellt wird.“

### **Psychotherapeutisch ausgerichtete Arten der positiven Interaktion:**

„ 1. Validation (validation). (...) Die wörtliche Bedeutung ist: stark oder robust (widerstandsfähig) machen. Die Erfahrung eines anderen Menschen zu würdigen, zu validieren bedeutet, die Realität und Macht dieser Erfahrung und damit ihre <<subjektive Wirklichkeit>> zu akzeptieren. Der Kern der Dinge liegt im Anerkennen der Emotionen und Gefühle einer Person und im Antworten auf der Gefühlsebene. Validieren umfasst ein hohes Maß an Empathie in dem Versuch, den gesamten Bezugsrahmen einer Person zu verstehen, selbst wenn er chaotisch, paranoid oder halluzinär ist. Wird unser Leben validiert, fühlen wir uns lebendiger, verbundener, wirklicher; es gibt allen Grund zu der Annahme, dass dies auch bei Demenz so ist.

2. Halten (holding). (...) Im psychologischen Sinne zu halten bedeutet, einen sicheren psychologischen Raum, ein <<Behältnis>> (<<container>>) zu bieten; hier können ein verborgenes Trauma oder ein Konflikt nach außen gebracht und Bereiche extremer Verwundbarkeit gezeigt werden. Ist das Halten sicher, kann eine Person im Erleben wissen, dass verheerende Emotionen, wie abgrundtiefer Schrecken oder überwältigende Trauer, vorübergehen und nicht zur Desintegration der Seele führen. Selbst heftiger Zorn und zerstörerische Wut, die sich für eine Weile gegen die haltende Person richten, werden letztere nicht verjagen. Wie im Falle der Kinderpflege kann das psychologische Halten in jedem Zusammenhang auch das körperliche Halten umfassen.

3. Erleichtern (facilitation). In seiner einfachsten Bedeutung besagt es, eine Person in die Lage zu versetzen, etwas zu tun, das sie ansonsten nicht tun könnte, indem diejenigen – und nur diese – Teile der Handlung übernommen werden, die fehlen. Erleichtern dieser Art verschmilzt mit dem, was ich Zusammenarbeiten genannt habe. Die psychotherapeutische Arbeit im eigentlichen Sinne setzt ein, wenn der Handlungssinn einer Person ernsthaft erschöpft wurde oder wenn eine Person nicht mehr weiß, was sie tun soll und wie sie es tun soll. Vielleicht besteht alles noch Verbliebene in einer zögernden Bewegung in Richtung auf eine Handlung oder in einer elementaren Geste. Die Aufgabe des Erleichterers besteht nun darin, die Interaktion in Gang zu bringen, zu verstärken und der Person schrittweise zu helfen, sie mit Bedeutung zu füllen. Wenn dies gut vorgenommen wird, so besteht eine hohe

Sensibilität gegenüber den möglichen Bedeutungen in den Bewegungen einer Person, und die Interaktion schreitet in einer Geschwindigkeit voran, die langsam genug ist, um der Bedeutung die Entwicklung zu ermöglichen.“

Positive Interaktionen in denen die Person mit Demenz die Führungsrolle übernimmt:

„1. Schöpferisch sein (creation). Dabei bietet eine Person mit Demenz dem sozialen Setting spontan etwas aus ihrem Vorrat an Fähigkeiten oder sozialen Fertigkeiten an. Zwei häufige Beispiele sind, dass die Betreffenden zu singen oder zu tanzen beginnen und andere auffordern, mitzumachen.

2. Geben (giving). Dies ist eine Form der Interaktion, die sich dem Ich-Du-Modus annähert. Die Person mit Demenz bringt Besorgnis, Zuneigung oder Dankbarkeit zum Ausdruck, bietet Hilfe an oder macht ein Geschenk.“

## Die 17 Formen der personalen Detraktionen im Rahmen der malignen Sozialpsychologie

(entnommen aus Kitwood, 2000, 75-76)

8. Betrug (treachery) – Einsatz von Formen der Täuschung, um eine Person abzulenken, zu manipulieren oder zur Mitwirkung zu zwingen.
9. Zur Machtlosigkeit verurteilen (disempowerment) – jemandem nicht gestatten, vorhandene Fähigkeiten zu nutzen; die Unterstützung beim Abschluß begonnener Handlungen versagen.
10. Infantilisieren (infantilization) – jemanden sehr väterlich bzw. mütterlich autoritär behandeln, etwa wie ein unsensibler Elternteil dies mit einem sehr kleinen Kind tun würde.
11. Einschüchtern (intimidation) – durch Drohungen oder körperliche Gewalt bei jemandem Furcht hervorrufen.
12. Etikettieren (labelling) – Einsatz einer Kategorie wie Demenz oder <<organisch bedingte psychische Erkrankung>> als Hauptgrundlage der Interaktion mit der Person und zur Erklärung ihres Verhaltens.
13. Stigmatisieren (stigmatization) – jemanden behandeln, als sei er ein verseuchtes Objekt, ein Alien oder Ausgestoßener.
14. Überholen (outpacing) – Informationen liefern, Alternativen zur Wahl stellen etc. jedoch für die betreffende Person zu schnell, um zu verstehen; der Betroffene gerät damit unter Druck, Dinge rascher zu tun, als er ertragen kann.
15. Entwerten (invalidation) – die subjektive Realität des Erlebens und vor allem die Gefühle einer Person nicht anerkennen.
16. Verbannen (banishment) – jemanden fortschicken oder körperlich bzw. seelisch ausschließen.
17. Zum Objekt erklären (objectification) – jemanden behandeln, als sei er ein Klumpen toter Materie, der gestoßen, angehoben, gefüllt, aufgepumpt oder abgelassen werden kann, ohne wirklich auf die Tatsache Bezug zu nehmen, dass es sich um ein fühlendes Wesen handelt.
18. Ignorieren (ignoring) – in jemandes Anwesenheit einfach in einer Unterhaltung oder Handlung fortfahren, als sei der bzw. die Betreffende nicht vorhanden.
19. Zwang (imposition) – jemanden zu einer Handlung zwingen und dabei die Wünsche der betroffenen Person beiseiteschieben bzw. ihr Wahlmöglichkeiten verweigern.
20. Vorenthalten (withholding) – jemanden eine erbetene Information oder die Befriedigung eines erkennbaren Bedürfnisses verweigern.
21. Anklagen (accusation) – jemandem Handlungen oder deren Unterlassen, die sich aus einer fehlenden Fähigkeit oder einer Fehlinterpretieren der Situation ergeben, zum Vorwurf machen.
22. Unterbrechen (disruption) – plötzlich oder in störender Weise in die Handlung oder Überlegung von jemandem einbrechen; ein rohes Aufbrechen des Bezugsrahmens einer Person.
23. Lästern (mockery) – sich über die <<merkwürdigen>> Handlungen oder Bemerkungen einer Person lustig machen; hänseln, erniedrigen, Witze auf Kosten einer anderen Person machen.
24. Herabwürdigen (disparagement) – jemandem sagen, er sei inkompetent, nutzlos, wertlos etc.; Botschaften vermitteln, die der Selbstachtung einer Person schaden.

## **Bereiche die mit Plaisir© erfasst werden**

(entnommen aus KDA GmbH, 2003, 17-18):

- A: Identifikation (Personalien, Beobachtungszeitraum etc.)
- B: Rehabilitationstherapie (erhaltene Physio-/Ergotherapie, Logopädie)
- C: Erhaltene pflegerische Rehabilitationsmaßnahmen (z. B. Kontinenz- bzw. Anziehtraining)
- D: Erhaltene spezielle Behandlungen (z. B. Dialyse, Bestehen von Ulzera oder Dekubiti)
- E: Arztvisiten (Anzahl pro Monat)
- F: Diagnosen
- G: Bewegungsfähigkeit (Gesamteinschätzung)
- H: Faktoren, die Verringerung oder Verlust der Bewegungsfähigkeit bedingen
- I: Verringerung oder Verlust der Funktionsfähigkeit von Extremitäten (Benennung der betroffenen Extremitäten, inkl. Abfrage zum Vorliegen von Sturzgefahr und zur Pflege bei Amputation)
- J: Technische Hilfsmittel (tatsächlich genutzte Hilfsmittel wie Gehwagen, Rollstuhl, Lifter etc.)
- K: Unabhängigkeit in den Basis-/instrumentalisierten Aktivitäten (Gesamteinschätzung)
- L: Sich beschäftigen können (Gesamteinschätzung zur Beschäftigungsfähigkeit des Bewohners)
- M: Freiheitseinschränkende/-entziehende Maßnahmen und Schutzmaßnahmen, inkl. Abfrage zur Anwendung von Psychopharmaka
- N: Kontakte zur Außenwelt (geschätzte Anzahl Besuche, Telefonate, Briefe pro Jahr)
- O: Soziale Beziehungen und Bereiche sichern und gestalten können (Gesamteinschätzung zu den entsprechenden Möglichkeiten des Bewohners)
- P: Psychische und sensorische Fähigkeiten (16 verschiedene Items)
- Q: Psychische Probleme (z. B. Vorhandensein von Aggressivität, Umherirren, Rückzug)
- R: Fähigkeit zur Interaktion mit der Umgebung (Gesamteinschätzung)

## *Angehörigenbefragung*

*Bitte kreuzen Sie jeweils nur ein Antwortkästchen an. Sie können den ausgefüllten Bogen per Post zurücksenden oder in der Einrichtung im verschlossenen Umschlag abgeben. Bitte nutzen Sie in jedem Fall den beschrifteten Rückumschlag.*

*Ihre Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt!*

**I. Haben Sie den Eindruck, dass Ihre Angehörige/Ihr Angehöriger sich in der Einrichtung wohlfühlt?**

Ja       nein       teilweise       lässt sich nicht beantworten

**II. Haben Sie seit Einzug Ihres/Ihrer Angehörigen eine Verbesserung der Fähigkeiten und Fertigkeiten, z. B. sich selbst anzuziehen oder die Nahrung zu sich zunehmen, beobachtet?**

Ja       nein       teilweise       lässt sich nicht beantworten

**III. Konnte Ihre Angehörige/Ihr Angehöriger Alltagsgewohnheiten (wie z. B. Aufsteh- und Zubettgehzeiten, Essenszeiten, Freizeitgewohnheiten usw.) beibehalten?**

Ja       nein       teilweise       lässt sich nicht beantworten

**IV. Konnte Ihre Angehörige/Ihr Angehöriger leicht Kontakt mit anderen Bewohnern in der Einrichtung aufnehmen?**

Ja       nein       teilweise       lässt sich nicht beantworten

**V. Konnte Ihre Angehörige/Ihr Angehöriger den Kontakt zu Verwandten, Freunden und Bekannten aufrechterhalten?**

Ja       nein       teilweise       lässt sich nicht beantworten

**VI. Haben Sie, weitere Verwandte, Freunde und Bekannte die Möglichkeit sich in das Alltagsleben Ihres Angehörigen im Heim mit einzubringen?**

Ja       nein       teilweise       lässt sich nicht beantworten

**Haben Sie bei Ihrem/Ihrer Angehörigen nach Einzug in die Einrichtung Veränderungen festgestellt? Wenn ja, positiv oder negativ? Bitte geben Sie eine kurze Beschreibung in Stichworten:**

.....  
.....  
.....

## **Erste MitarbeiterInnenbefragung**

### ***I. Wohlfühlen***

Haben Sie den Eindruck, dass der Bewohner/die Bewohnerin sich in der Einrichtung wohlfühlt?

Ja     nein     teilweise     lässt sich nicht beantworten

### ***II. Selbsthilfefähigkeiten***

Konnte seit Einzug des Bewohners/der Bewohnerin eine Verbesserung der Selbsthilfefähigkeiten beobachtet werden?

Ja     nein     teilweise     lässt sich nicht beantworten

### ***III. Zeitsouveränität***

Konnte der Bewohner/die Bewohnerin seine/ihre Alltagsgewohnheiten (wie z. B. Aufsteh- und Zubettgehzeiten, Essenszeiten, Freizeitgestaltung usw.) beibehalten?

Ja     nein     teilweise     lässt sich nicht beantworten

### ***IV. Interaktion und Kommunikation***

Hat der Bewohner/die Bewohnerin Kontakt zu anderen Bewohnern aufgenommen?

Ja     nein     teilweise     lässt sich nicht beantworten

### ***V. Soziale Bezüge***

Konnte der Bewohner/die Bewohnerin den Kontakt zu Angehörigen, Freunden und Bekannten aufrechterhalten?

Ja     nein     teilweise     lässt sich nicht beantworten

### ***VI. Beteiligungsmöglichkeiten von Externen***

Hatten die Angehörigen, Freunde und Bekannten die Möglichkeit, sich in die Alltagsgestaltung des Bewohners/der Bewohnerin einzubringen?

Ja     nein     teilweise     lässt sich nicht beantworten

## **Zweite MitarbeiterInnenbefragung**

### ***I. Wohlfühlen***

Haben Sie den Eindruck, dass der Bewohner/die Bewohnerin sich in der Einrichtung wohlfühlt?

Ja       nein       teilweise       lässt sich nicht beantworten

### ***II. Selbsthilfefähigkeiten***

Konnte seit Einzug des Bewohners/der Bewohnerin eine Verbesserung der Selbsthilfefähigkeiten beobachtet werden?

Ja       nein       teilweise       lässt sich nicht beantworten

### ***III. Zeitsouveränität***

Konnte der Bewohner/die Bewohnerin seine/ihre Alltagsgewohnheiten (wie z. B. Aufsteh- und Zubettgehzeiten, Essenszeiten, Freizeitgestaltung usw.) beibehalten?

Ja       nein       teilweise       lässt sich nicht beantworten

### ***IV. Interaktion und Kommunikation***

Hat der Bewohner/die Bewohnerin Kontakt zu anderen Bewohnern aufgenommen?

Ja       nein       teilweise       lässt sich nicht beantworten

### ***V. Soziale Bezüge***

Konnte der Bewohner/die Bewohnerin den Kontakt zu Angehörigen, Freunden und Bekannten aufrechterhalten?

Ja       nein       teilweise       lässt sich nicht beantworten

### ***VI. Beteiligungsmöglichkeiten von Externen***

Hatten die Angehörigen, Freunde und Bekannten die Möglichkeit, sich in die Alltagsgestaltung des Bewohners/der Bewohnerin einzubringen?

Ja       nein       teilweise       lässt sich nicht beantworten



Haben Sie bei dem Bewohner/der Bewohnerin nach Einzug in die Einrichtung Veränderungen festgestellt? Wenn ja, positiv oder negativ? Bitte geben Sie eine kurze Beschreibung in Stichworten:

.....

.....

.....

.....

## **Informationsblatt für Angehörige und Bewohner**

### **Sehr geehrte Damen und Herren,**

das Wohlergehen und die in unserem Rahmen mögliche individuelle Betreuung unserer Bewohner liegt uns sehr am Herzen. Aus diesem Grund möchten wir die Frage:

### **Wie wohl fühlen sich unsere Bewohner?**

mit Hilfe unserer Bewohner und ihrer Angehörigen beantworten und ggf. Verbesserungsmöglichkeiten ermitteln. Auf der Grundlage von Fragebögen und gezielten Beobachtungen führen Mitarbeiterinnen der Bremer Heimstiftung eine Untersuchung zum Thema „Wohlfühlen“ bei insgesamt 60 Bewohnern im **Stiftungsdorf Kattenesch** und im **Stiftungsdorf Rablinghausen** durch. In der Untersuchung werden u. a. sowohl die Gestaltung des Tagesablaufes, Selbsthilfefähigkeiten, Interaktion und Kommunikation als auch der Pflege- und Betreuungsbedarf der Bewohner erfasst und beobachtet. Dies geschieht in der Phase nach dem Einzug und nach 4 bis 6 Monaten Aufenthalt in der Einrichtung. Im Rahmen dieser Untersuchung werden auch Fragen an Angehörige und Mitarbeiter gestellt.

### **Hierbei sind wir auf Ihre Unterstützung angewiesen!**

**Bitte tragen Sie durch die Beantwortung der Fragen mit dazu bei, wertvolle Informationen für notwendige Veränderungen in der Altenhilfe zu erhalten!**

**Selbstverständlich werden alle Daten und Antworten vertraulich behandelt.**

**Vielen herzlichen Dank!**

Mit freundlichen Grüßen

Angela Dühring  
Leiterin der Untersuchung

*Für Fragen stehe ich Ihnen gerne unter der Telefon-Nr.: 0421-24 34 400 zur Verfügung.*