



Nr. 2 • 2005

# Demenzpflege-Evaluation

Bewohnerinnen und Bewohner mit Demenz im Pflegeheim  
Darstellung und Vergleich spezialisierter  
versus integrierter Betreuungsformen

Sandra Oppikofer  
Andreina Lienhard  
Regula Nussbaumer





## Zürcher Schriften zur Gerontologie

### Reihen-Herausgeberschaft

Edouard Battegay, Universitätsspital Zürich  
Ralph Kunz, Universität Zürich  
Andreas Maercker, Universität Zürich  
Mike Martin, Universität Zürich  
Albert Wettstein, Städtärztlicher Dienst Zürich

### Nr. 2

Sandra Oppikofer, Andreina Lienhard, Regula Nussbaumer

### Demenzpflege-Evaluation

(2., korrigierte Auflage 2009)

### Herausgabe und Redaktion

Sandra Oppikofer  
Hans Rudolf Schelling

### Vertrieb

Universität Zürich  
Zentrum für Gerontologie  
Sumatrastrasse 30  
8006 Zürich  
Schweiz  
Telefon +41 44 635 34 20  
Fax +41 44 635 34 21  
E-Mail [zfg@zfg.uzh.ch](mailto:zfg@zfg.uzh.ch)  
Web <http://www.zfg.uzh.ch>

Gestaltung: Sulger Illustration & Grafik, [sulger\\_grafik@gmx.net](mailto:sulger_grafik@gmx.net)  
Druck: Stiftung Zentralstelle – Studentendruckerei Irchel

Der vorliegende Bericht basiert in wesentlichen Teilen auf der Lizenziatsarbeit ‚Demenz-Pflege-Evaluation‘ von Regula Nussbaumer und Andreina Lienhard, Universität Zürich, Philosophische Fakultät, angenommen 2004 von Prof. Dr. Mike Martin, Psychologisches Institut, Gerontopsychologie.

©2005-2009 Universität Zürich, Zentrum für Gerontologie  
ISSN 1660-7651



Sandra Oppikofer, Andreina Lienhard, Regula Nussbaumer

# **Demenz-Pflege-Evaluation**

**Bewohnerinnen und Bewohner mit Demenz im Pflegeheim.  
Darstellung und Vergleich spezialisierter  
versus integrierter Betreuungsformen.**

Projekt des Stadtärztlichen Dienstes Zürich, des Psychologischen Instituts,  
Lehrstuhl Gerontopsychologie, und des Zentrums für Gerontologie der Universität Zürich.  
Im Auftrag der Pflegezentren (PZZ) der Stadt Zürich  
und des gerontopsychiatrischen Krankenhauses Sonnweid, Wetzikon.



# Management Summary

## Ausgangslage

Die demografische Entwicklung führt in den nächsten Jahrzehnten zu einer erheblichen Zunahme der Zahl älterer Menschen und stellt damit auch eine grosse Herausforderung für die psychiatrische Versorgung und insbesondere die Pflege demenzkranker Menschen dar.

Aus dem Bereich der gerontopsychologischen und der Pflegeforschung stammen unterschiedliche Konzepte für die Gestaltung des pflegerischen Umfeldes bei Demenzpatienten. Empirische Befunde zur praktischen Wirksamkeit solcher Prinzipien liegen jedoch bisher nur wenige vor.

Aufgrund des sehr hohen Anteils an Demenzpatienten in den Pflegezentren der Stadt Zürich und der Demenzspezialisierung des KH Sonnweid, soll durch diese Evaluation eine Sicherheit bezüglich der anstehenden Bauplanungen hinsichtlich der Umsetzung von Pflegekonzepten erlangt werden.

## Methode

Drei separative und ein integratives Demenzpflegekonzept werden hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die Lebensqualität der Bewohnenden mit einer mittelschweren kognitiven Beeinträchtigung und auf die Arbeitszufriedenheit der Pflegemitarbeitenden in einer Längsschnittstudie untersucht.

Die Stichprobe (Vorselektion t1: N=114; Selektion t1: N=97; Datenerhebung t1: N=80, davon Selektionskriterien erfüllt: N=72) besteht aus Männern und Frauen (Ø Alter=85 Jahre) mit einer mittleren kognitiven Beeinträchtigung ( $23 > Z\text{-MMS} > 5$ ) und einer Aufenthaltsdauer von maximal 36 Monaten in einer der folgenden Institutionen: PZ Seeblick (3-Welten-Konzept), PZ Käferberg (Dementia Care Unit), PZ Gehrenholz (Integrativer Ansatz) und KH Sonnweid (Phasengerechte Betreuung). Ausserdem gelangten deren (Bezugs-)Pflegepersonen zur Untersuchung (N=56). Es erfolgten zu zwei Zeitpunkten eine Selbst- und Fremdbefragung sowie die Analyse sekundärer Daten (DOKU-Expert).

## Resultat

Die Bewohnenden in Institutionen mit separativem Pflegeansatz haben im Gegensatz zum integrativen Ansatz: weniger sturzverhindernde freiheitseinschränkende Massnahmen verordnet bekommen (ohne dass sich die Anzahl Stürze dadurch erhöhen würden), sind selbständiger (ADL u. LRD), verfügen über einen grösseren Lebensraumdurchmesser (LRD), d.h. bewegen sich häufiger und in grösserem Radius von ihrem Zimmer weg, haben weniger Schmerzen und erhalten dementsprechend weniger Schmerzmittel. Dabei zeichnet sich jedoch kein eindeutiges Muster zugunsten eines der vier Konzepte ab.

Demgegenüber fühlen sich Pflegemitarbeitende der separativen Institutionen im Vergleich zur integrativen durch die Bewohnenden und die Arbeitsbedingungen weniger beansprucht. Dagegen fühlen sie sich jedoch durch die Verhaltensstörungen der Bewohnenden stärker emotional belastet. Sie sind mit der Kooperation im Team, mit Ärzten und TherapeutInnen zufriedener. Ebenso mit der demenzspezifischen Weiterbildung an ihrem Arbeitsort. Ausserdem sind sie vom Pflegekonzept ihrer Institution mehr überzeugt und ihre Professionalität in Bezug auf Demenzerkrankung wird von Angehörigen weniger in Frage gestellt. Nicht zuletzt finden sie an der Arbeit mit Demenzpatienten mehr Gefallen.

## Fazit

Bei allen Pflegekonzepten steht eine hohe Lebensqualität der Bewohnenden im Zentrum des Interesses. Institutionen mit einem separativen Ansatz scheinen dabei jedoch noch erfolgreicher zu sein. Dass durch eine spezialisierte Betreuungsform gleichzeitig die Arbeitsbedingungen und –zufriedenheit der Pflegemitarbeitenden verbessert werden können, ist ein Befund von nicht minderer Relevanz. So stellt doch eine hohe Arbeitszufriedenheit des Pflegepersonals eine notwendige Voraussetzung für eine hohe Lebensqualität der Bewohnenden dar.



# Inhalt

1 AUSGANGSLAGE .....	1
2 ZIEL .....	3
2.1 LEBENSQUALITÄT DER BEWOHNENDEN.....	3
2.2 ARBEITSZUFRIEDENHEIT DER PFLEGEMITARBEITENDEN.....	3
3 DEMENZ-PFLEGEKONZEPTE .....	4
3.1 GESCHICHTLICHER HINTERGRUND .....	4
3.2 KONZEPTION MODERNER DEMENZ-PFLEGEKONZEPTE .....	5
3.3 SEPARIERENDE PFLEGEANSÄTZE .....	6
3.3.1 Special resp. Dementia Care Units .....	6
3.3.2 Drei-Welten-Konzept.....	8
3.3.3 Phasengerechte Betreuung .....	9
3.4 INTEGRATIVER PFLEGEANSATZ .....	10
4 METHODEN .....	12
4.1 STICHPROBE.....	12
4.1.1 Institutionen .....	12
4.1.2 Bewohnende.....	14
4.1.3 Pflegemitarbeitende .....	17
4.2 DATENERHEBUNG.....	18
4.3 ERHEBUNGSINSTRUMENTE .....	19
4.3.1 Lebensqualität .....	19
4.3.2 Arbeitszufriedenheit .....	19
4.4 ERHEBUNGSVERLAUF.....	20
4.5 DATENAUSWERTUNG .....	20
5 ERGEBNISSE .....	21
5.1 LEBENSQUALITÄT DER BEWOHNENDEN.....	21
5.1.1 ‚Objektive‘ Lebensqualität .....	21
5.1.2 Subjektive Lebensqualität .....	28
5.2 ARBEITSZUFRIEDENHEIT DER PFLEGEMITARBEITENDEN.....	30
5.2.1 Arbeitsfeld .....	31
5.2.3 Erlebter Stress .....	33
5.2.4 Emotionale Belastung .....	34
5.2.5 Institutionsspezifische Zufriedenheit.....	35
5.2.6 Berufsspezifische Zufriedenheit.....	36
6 DISKUSSION .....	41
6.1 LEBENSQUALITÄT DER BEWOHNENDEN.....	41
6.1.1 Vergleich der vier Pflegekonzepte .....	41
6.1.2 Vergleich integrativ versus separativ .....	44
6.2 ARBEITSZUFRIEDENHEIT DER PFLEGEMITARBEITENDEN.....	47
6.2.1 Vergleich der vier Pflegekonzepte .....	47
6.2.2 Vergleich integrativ versus separativ .....	49

7 IMPLIKATIONEN.....	51
7.1 WAHL EINES PFLEGEKONZEPTEs .....	51
7.2 ARBEITSZUFRIEDENHEIT DER PFLEGEMITARBEITENDEN.....	52
8 FAZIT .....	53
8.1 WEITERFÜHRENDE FRAGEN RESP. UNTERSUCHUNGSBEDARF .....	53
9 LITERATUR.....	54

# 1 Ausgangslage

Die demografische Entwicklung führt in den nächsten Jahrzehnten zu einer erheblichen Zunahme der Zahl älterer Menschen und stellt damit auch eine grosse Herausforderung für die psychiatrische Versorgung und insbesondere die Pflege demenzkranker Menschen dar. Die WHO schätzt schon heute die Zahl der Demenzkranken weltweit auf etwa 29 Millionen.

Demenz ist eine facettenreiche Störung, welche die Kognition, das Verhalten, die Aktivitäten des täglichen Lebens und die Lebensqualität beeinträchtigt (Braak & Braak, 2002; Reimer, Slaughter, Donaldson, Currie & Eliasziw, 2004). Die Pflege und Begleitung demenzkranker Menschen ist nicht nur vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung einer Zunahme des Anteils an Höchstaltrigen (BfS, 2004) eine nicht zu unterschätzende gesellschaftliche, fachliche und politische Herausforderung (Buhl & Entzian, 2002). Konflikte, seelische und körperliche Gewalttätigkeiten zwischen Demenzbetroffenen und nicht dementen Bewohnenden sowie Auseinandersetzungen zwischen Demenzbetroffenen und den betreuenden Pflegepersonen gehören hier zum Heimalltag (Held & Ermini-Fünfschilling, 2004). Stationäre Pflege zeichnet sich somit dadurch aus, dass seitens der Bewohnenden individuell spezifische und erhebliche psychische, kognitive und körperliche Belastungen bestehen und seitens der Pflegeinstitution ein hohes Mass an kontextueller Entlastung und Unterstützung bereitgestellt werden muss. Diese Unterstützung sollte aber nicht ausschliesslich körperlich-pflegerischer Art sein. Auch der Bedarf an Selbstständigkeit und Selbstbestimmung oder der psychischen Bewältigung von Belastungen ist für die weitere Entwicklung Pflegebedürftiger von wesentlicher Bedeutung (Martin, in Druck). Nicht zuletzt veranlassen gerade diese krankheitsspezifischen Schwierigkeiten dazu, den Einfluss der angewandten Demenz-Pflegekonzepte einerseits auf die Lebensqualität der Bewohnenden, andererseits auf die Arbeitszufriedenheit der Pflegenden näher zu untersuchen.

Aus dem Bereich der gerontopsychologischen und der Pflegeforschung stammen unterschiedliche Konzepte für die Gestaltung des pflegerischen Umfeldes bei Demenzpatienten. Bisher gibt es jedoch wenige spezifische Theorien, aus denen für eine Vielzahl von kontextuellen Aspekten konkrete Gestaltungshinweise abgeleitet werden können. Es bestehen vor allem Konzepte zu den Prinzipien, die von stationären Einrichtungen befolgt werden sollten. Empirische Befunde zur Wirksamkeit solcher Prinzipien liegen jedoch bisher nur wenige vor (Koch-Straube, 2000).

Die meisten Studien der 90er Jahre, welche Special Care Units (SCUs) im Vergleich zu den integrativen Konzepten untersuchten, fanden keine Verbesserungen in der Kognition, Funktion oder Verhalten der demenzkranken Bewohnenden (Chafetz, 1991; Holmes, Teresi & Weiner, 1990; Swanson, Maas & Buckwalter, 1994). Allerdings waren dies zu diesem Zeitpunkt SCUs, welche in bestehenden Institutionen integriert wurden und damit ungünstige bauliche Voraussetzungen vorfanden, wie z.B. lange Korridore oder fehlende Zugänge zu sicheren Aussenbereichen (Reimer et al., 2004).

Die daraufhin speziell erbauten Special Care Facilities (SCF) sollten komfortabler sein und mehr wie ein Zuhause darstellen, also mehr Möglichkeiten offerieren und mehr Privatsphäre als traditionelle Settings bieten. Sie beinhalteten mehr persönlichen Kontakt und sinnvolle Aktivitäten. Diese neuen Demenzpflege-Einrichtungen erforderten eine andere physische Umwelt mit verbessertem Fachwissen und Fertigkeiten der Pflegefachpersonen. Über die Wirkung dieser neuen SCFs auf die Lebensqualität der Bewohnenden gibt es erst eine Langzeitstudie, welche eine 12-monatige Verlaufsmessung und multimodale Erhebung der Lebensqualität beinhaltet (Reimer et al., 2004). Reimer et al. kamen in ihrer Studie zum Schluss, dass speziell erbaute physische und soziale Umwelten einen positiven Effekt auf die Lebensqualität Dementer haben.

Da jedoch die Unterschiede in der Umsetzung von Pflegekonzepten auf Grund interindividueller Fach-, Selbst- und Sozialkompetenzen im Umgang mit einer Demenzerkrankung zwischen Einrichtungen teilweise sehr gross sind, wäre dazu ein wichtiger Schritt die Bereitstellung empirischer Daten.

Diese können den Verlauf von Demenzerkrankungen in Abhängigkeit von vergleichbaren Einrichtungen (in Bezug auf Pflegekonzept, personelle Ausstattung, räumliche Situation, Ausbildungsstand des Personals u.ä.) bei möglichst homogenen Stichproben Demenzkranker aufzeigen. Unterschiede im Verlauf können einen Hinweis auf die unterschiedliche Wirksamkeit pflegerischer Betreuung zwischen unterschiedlichen Pflegekonzepten geben und eine Stossrichtung für eine optimale Demenzpflege aufzeigen.

Als tragender Teil der stadtzürcherischen Gesundheitsversorgung mit 10 Pflegezentren und über 1'600 Betten zählen die Pflegezentren der Stadt Zürich (PZZ) zu den führenden Betreibern von Institutionen für die stationäre und teilstationäre Betreuung und Pflege betagter Langzeitkranker in der Schweiz. Die PZZ möchte mit umsichtiger Projektierung Gebäude- und Infrastrukturanpassungen zukunftsgerichtet planen und umsetzen. Viele Einrichtungen der Pflegezentren der Stadt Zürich (PZZ) stehen im Hinblick auf notwendige Umbaumaßnahmen im Rahmen des Masterplanes vor der Frage, welches Pflegekonzept oder welche Pflegekonzepte in einer stationären Einrichtung im Hinblick auf die grösstmögliche Selbstständigkeit, hohes Wohlbefinden seitens der Bewohnenden, geringste Belastungen für das Pflegepersonal und organisatorische Effizienz bei welchen Personen Vorteile bietet. In den nächsten fünf bis sechs Jahren sollen die Pflegezentren Entlisberg, Mattenhof und Bombach nach diesen Grundsätzen umgebaut werden. Diese umfassenden Investitionen sollen an Hand faktenbasierter, festgelegter, pflegerischer und baulicher Strategien erfolgen.

Auch das private gerontopsychiatrische Krankenhaus Sonnweid in Wetzikon ist in einem konstanten Optimierungsprozess baulicher Massnahmen involviert. Als innovatives Heim in der Demenzpflege gilt das Krankenhaus Sonnweid mit ihrer phasengerechten Betreuung für die PZZ als Benchmark.

Aufgabe dieser Studie ist es, einen Beitrag zur empirischen Beantwortung dieser Frage zu leisten. Die Untersuchung der Auswirkung verschiedener Demenz-Pflegemethoden auf die Lebensqualität der Bewohnenden einerseits und auf die Arbeitszufriedenheit der Pflegemitarbeitenden andererseits, wird einen Hinweis darauf geben, ob sich integrative und separative Pflegekonzepte diesbezüglich voneinander unterscheiden.

## 2 Ziel

Aufgrund des sehr hohen Anteils an Demenzpatienten in den Pflegezentren der Stadt Zürich (2/3 aller Bewohnenden) und der Demenzspezialisierung des KH Sonnweid, soll durch diese Evaluation eine Sicherheit bezüglich der anstehenden Bauplanungen hinsichtlich der Umsetzung von Pflegekonzepten erlangt werden.

Operative Ziele dieser Evaluation sind, schlüssige Aussagen zu dem integrierenden Demenzpflegekonzept (,Integrativer Pflegeansatz‘) versus den separierenden Konzepten (,Dementia-Care-Units‘ – in der PZZ ,Weglaufgeschützte Demenz-Abteilung‘ genannt – ,Phasengerechte Betreuung‘ und ,Drei-Welten-Konzept‘) bezüglich den folgenden Faktoren machen zu können:

- Lebensqualität der Demenz-Patienten
- Psychische (Verhaltens-)Störungen
- Qualitative und quantitative Belastung der Pflegenden (z.B. Stress oder emotionale Belastung)

Allerdings wird angenommen, dass die Auswirkungen der vier Pflegekonzepte je nach Demenzschweregrad der PatientInnen sehr ähnlich sind oder aber sich stark unterscheiden (z.B. bei einer leichten Demenz: geringe Unterschiede bei PatientInnen, welche in einer WG wohnhaft sind, dies unabhängig vom Pflegekonzept). Ausserdem wird davon ausgegangen, dass generell erst ab einem MMS von 15 eine Person mit einer Demenzerkrankung und einem intakten sozialen Netz in ein Pflegezentrum oder Krankenhaus eingewiesen wird.

Aufgrund grossen zu erwartenden Unterschieden in den vier Pflegekonzepten bei PatientInnen mit einer mittelschweren Demenz, sollen in dieser Evaluation lediglich PatientInnen mit einem Z-MMS (Zürcher Mini Mental Status) zwischen ca. 5 – 20 (angestrebt: Z-MMS 15) zur Untersuchung gelangen. Es wird im Übrigen davon ausgegangen, dass Demenz-Pflegekonzepte gerade in dieser Entwicklungsphase einer Demenz den grössten Nutzen erzielen.

Daraus werden folgende zwei Hauptziele abgeleitet:

### 2.1 Lebensqualität der Bewohnenden

Es soll ein Vergleich zwischen vier Demenz-Pflegekonzepten und deren Auswirkungen auf die Lebensqualität der Bewohnenden mit einer kognitiven Beeinträchtigung durchgeführt werden.

### 2.2 Arbeitszufriedenheit der Pflegemitarbeitenden

Eine gute Lebensqualität von Bewohnenden kann kaum ohne eine hohe Arbeitszufriedenheit seitens des Personals erreicht werden. Bis anhin wurde der Zusammenhang zwischen der Arbeitszufriedenheit der Pflegepersonen und dem Pflegekonzept kaum untersucht. Die Vermutung liegt nahe, dass sich gewisse Pflegekonzepte günstiger auf die Arbeitszufriedenheit auswirken als andere. Es wird deshalb als zweites Hauptziel angestrebt, den Zusammenhang zwischen den vier Pflegekonzepten und der Arbeitszufriedenheit des Pflegepersonals näher zu untersuchen.

### 3 Demenz-Pflegekonzepte

Untersucht wurden die von den Pflegezentren der Stadt Zürich (PZZ) und dem Krankenhaus Sonneweid angewandten Demenz-Pflegekonzepte. Diese sind einerseits die separativen Pflegekonzepte ‚Dementia Care Units‘, ‚Drei-Welten-Konzept‘ und ‚Phasengerechte Betreuung‘. Diese wurden zum Vergleich neben den integrativen Pflegeansatz gestellt. Das gemeinsame Ziel aller Pflegekonzepte ist das Erhalten und Fördern der Selbständigkeit und des Wohlbefindens des pflegebedürftigen alten Menschen. Mit anderen Worten: die Lebensqualität auf möglichst hohem Niveau zu halten oder sogar zu verbessern.

#### Separierender Pflegeansatz

Die Pflegekonzepte mit einem separierenden Pflegeansatz gehen im Gegensatz zum integrierenden Pflegeansatz spezifisch auf das Krankheitsbild dementer Menschen ein und trennen diese räumlich von den anderen Pflegebedürftigen. Sie versuchen auf ähnliche Weise noxische Reizeinflüsse zu vermindern, Verhaltensstörungen zu minimieren, die Toleranz ihnen gegenüber zu fördern und die Aktivitäten an die Fähigkeiten der Bewohnenden anzupassen. Durch Spezialisierung und Individualisierung entsteht ein differenziertes Leistungsangebot. Das Drei-Welten-Konzept und die phasengerechte Betreuung berücksichtigen bei der Zuteilung der Bewohnenden auf eine Abteilung (resp. Welt) den Schweregrad ihrer Demenz. Dies gilt während ihrem gesamten Aufenthalt, d.h. die Bewohnenden werden entsprechend ihrem Krankheitsstadium auf eine Abteilung mit angepassten Umweltgegebenheiten und Pflegeangeboten verlegt. Im eigentlichen Sinne ist dies auch die Vorgehensweise beim Pflegekonzept ‚Dementia Care Units‘, nur werden die verschiedenen Stationen nicht nach Welten oder Phasen benannt. Werden Bewohnende sehr pflegebedürftig, so werden sie auf die Pflegestation verlegt, d.h. die dritte Welt (‚Insel‘) oder Abteilung der letzten Phase (‚Oase‘). Der Einbezug des Aussenraums, respektive der Gartenanlage, unterscheidet sich in den zur Untersuchung beigezogenen drei Institutionen mit separativem Pflegeansatz. Grund für diese Sachlage ist in diesem Fall jedoch nicht das Pflegekonzept, sondern vielmehr dessen Umsetzung und die baulichen Gegebenheiten. Das Weiterbildungsprogramm für das Pflegepersonal widmet sich insbesondere bei der phasengerechten Betreuung vorwiegend demenzspezifischen Themen. Das Ziel dabei ist die stetige Optimierung der demenzspezifischen Betreuung und Pflege.

#### Integrierender Pflegeansatz

Beim integrativen Pflegeansatz werden die Bewohnenden mit einer Demenzerkrankung nach herkömmlicher Methode zusammen mit allen anderen alten pflegebedürftigen Menschen betreut und gepflegt. Die an der Studie teilnehmende Institution verfolgt bei der Umsetzung ihres Konzepts ganz allgemein die Leitlinien von Krohwinkel (1992), die *13 Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens (AEDL)*. ‚Kein separatives Konzept‘ heisst also nicht ‚kein Konzept‘. Das Pflegepersonal wird im Rahmen des allgemeinen Weiterbildungsangebots auch in demenzspezifischen Themen geschult.

### 3.1 Geschichtlicher Hintergrund

Während in den USA und in Grossbritannien, aber auch in Schweden, Frankreich und Holland bereits in den 80er Jahren spezielle Einrichtungen für demenzbetroffene Menschen eingerichtet wurden – sogenannte Special Care Units (SCU's) – gibt es in vielen anderen Ländern Europas (hierzu zählt auch die Schweiz) bis heute erst vereinzelte Institutionen, die solch innovative, sogenannt separative Ansätze realisiert haben. Gemäss Volicer (2000) reflektiert alleine die Existenz von SCU's das Bewusstsein, dass die Pflege von Menschen mit einer fortschreitenden Demenz möglicherweise andere Ziele haben kann, ein anderes Management und eine andere Umwelt braucht als jene von kognitiv nicht beeinträchtigten Menschen.

1992 erteilte das *Office of Technology Assessment (OTA)* in den USA den Auftrag, die bisherigen Erfahrungen mit demenzgerechten Heimen zusammenzutragen. Fasst man die Resultate dieser OTA-

Studien zusammen, ergab sich im Wesentlichen, dass das ‚ideale Heim für Demenzbetroffene‘ durch ein kompetentes Team geführt wird, welches auf die Lebensraumgestaltung, Pflege und Betreuung dementer Menschen achtet und über neue Entwicklungen im Demenzbereich gut informiert ist (Held & Ermini-Fünfschilling, 2004, S. 97).

Auch von anderen Seiten her gehen die Forderungen in eine ähnliche Richtung: Klie und Schmidt (2002, S. 179) berichten, dass neuere Ansätze der Dementenbetreuung zur Schaffung neuer Versorgungsumgebungen führen. Zentrale Dimensionen sind dabei: veränderte architektonische Strukturen, ein spezifisches Grundverständnis professionellen Handelns, die systematisch geförderte Einbeziehung von Angehörigen und ‚Laien‘ und die Einrichtung von Wohngruppen. Sie sagen: „Wohn- und Hausgemeinschaften setzen sich verständlicherweise ab von den traditionellen grossen Pflegeeinrichtungen ... Die Situation dort lässt sich vielerorts zum einen als ‚Integration ohne Integrationskonzept‘ charakterisieren, in der Demenzkranke ‚irgendwie‘ (und dann meist störend) mitlaufen, zum anderen ist sie dadurch beeinträchtigt, dass sich die Pflege nicht an differierenden Pflegebedarfsgruppen ausrichtet ... Leistungsdifferenzierung und ‚Spezifizierung der Betreuungsumwelten‘ stellen somit die Anknüpfungspunkte dar, die auf die Reformzugänglichkeit der klassischen Versorgungsinstanzen setzen.“

### 3.2 Konzeption moderner Demenz-Pflegekonzepte

Bei der Konzeption moderner Pflegekonzepte für demenzbetroffene Menschen stellt sich die Frage, was man wirklich durch neue Leitlinien erreichen will. Zentrales Anliegen der pflegerischen Dienstleistungen soll, laut Kämmer (2002), „die Sicherung der Kontinuität der Lebenspraxis, grösstmögliche Normalität und die Unterstützung und Erhaltung von Lebensqualität sein. Gerontopsychiatrisch veränderte Menschen und ihre Angehörigen benötigen eine Unterstützung, die sich an der gewohnten Lebenspraxis ausrichtet, die die ‚Normalität‘ ihrer Lebenswelt erhält. Lebenswelt meint die Wechselwirkung zwischen einer Person und ihrer Umwelt“. Mit anderen Worten: Es soll eine Optimierung der Person-Umwelt-Passung angestrebt werden.

Buhl und Entzian (2002, S. 181) betonen, dass für die Pflege und Begleitung Demenzkranker ein Gefühl des Wohlbefindens Voraussetzung und Ausgangspunkt der Pflegemassnahme und nicht erst das Ergebnis der pflegerischen Unterstützung sein sollte.

Die demenzkranken Menschen müssten Vertrauen und Sicherheit verspüren, um sich überhaupt auf für sie nicht logisch erscheinende Massnahmen einlassen zu können. Klie und Schmidt (2002, S. 179) nennen dazu die ‚Normalisierung‘ als Leitintention. Sie verstehen darunter eine Verlagerung des Fokuses weg von der Pflege hin zu einer Gestaltung eines gemeinsamen Alltags Demenzkranker in Gruppen. Fachlich ginge es nunmehr um die Nachbildung und Ritualisierung eines Lebens und Alltags, welche Demenzkranken Sicherheit und Erinnerungsanreize bieten. Solche Bestrebungen würden sich an einem – demenzspezifischen – Normalisierungsprinzip ausrichten. Aus der Orientierung am Alltag, der aktiven Einbeziehung der Gemeinschaftsmitglieder und der Überschaubarkeit der ‚familienähnlichen‘ kleinen Gruppen sollte die Förderung der noch vorhandenen Potentiale ermöglicht werden.

Laut Buhl und Entzian (2002, S. 183) können im europäischen Vergleich durchaus allgemeine Prinzipien und Leitlinien der gerontopsychiatrischen Versorgung formuliert werden. Zu den allgemeinen Prinzipien der Lebensweltgestaltung gehören gemäss den Autoren *Sicherheit, Autonomie, Umweltkontrolle, Flexibilität, Anreize, Privatheit* und *Orientierungsmöglichkeit*. Für sie zeichnen sich innovative Praxisbeispiele dadurch aus, dass die Qualität der Betreuung durch Spezialisierung erreicht wird, sich vor Ort ein differenziertes Leistungsangebot herauskristallisiert hat und der in der Praxis gerade für demenzkranke Menschen entscheidenden Milieuorientierung Rechnung getragen wird.

Zur aktuellen Sachlage zieht Lind (2004) in seinem Beitrag auf der Homepage des Deutschen Alzheimer Forums das Fazit, dass „der Stand der internationalen psychogeriatrischen Pflegeforschung ein solides Quantum an Erfahrungen und Erkenntnissen aufweist, die leider noch nicht in ausreichendem Masse in den Pflegealltag der Heime haben einwirken können. Es sollte daher vordringliches Ziel aller Verantwortlichen sein, dieses Wissen in die unmittelbare Pflegepraxis einwirken zu lassen“. Buhl und

Entzian (2002, S. 182) bekräftigten dies schon früher mit der Aussage, „dass es nicht in erster Linie ein Erkenntnisdefizit über den fach- und werteorientierten Umgang mit gerontopsychiatrisch erkrankten älteren Menschen gibt, sondern ein Umsetzungsdefizit. Gerontopsychiatrische Kompetenz muss noch in die Breite ausgebildet und in der Fläche implementiert werden“.

Es bleibt bis auf weiteres eine Tatsache, dass es sich bei der Diskussion ‚Integration versus Separation‘ um eine (noch) nicht abgeschlossene Debatte handelt. Zu diesem Zeitpunkt kann lediglich gesagt werden, dass in der modernen Demenzpflege der Trend eher in Richtung separative Pflegekonzepte geht. Helds und Ermini-Fünfschillings (2004, S. 99) Haltung dazu ist sehr klar: „Wer lange genug erlebt hat, wie das Personal in nicht spezialisierten Heimen ständig aufpassen muss, dass Demenzbetroffene nicht weglaufen, wie die Patienten sich selbst und andere gefährden und den nicht dementen Mitbewohnern durch ihr manchmal herausforderndes, enthemmtes und häufig unruhiges Verhalten auf die Nerven gehen, wird zustimmen, dass eine Abtrennung demenzbetroffener Menschen in einer demenzgerechten Abteilung – so sehr sie zu bedauern ist – sich für alle Beteiligten als segensreich erweist“. Zu dieser Aussage fehlen jedoch bis heute die wissenschaftlichen Belege.

### 3.3 Separierende Pflegeansätze

#### 3.3.1 Special resp. Dementia Care Units

In seinem häufig zitierten Artikel über die Ziele der *Special Care Units (SCU)* schreibt Volicer (2000, S. 93), dass die Hauptziele für Bewohnende mit einer fortgeschrittenen Demenz die Aufrechterhaltung der Lebensqualität, die Erhaltung der Würde und des Komfortes sei. Optimale Pflege für diese Population benötige einerseits ein intensives Aktivierungsprogramm, welches speziell für Demente entwickelt wird und ausserdem ein spezialisiertes Personaltraining und Modifikationen der Umgebung.

Die Entwicklung und der Einsatz von SCUs soll gemäss Grant und Ory (2000) vor allem erreichen, dass in Pflegeheimen erstens die Qualität der Pflege und die Lebensqualität demenzbetroffener Menschen verbessert, zweitens die Pflegekosten durch die Verbesserung der Effizienz demenzorientierter Leistungen gesenkt und drittens durch besser zahlende Klientel der finanzielle Gewinn vergrössert wird. Demenzorientierte Eigenschaften der Umgebung, wie sichere Ausgänge und Bereiche im Freien, Korridore zum Herumwandern, kleine Speiseräume und selbständige geschützte Bereiche, wurden als eine Verbesserung zu herkömmlichen krankenhaushähnlichen Designs betrachtet. Durch die Zusammenlegung von Demenzpatienten in spezialisierten Abteilungen konnte die Effizienz der Pflege sowie der Personalschlüssel ökonomisch verbessert werden. Die Separierung dementer von kognitiv intakten Bewohnenden ermöglichte zudem demenzgerechte Aktivitätsprogramme.

Volicer (2000, S. 93) beschreibt folgende vier Komponenten der Lebensqualität Dementer: wahrgenommene Lebensqualität, Verhaltenskompetenz, objektive Umwelt und psychisches Wohlbefinden. Zwei dieser Komponenten, nämlich die wahrgenommene Lebensqualität und die Verhaltenskompetenz seien durch den Demenzprozess unvermeidlich beeinträchtigt. Weiter betont er, dass die Wahrnehmung der Lebensqualität durch den Verlust des Gedächtnisses, durch Konfusion und Delusion bei Demenzpatienten oft beeinträchtigt sei. Deshalb plädiert er dafür, dass insbesondere diese Aspekte der Lebensqualität möglichst positiv unterstützt werden sollen, die Würde des Menschen gewahrt und für das Wohl der an Demenz leidenden Menschen gesorgt werden muss.

SCUs können je nach Einrichtung sehr verschieden sein, nichtsdestotrotz sollen die massgebenden sieben Grundeigenschaften in nachfolgender Tabelle aufgeführt werden:

Tabelle 1 Seven Care Attributes Used for Typology Development (Grant &amp; Ory, 2000)

Care Attribute	Definition	SCU Attribute
1) Separation	Degree of separation versus commingling of dementia residents and cognitively intact residents in physical space and social activities (e.g., in dining arrangements, religious services, arts and crafts, or roommate assignments)	More separation (less commingling) than non-SCUs
2) Stimulation	Degree to which noxious auditory stimulation is eliminated from the unit (e.g., noise from radios, televisions, door alarms, call-light signals, or telephones)	Less noxious stimulation than non-SCUs
3) Complexity	Extent to which simple planned activities are provided to dementia residents e.g., simplifying activities, shortening activities, or stressing repetitive task activities)	More simple (less complex) activities than non-SCUs
4) Behavioral Tolerance	Degree to which potentially undesirable or problematic behaviors among dementia residents are allowed or tolerated by staff on the unit (e.g., verbal abuse, wandering, refusing baths at scheduled times, or screaming)	More tolerance of problematic behaviors than non-SCUs
5) Structured Group Activities	Level of participation of dementia residents in organized recreational programs (e.g., music therapy, art therapy, exercise, religious programs, or sensory stimulation groups)	More dementia resident participation in structured group activities than non-SCUs
6) Functional Promotion Activities	Level of participation of dementia residents in therapeutic programs aimed at promoting activities of daily living (ADLs) (e.g., eating, swallowing, and meal training; training in dressing or grooming; or bowel and bladder training)	Less dementia resident participation in functional promotion activities than non-SCUs
7) Staff Training Methods	Extent to which different staff training methods are used to train nursing staff about dementia care (e.g., reading materials, films or videos, training manuals, orientation programs, role playing or experts on behavior management)	More staff training methods than non-SCUs

In den USA haben manche Krankenhäuser zwei Typen von SCUs etabliert: Ein Typ ist auf schwach bis mittelschwer demenzkranke Menschen zugeschnitten und ein zweiter Typ auf schwerkranke Menschen (sogenannte *Advanced Care Unit*).

Viele unterschiedliche Studien haben bis heute die positiven Auswirkungen von SCUs auf die Lebensqualität dementer Menschen, sowie auf die Arbeitszufriedenheit des Pflegepersonals untersucht (vgl. u.a. Holmes, Teresi & Weiner, 1990; Lawton, Van Haitsma & Klapper, 1998; Rovner, Steele & Shumely, 1996).

## Pflegezentrum Käferberg

Beim klassischen Demenzpflegeansatz der *Dementia Care Units*, wie er im Pflegezentrum (PZ) Käferberg praktiziert wird, existieren heute generell zwei Varianten: einerseits sogenannte Dementen-Wohngemeinschaften und andererseits Demenz-Abteilungen mit Vierer-, Zweier und Einzerräumen. Bewohnenden mit einer Demenzdiagnose werden hier an derselben Örtlichkeit gepflegt und behandelt. Bei Erreichen der Endstufe (Bettlägrigkeit) erfolgt in seltenen Fällen eine Verlegung auf die Pflegeabteilung. Zum Pflege- und Betreuungsangebot gehören: aktivierende/reaktivierende Pflege, Bezugspflege, milieubezogene Betreuung, Validation, basale Stimulation, Kinästhetik, Einbezug traditioneller/kultureller Bräuche, Einbezug Angehöriger, Aktivitäten, alternative Angebote, ärztliche Betreuung, Seelsorge und Sterberituale.

Das PZ Käferberg liegt in Zürich-Wipkingen oberhalb der Stadt. Die spezielle Lage ermöglicht einen weit reichenden Blick über den See bis in die entfernten Alpen. Das grosse Pflegezentrum ist in verschiedene Gebäude aufgeteilt.

Es gibt insgesamt 273 Betten, davon befinden sich zurzeit 70 Betten auf sogenannten weglaufgeschützten Demenz-Abteilungen und Dementen-Wohngemeinschaften. Die Einzel-, Doppel- und Mehrbett-Zimmer haben grosse Fenster und sind hell und freundlich. Von den Bewohnenden mitgebrachte eigene Möbel geben jedem Zimmer eine persönliche Atmosphäre. Lange und breite Gänge dienen als Bewegungsraum, Gemeinschaftsräume mit vielen Sitzgelegenheiten sind Hauptaufenthaltsort der Be-

wohnenden. Der Bodenbelag besteht hauptsächlich aus Teppich und dämpft Geräusche jeglicher Art. Die automatischen Glasschiebetüren, welche in den Aussenbereich führen, sind allesamt mit einem Sensor ausgestattet, so dass die Bewohnenden nicht ohne Begleitung die Abteilung verlassen können. Die rund um die verschiedenen Gebäude angelegten Garten- und Terrassenanlagen sind für die demenzbetroffenen Bewohnenden nur in Begleitung des Pflegepersonals zugänglich.

### 3.3.2 Drei-Welten-Konzept

Im Pflegezentrum Seeblick wurde für die Betreuung der demenzbetroffenen Menschen ein dreistufiges Konzept entwickelt, das den natürlichen Verlauf der Alzheimerdemenz mit einer leichten, mittleren und späten Phase berücksichtigt (Held & Ermini-Fünfschilling, 2004, S. 109). Die dreistufige Gesamtstrategie, die unter dem Namen *Drei-Welten-Konzept* bekannt geworden ist, wird im Folgenden in starker Anlehnung an das soeben erschienene Buch ‚Das demenzgerechte Heim‘ von Held und Ermini-Fünfschilling (2004) beschrieben.

Der Leitgedanke des Konzeptes besteht darin, dass Alzheimerpatienten im Verlauf ihrer Krankheit drei grundsätzlich verschiedene Erlebniswelten durchlaufen. Diese Welten werden nach dem dominanten Erleben der Bewohnenden als *Welt der kognitiven Erfolglosigkeit*, *Welt der kognitiven Ziellosigkeit* und *Welt der kognitiven Schutzlosigkeit* umschrieben. Sie gehen einher mit dem Schweregrad der Demenz, welcher mit dem Mini-Mental-Status nach Folstein für die kognitiven Störungen und dem Barthel-Index für die funktionellen Defizite objektiviert wird. Die drei Lebensräume einer jeden Welt werden räumlich möglichst von den anderen Welten getrennt und die Milieugestaltung, Betreuung und Aktivierung den noch verbliebenen Fähigkeiten angepasst. Zimmerwechsel sind in diesem Modell aufgrund fortschreitender Erkrankung während des Aufenthalts notwendig. Entgegen manchen Befürchtungen würden laut Held (2004) die Bewohner in hohem Masse von diesem Schritt in eine nächste Welt profitieren. Studien bestätigen diese Aussage, sofern mit der Verlegung der Demenzen eine optimalere Umwelt-Person-Passung verbunden ist. Die folgenden Ausführungen sind dem Leitfaden für Heimärzte zum ‚Drei-Welten-Konzept‘ von Held entnommen.

#### Die Welt der kognitiven Erfolglosigkeit

Diese Welt wird generell bei einem MMS von 25 – 15 Punkten (leichte bis mittelschwere Demenz) und einem Barthel-Index von 100-80/60 Punkten diagnostiziert. Das Verhalten der Bewohnenden ist gekennzeichnet durch Gekränktheit, Verunsicherung, Trauer, Depression, Angst und Wut; ausgelöst durch deutliche auch von aussen wahrgenommene Schwierigkeiten mit kognitiven Leistungen. Das Empfinden für Mitbewohnende, persönliches Eigentum, Privatsphäre und soziale Umgangsformen ist noch intakt. Grosse Anlässe und Konversationen, welche auf Gedächtnisleistungen aufbauen, überfordern jedoch die Betroffenen.

Zu den milieuthérapeutischen Strategien im Heim zählen orientierungsunterstützende und klar strukturierte Räumlichkeiten in kleineren Einheiten (WGs) mit Informationshilfen (Anschriften, Wegweiser etc.), unterstützte Teil-Alltagsaktivitäten, Konversation über alles, was im Moment sichtbar und erlebbar ist und geführte soziale Aktivitäten im und ausser Haus. Allerdings müssen alle Hilfeleistungen diskret und diplomatisch geleistet werden. Im PZ Seeblick entspricht diese Welt der Wohngruppe.

#### Die Welt der kognitiven Ziellosigkeit

In diese Welt treten die Bewohnenden generell bei einem MMS von 15 – 5 Punkten (mittelschwere bis schwere Demenz) und einem Barthel-Index von 80/60-40 Punkten ein.

Gekennzeichnet ist diese Phase durch nicht mehr handlungsbestimmende exekutive Funktionen, Erkenn- und Orientierungsstörungen, ‚kindliche‘ Gefühle wie Eifersucht, Enthemmung, Streit aber auch Freude oder grosse Anhänglichkeit und durch den Verlust von Kommunikation, sozialen Umgangsformen, Sinn für Eigentum und Privatsphäre und selbständigem Toilettengang.

Milieuthérapeutische Strategien in dieser Welt sind: keine zielgerichtete Handlungen fordern, Essen den Fähigkeiten anpassen, Toleranz im Bezug auf Kleidung und Körperpflege, offene Türen im Haus

am Tag und in der Nacht (Rundwege in einer geschützten Aussenanlage, Nachtlichter), wenig persönliche Gegenstände und Bilder in den Zimmern, wenig spezifische Aktivierungen tagsüber zugunsten eines allgemein geschützten Erlebnisparkes und erlebnisorientierten Besuchen von Angehörigen. Im PZ Seeblick entspricht diese Welt der Abteilung im 2. Stock mit Einzel- und Doppel-Zimmer im Hauptgebäude.

### Die Welt der kognitiven Schutzlosigkeit

In diese Welt treten die Bewohnenden generell bei einem MMS von  $< 5$  Punkten (schwere Demenz) und einem Barthel-Index von  $< 40$  Punkten ein. Symptomatisch dafür ist folgendes Verhalten: umfassende Pflegebedürftigkeit (schwerste funktionelle und körperliche Regression mit Sprachverlust, Immobilität u.s.w.), Verhaltensstörungen wie Rufen, Schreien, Hin- und Herbewegen, übersteigerte Reiz-/Schmerzempfindlichkeit, kindliche Ängste und Bedürfnisse.

Ein speziell für diese letzte Phase gestaltetes Milieu mit Musik, Klängen, Düften und leisem Sprechen der Betreuenden schützt die Bewohnenden einerseits vor Reizüberflutung und Aufregung und andererseits vor Deprivation. Es ist daher von Vorteil, wenn mehrere Bewohnende in einem grösseren und funktionsgerechten Raum, einer Art ‚Sofawelt‘, zusammenleben und Transfers in Gemeinschaftsräume unterbleiben. Dafür findet eine intensive Behandlung, mittels Kinästhetik, basaler Stimulation und differenzierter Schmerzerfassung und -behandlung (palliativ) statt, und die Nahrungsaufnahme wird angepasst. Im PZ Seeblick entspricht diese Welt der Abteilung im 1. Stock, welche ‚Insel‘ genannt wird.

### Pflegezentrum Seeblick

Das Pflegezentrum Seeblick ist der kleinste und einzige Betrieb der Pflegezentren der Stadt Zürich (PZZ), welcher ausserhalb der Stadt in ländlicher Umgebung in Stäfa hoch über dem Zürichsee liegt. Es verfügt über insgesamt 42 Betten in Einzel- und Doppel-Zimmern.

Die Räumlichkeiten für die zwei Abteilungen im Hauptgebäude sind auf drei Etagen untergebracht. Das moderne, glasüberdeckte Entrée ist hell und einladend und bietet auch für Besuchende Sitzgelegenheiten. Der Gemeinschaftsraum, die Nebenstube, die Cafeteria und der Gang dienen als Aufenthaltsorte der Bewohnenden. Niemand liegt tagsüber im Bett, weil dieses, ausser in Ausnahmefällen, ausschliesslich zum Schlafen genutzt wird. Die Bodenbeläge bestehen vorwiegend aus Teppich und hellem Parkett. Das ganze Gebäude ist weglaufgeschützt. Auf den Abteilungen sind zurzeit keine Haustiere erlaubt. Im angebauten Nebengebäude ist die Pflegewohngruppe mit eigener Küche untergebracht. Hier besteht auch die Möglichkeit, persönliche Möbel mitzubringen, was für die Abteilungen nicht mehr gilt. In der Ausrichtung betreut das PZ Seeblick mit dem *Drei-Welten-Konzept* ausschliesslich Demenzkranke. Die geschützte und schöne Parkanlage kann ohne die Begleitung des Pflegepersonals einzig von den WG-Bewohnenden benützt werden.

### 3.3.3 Phasengerechte Betreuung

Das Konzept der *Phasengerechten Betreuung* hat sich gemäss Schmieder (2003) seit der Eröffnung des privaten Unternehmens Krankenhaus Sonnweid im Jahre 1987 in der Betreuung und Pflege demenzkranker Menschen ständig, täglichen Erkenntnissen entsprechend, weiterentwickelt. So entstanden im Laufe der Jahre verschiedene Pflege- und Betreuungsangebote mit verschiedenen Wohnformen: externe und interne Wohngruppen, eine Tag/Nachtklinik, betreute Kleingruppen und der Mehrbettraum (Oase). Die einzelnen Bereiche sind den drei Welten sehr ähnlich, grenzen sich jedoch nicht durch die Ausprägung der kognitiven Leistungsfähigkeit (MMS) der Bewohnenden ab. Einzig und allein die soziale Kompetenz und langandauernde Pflegebedürftigkeit sind entscheidend und können Verlegungskriterien in eine andere Wohnform sein. Die Trennung der Menschen aus einer Phase von anderen Menschen einer anderen Phase ist hier bei weitem nicht zwingend (Schmieder, 2004). Die Pflege und Betreuung soll dem individuellen Zustand, bzw. der Phase und den Kompetenzen der Bewohnenden gerecht werden und das Mass der Reizeinflüsse darauf abstimmen.

Folgende Pflegegrundsätze werden verfolgt: Förderung vorhandener Ressourcen, den Ressourcen angepasste phasengerechte Betreuung, keine Schematisierung, da demenzbetroffene Menschen nach ihren eigenen Normen leben, individuelles Eingehen auf die dementiell kranken Menschen, Respektierung der Defizite und das Angebot eines Umfelds mit möglichst grossen Freiräumen.

In der phasengerechten Betreuung wird davon ausgegangen, dass das direkte Umfeld für das Wohlbefinden des Menschen entscheidend ist. Das ‚Machenlassen‘ ist wichtig, die Bewohnenden sollen die vorhandenen Fähigkeiten selbst spüren und erleben können, sollen selbst über Dinge entscheiden können, in denen sie noch kompetent sind. Die Betreuung und Pflege wird erlebnisorientiert gestaltet, dazu gehört auch die Aktivierungstherapie, welche unter anderem den Aktionsradius vergrössern soll. Die häuslichen Aktivitäten in den Wohngruppen werden bewusst als milieutherapeutische Mittel eingesetzt. Sie sind grundsätzlich freiwillig und unterstützen das Selbstwertgefühl.

Im Vordergrund der medizinischen Versorgung stehen die Herstellung des inneren Gleichgewichtes und die Grundversorgung bei somatischen und psychischen Krankheiten. Dazu kommt eine lindernde Medizin, welche zum Anspruch hat, die Lebensqualität des alten Menschen zu erhöhen.

Weiter wird davon ausgegangen, dass verwirrte alte Menschen spezielle Ansprüche an ihre Lebensräume stellen. Die Institution bemüht sich um Vernetzung und flexible, individuelle Lösungen. Während manche Menschen viel Raum für Bewegung benötigen, schätzen die anderen die kleinen Wohneinheiten. Das Spaziergehen im Freien wird gefördert und im Heimbereich stehen den Bewohnenden die Türen in den Garten offen. Sie können selbst entscheiden, wann sie nach Draussen gehen wollen. Dank dieser Möglichkeit, sich innerhalb des ganzen Areals frei zu bewegen, soll weniger aggressives Verhalten entstehen.

### Krankenheim Sonnweid

Das Heimareal des Krankenhauses Sonnweid liegt am nordöstlichen Stadtrand von Wetzikon am Fusse des Bachtels – eingebettet in ein Einfamilienhausquartier auf der einen, Landwirtschaftsgebiet auf der anderen Seite. Die drei Hauptgebäude liegen auf einem rund 6000m<sup>2</sup> grossen umzäunten Areal, welches als Parkanlage angelegt ist. Das Sonnweid verfügt insgesamt über 140 Betten in Einzel-, Doppel- und Mehrbett-Zimmern und betreut ausschliesslich Bewohnende mit einer dementiellen Erkrankung. Dies in externen und internen Wohngruppen, in betreuten Kleingruppen und Gruppen in Abteilungen im Heim und auf der Pflegeabteilung (Oase) für Demenzkranke im terminalen Stadium. Die Architektur im Krankenhaus Sonnweid orientiert sich möglichst an den ‚normalen‘ Wohnverhältnissen. Die Bodenbeläge bestehen vorwiegend aus Novilon, welcher grüntürkis eingefärbt ist. Viele Wände sind in einem hellen Gelb gehalten. Die Bewohnenden halten sich hauptsächlich in den Gemeinschaftsräumen, in der Cafeteria, in den langen Gängen und im Empfangsbereich auf, wo überall viele Sitz- und Liegegelegenheiten zu finden sind. Zentraler Teil der Architektur ist die Parkanlage mit sogenannten Rundwegen, welche allgemein rege benutzt wird –unabhängig von der Jahreszeit. Alle Türen sind offen, einzig das Heimareal selbst ist weglaufgeschützt. Haustiere sind willkommen und oft anzutreffen.

## 3.4 Integrativer Pflegeansatz

Von einem integrativen Pflegeansatz spricht man, wenn Bewohnende mit einer Demenzdiagnose zusammen mit anderen Menschen ohne Demenzdiagnose auf den gleichen Abteilungen betreut, behandelt und gepflegt werden.

Dabei wird kein spezieller Pflegeansatz für Demenzkranke angewendet und es gibt keine spezifische Demenzpflegeabteilung. Das Pflegekonzept, welches ganz allgemein in der Pflege und Betreuung alter Menschen im Pflegezentrum Gehrenholz zum Einsatz kommt, wird anhand der *13 Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens (AEDL)* nach Krohwinkel (1992) umgesetzt. Die Angaben dazu stammen aus den Unterlagen zum Pflegeziel und -konzept des PZ Gehrenholz. Die 13 Themengebiete der AEDLs sind: *Kommunizieren, sich bewegen, vitale Funktionen des Lebens aufrecht erhalten, sich pflegen, Essen und Trinken, Ausscheiden, sich kleiden, ruhen und schlafen, sich beschäftigen und sich*

*als Mann bzw. als Frau fühlen und verhalten. Weitere Gebiete sind für eine sichere Umgebung sorgen, soziale Bereiche des Lebens sichern und mit den existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen.*

Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens wird gemeint: Die *Existenz gefährdende Erfahrungen*, d.h. die Bewohnenden werden bei Angst, Isolation, Ungewissheit, Sterben und Tod begleitet. Des Weiteren die *Existenz fördernde Erfahrungen*, d.h. die Bewohnenden werden bei Erfahrungen von Integration, Sicherheit, Hoffnung, Wohlbefinden und Lebensfreude unterstützt. Ausserdem *Erfahrungen, welche die Existenz fördern oder gefährden*, zu unterstützen. Beispielsweise besteht das Wissen über kulturgebundene Erfahrungen, Weltanschauung, Glaube, Religionsausübung, Biografie etc., und es wird Unterstützung angeboten. Dabei wird auf einen respektvollen Umgang und das individuelle Bedürfnis nach Nähe und Distanz geachtet.

Die primär pflegerischen Zielsetzungen sind: Erhalten, Fördern bzw. Wiedererlangen von Unabhängigkeit und Wohlbefinden der pflegebedürftigen Person in ihren Aktivitäten und in ihrem Umgang mit existentiellen Erfahrungen des Lebens. Um dies zu erreichen, sind insbesondere auch die Fähigkeiten der Pflegebedürftigen und/oder ihrer persönlichen Bezugspersonen (z.B. Angehörige oder Lebenspartner) gezielt und systematisch zu erfassen, zu stützen und zu fördern.

Die Pflegemethodik sieht dabei wie folgt aus: Bei Defiziten (Bedürfnissen/Problemen) bezogen auf Aktivitäten und den Umgang mit existentiellen Erfahrungen des Lebens stehen der professionellen Pflege grundsätzlich fünf Methoden pflegerischer Hilfeleistung zur Verfügung, die bedürfnis- und zielorientiert Anwendung finden sollten.

Diese sind: a) für den pflegebedürftigen Menschen handeln, b) ihn führen und leiten, c) für eine Umgebung sorgen, die einer positiven Entwicklung förderlich ist, d) ihn unterstützen, e) den pflegebedürftigen Menschen und/oder seine primären Bezugspersonen anleiten, beraten, unterrichten und fördern.

Für das Handeln im Pflegeprozess sind die Stützung der Fähigkeiten des Menschen und die edukativ unabhängigkeitfördernden Elemente von besonderer Bedeutung (Krohwinkel, 1992).

### **Pflegezentrum Gehrenholz**

Das Pflegezentrum Gehrenholz in Wiedikon ist ein moderner, dreieckiger Bau, mit einem grossen, von einem Glasdach überdeckten Innenhof. Von den Zimmern, welche alle mit einem Balkon versehen sind, fällt der Blick auf die Stadt und den Uetliberg. 138 Betten verteilen sich auf alle fünf Etagen. Es befindet sich auf jedem Stockwerk je eine Abteilung mit zwei Unterabteilungen. Dieses Pflegezentrum arbeitet mit dem Integrativen Pflegeansatz, d.h. für Bewohnende mit einer dementiellen Erkrankung gibt es keine speziellen Einheiten, sie sind auf alle Abteilungen verteilt und können sich innerhalb des Hauses frei bewegen, dürfen jedoch das Gebäude nicht ohne die Begleitung des Pflegepersonals verlassen. Das Gebäude ist weglaufgeschützt. Bis auf den Gartensitzplatz der Cafeteria wird die kleine Gartenanlage in seltenen Fällen benutzt. Aufenthaltsorte der Bewohnenden sind vor allem die Gemeinschaftsräume, die Galerien und auch die Zimmer.

## 4 Methoden

Dieses Kapitel stellt in kurzer Form die Stichprobe, die Datenerhebung, die Erhebungsinstrumente und den Erhebungsverlauf der Demenz-Pflege-Evaluation dar. Für detailliertere Angaben siehe Nussbaumer & Lienhard (2004, S. 36ff).

### 4.1 Stichprobe

Im Folgenden wird die Stichprobe der Institutionen, Bewohnenden und des Pflegepersonals tabellarisch beschrieben.

#### 4.1.1 Institutionen

Die Studie wurde in folgenden Institutionen durchgeführt: Pflegezentrum (PZ) Gehrenholz, PZ Seeblick, PZ Käferberg und Krankenhaus Sonnweid. Ausgewählt wurden sie aufgrund der prototypischen Anwendung ihrer jeweiligen Pflegekonzepte. Tabelle 2 gibt einen beschreibenden Überblick der vier Institutionen bezüglich Bewohnende, räumlicher und sozialer Kontext, Therapie und Aktivitäten sowie Spezifikas.

Tabelle 2 Überblick über die vier Pflegekonzepte und Institutionen

Institution	PZ Käferberg	PZ Seeblick	KH Sonnweid	PZ Gehrenholz
<b>Pflegekonzept</b>	<i>separativ</i> <b>Dementia Care Units</b>	<i>separativ</i> <b>Drei-Welten-Modell</b>	<i>separativ</i> <b>Phasengerechte Betreuung</b>	<i>integrativ</i> <b>integrativer Pflegeansatz</b>
<b>Bewohnende</b>	Bewohnende mit einer dementiellen Erkrankung auf Spezialabteilungen	ausschliesslich Bewohnende mit einer dementiellen Erkrankung	ausschliesslich Bewohnende mit einer dementiellen Erkrankung	Bewohnende mit oder ohne dementielle Erkrankung
<b>Räumlicher Kontext</b>				
<b>Gegend, Lage</b>	spezielle Lage oberhalb der Stadt am Hönningerberg, mit Blick über den See bis in die entfernten Alpen	thront oberhalb Stäfa hoch über dem Zürichsee in ländlicher Umgebung. Mit Seeblick	liegt am Stadtrand von Wetzikon am Fusse des Bachtels, Blick auf Landwirtschaftsgebiet, Wiesen, Wald und Berge	liegt zwischen Wohn- und Industriegebiet von Wiedikon mit Blick auf Uetliberg und die Stadt Zürich
<b>Aussenanlage/ Gärten</b>	verschiedene Garten- und Terrassenanlagen rund um das Gebäude, für demente Bewohnende nicht ohne Begleitung zugänglich	geschützte, schöne Parkanlage, nur für WG-Bewohnende ohne Begleitung frei zugänglich	demenzgerechte grosse Gartenanlage mit Rundwegen, Kunstobjekten und Schaufenstern	kleine Aussenanlage, begehbar von Cafeteria, für demente Bewohnende nicht ohne Begleitung zugänglich
<b>Gebäude, Baustil</b>	in verschiedene Gebäude aufgeteilt, Pflegewohngruppen in eigenen Komplexen; helle Räumlichkeiten, Bodenbeläge in Abteilungen vorwiegend Teppich	Hauptgebäude mit 3 Stockwerken mit angebautem Nebengebäude (Wohngruppe) einige Sitzgelegenheiten, Bodenbeläge aus Parkett und Teppich	Architektur orientiert sich an normalen Wohnverhältnissen, Gemeinschaftsräume sind Treffpunkte, viele Sitz- und Liegegelegenheiten	moderner, dreieckiger Bau mit 5 Stockwerken, Zimmer mit Balkon versehen, Abteilungen rund um grossen Innenhof angelegt, einige Sitzgelegenheiten, Bodenbeläge Stein und Teppich
<b>Wohnmodell</b>	Temporär-Abteilung, Mobilitäts-Abteilung, Abteilung für geistig Aktive, IV-Pflegewohngruppe, Palliativ-Abteilung, Demenz-Abteilungen und externe Pflegewohngruppen	Wohngruppe mit 6 Bewohnenden betreute Gruppen im Heim Abteilung mit gezielten Reizeinflüssen (Insel)	externe Wohngruppen interne Wohngruppen betreute Kleingruppen und Gruppen im Heim inkl. Pflegeabteilung, OASE	pro Stockwerk eine Abteilung mit zwei Unterabteilungen
<b>eigene Möbel</b>	ja	WG: ja Abteilung Heim: nein	ja	ja, in 4er-Zimmern nur sehr kleine Sachen

Institution	PZ Käferberg	PZ Seeblick	KH Sonnweid	PZ Gehrenholz
<b>Pflegekonzept</b>	<b>Dementia Care Units</b>	<b>Drei-Welten-Modell</b>	<b>Phasengerechte Betreuung</b>	<b>Integrativer Pflegeansatz</b>
<b>Räumlicher Kontext</b>				
<b>Aufenthaltsort der Bewohnenden/ Bewegungsraum tagsüber</b>	vorwiegend Gemeinschaftsraum und Wohnstube	Speisesaal und Wohnstube (Gemeinschaftsraum), Korridore, Cafeteria und Entrée	ganzes Heimareal, und überall in den Gebäuden.	Gemeinschaftsräume, Korridore, Foyer, Cafeteria und Zimmer
<b>Weglaufschutz</b>	Abteilungen weglaufgeschützt	Haus und Park weglaufgeschützt	offene Türen, Heimareal weglaufgeschützt	Haus ist weglaufgeschützt für demente Bewohnende
<b>Sozialer Kontext</b>				
<b>Bezugspflege</b>	ja! max. 4 Bezugspersonen pro Pflegeperson	Gruppenbezugspflege, Bezugspflege wird angestrebt	ja! max. 5 Bezugspersonen pro Pflegeperson	ja! max. 4 Bezugspersonen pro Pflegeperson
<b>Besuche</b>	täglich durchgehend. Nachts Anmeldung über die Hausglocke.	täglich durchgehend und nach Absprache auch nachts möglich	jederzeit möglich	jederzeit möglich
<b>Seelsorge</b>	alternierend reformierte und katholische Gottesdienste. Auf Demenzabteilungen spezielle Gottesdienste und Abschiedsrituale.	ja und jederzeit erreichbar, ökumenischer Gottesdienste alle 14 Tage	ja und jederzeit erreichbar, wöchentliche Gottesdienste	ja und jederzeit erreichbar, reformiert und katholisch. Regelmässig Gottesdienste.
<b>Therapie / Aktivitäten</b>				
<b>Angebot Therapieformen</b>	Aktivierungstherapie Physio- und Ergotherapie	Aktivierungstherapie Physiotherapie	Activent, Ausdrucksmalen, Physiotherapie in Ausnahmen, Fussreflexzonenmassage, Aromatherapie	Physio- und Ergotherapie
<b>Validation</b>	ja	ja	ja	ja, in Grundzügen
<b>Basale Stimulation</b>	ja	ja	ja	ja, in Grundzügen
<b>Kinästhetik</b>	ja	ja	ja	ja, in Grundzügen
<b>Spezielle Aktivitäten und Beschäftigungen</b>	Tanzveranstaltungen	Fyrabigclub	Männerrunde	Demenzspaziergruppe Lesegruppen
<b>Kultur</b>	regelmässig kulturelle Veranstaltungen	regelmässig kulturelle Veranstaltungen wie Musik, Lesungen oder Theater	regelmässig kulturelle Veranstaltungen unterschiedlichster Art	regelmässig kulturelle Veranstaltungen, Filmnachmittage
<b>Küche</b>	intern, in Pflegewohngruppen wird auch selbst gekocht	externe Küche	Wohngemeinschaften: gemeinsames Kochen Abteilungen: erhalten Essen aus interner Küche Foodstationen, (Fingerfood)	interne Küche
<b>Haustiere</b>	erlaubt, auf allen Demenzabteilungen gibt es Katzen (ausg. 1 Abt.)	1 Katze in der WG, auf Abteilungen zur Zeit nicht erlaubt	erlaubt, es gibt Katzen und Hunde	nach Absprache erlaubt, jedoch kaum verlangt
<b>Spezifika</b>	freiwillige Mitarbeiterinnen als Begleitung für Ausflüge, Gespräche etc.	alle Pflegepersonen machen Aktivierungstherapie. Es gibt keine Bettlägerige.	Angehörigentreffen, CAMPUS, spezifische Schulung für Personal und Institutionen Tag/Nacht Klinik	viele Bewohnende im Rollstuhl und mit Gehhilfen

In Bezug auf den räumlichen und sozialen Kontext unterscheiden sich die vier Institutionen allgemein nicht wesentlich, doch drei signifikante Unterschiede sollen an dieser Stelle herausgestrichen werden: Das KH Sonnweid verfügt über eine grosse Gartenanlage, welche dementengerecht gestaltet wurde und so den Lebensraum der Bewohnenden bereichert. Im PZ Seeblick existiert bislang die Gruppen-, und keine Bezugspersonenpflege. Des Weiteren wird im PZ Gehrenholz keine Aktivierungstherapie angeboten.

### 4.1.2 Bewohnende

Die Vorselektion der Stichprobe wurde in den städtischen PZ unter der Anleitung der verantwortlichen Ärzte und im privaten Krankenhaus unter Anleitung des Heimleiters gemacht. Zwei Einschlusskriterien wurden berücksichtigt: Der Z-MMS-Wert (*Zürcher Mini-Mental-Status; Brühwiler, 1988*) musste  $\geq 5$  und  $\leq 23$  sein, die Aufenthaltsdauer musste zwischen drei und 36 Monaten liegen. Der Z-MMS-Wert wurde zum Teil aus den Eintritts-Z-MMS-Werten hochgerechnet (pro Aufenthaltsjahr drei Punkte dazu), zum Teil wurde er aktuell erhoben. Der Rücklauf der Vorselektion ergab eine Gesamtstichprobengrösse von 114 Bewohnenden. Folgende Aufführung gibt Auskunft über den Verlauf der Grösse der Stichproben während der Selektions- und der Datenerhebungsphase.

	DCU	3-W-K	Ph-B	IPA	Total
Vorselektion durch die Heimärztinnen	40	16	27	31	<b>114</b>
Selektion: Einschlusskriterien erfüllt	30	15	21	31	<b>97</b>
Einverständniserklärung: liegt vor	30	15	20	27	<b>92</b>
1. Datenerhebung: definitive Zusage	27	15	18	26	<b>88</b>
1. Datenerhebung: abgeschlossen	24	14	18	24	<b>80</b>
Z-MMS-Wert (5 bis 23) aktuell erfüllt	22	14	16	20	<b>72</b>
2. Datenerhebung: definitive Teilnahme	21	13	14	16	<b>67</b>
2. Datenerhebung: abgeschlossen	16	11	13	15	<b>55</b>

*Anmerkung:* DCU=Dementia Care Units; 3-W-K=3-Welten-Konzept; Ph-B=Phasen-Betreuung; IPA=Integrativer Pflegeansatz; Z-MMS=Zürcher Minimal Status nach Folstein

#### *Selektion: Einschlusskriterium erfüllt*

Aus folgenden Gründen wurden insgesamt 17 Bewohnende ausgeschlossen:

- DCU: Fünf Bewohnende hatten einen zu hohen Z-MMS-Wert. Fünf Bewohnende erfüllten das Kriterium der Aufenthaltsdauer nicht.
- 3-W-K: Bei einer Person liegt ein Datenverlust vor.
- Ph-B: Zwei Bewohnende erfüllten das Einschlusskriterium der Aufenthaltsdauer nicht. Vier Bewohnende wohnten ausserhalb des Krankenhauses in einer Wohngemeinschaft und wurden deshalb ausgeschlossen.
- IPA: Alle Bewohnenden erfüllten die Einschlusskriterien.

Die so erfolgte Selektion ergab noch eine Gesamtstichprobe von 97 Bewohnenden, welche die Einschlusskriterien erfüllten.

#### *Einverständniserklärung liegt vor*

Diese Personen (beziehungsweise ihre gesetzlichen Vertreter) wurden schriftlich über ihre geplante Teilnahme an vorliegender Studie informiert. Sollten sie mit dieser Teilnahme nicht einverstanden sein, wurde um eine telefonische Absage an die Pflegedienstleitung oder den verantwortlichen Arzt gebeten. Im Integrierten Pflegeansatz verweigerten vier und in der Phasengerechten Betreuung eine Bewohnerin die Teilnahme an der Studie. Insgesamt machten 92 Personen von ihrem Verweigerungsrecht nicht Gebrauch.

### Stichprobe im Verlauf der Studie

#### *1. Datenerhebung: definitive Zusage*

Bis zum Zeitpunkt der 1. Datenerhebung reduzierte sich die Gesamtstichprobe nochmals um vier Bewohnende. In der Institution mit Dementia Care Units war eine Bewohnerin am Probewohnen, in der Institution mit Phasengerechter Betreuung eine vorübergehend im Waidspital stationiert, und eine weitere Bewohnerin war verstorben. In der Institution mit Integriertem Pflegeansatz verstarb ebenfalls eine Bewohnerin. Eine definitive Zusage für die Teilnahme an der 1. Datenerhebung lag von 88 Bewohnenden vor.

*1. Datenerhebung: abgeschlossen*

Eine weitere Reduktion der Gesamtstichprobe ergab sich im Verlauf der 1. Datenerhebung:

- DCU: Die Antworten einer Bewohnerin waren zusammenhangslos, sie lief wiederholt davon, sodass das Interview schliesslich abgebrochen werden musste. Eine weitere Bewohnerin wollte nicht „auf den Tubel“ geprüft werden, das Interview musste nach der Hälfte ebenfalls abgebrochen werden. Eine dritte Bewohnerin begann während des Interviews schwer zu atmen und zu seufzen. Sie fühlte sich offensichtlich gestresst. Das Interview wurde ebenfalls abgebrochen.
- 3-W-K: Eine Bewohnerin konnte nicht befragt werden, weil sie sagte, dass sie nichts verstehe, nichts sehe und sich nicht wohl fühle.
- Ph-B: Eine Bewohnerin war die ganze Woche über in einem schlechten Allgemeinzustand und konnte nicht befragt werden. Eine andere Bewohnerin lag im Bett und sprach nicht mehr. Sie verstarb noch in der Erhebungswoche.
- IPA: Eine Bewohnerin weigerte sich, sich für das Interview zur Verfügung zu stellen, die zweite war im Urlaub.

Nach Abschluss der 1. Datenerhebung lagen die Daten von insgesamt 80 Bewohnenden vor.

*Z-MMS-Wert (5 bis 23): erfüllt*

Die Kontrolle der Z-MMS-Werte, die im Rahmen des Interviews mit den Bewohnenden nochmals erhobenen worden waren, ergaben, dass in der Institution mit Phasengerechter Betreuung 1, in der Institution mit Integrativem Pflegeansatz 4 Bewohnende aufgrund eines zu hohen Z-MMS-Wertes von der Studie ausgeschlossen werden mussten. In der Institution mit Phasengerechter Betreuung hatte zudem eine, in der Institution mit Dementia Care Units zwei Bewohnende einen Z-MMS-Wert unter fünf Punkten. Nach der ersten Datenerhebung lagen die Daten von 72 Bewohnende vor, die die Einschlusskriterien erfüllten. Sie dienten als Basis für die Datenanalyse.

*2. Datenerhebung: definitive Zusage*

Die 2. Datenerhebung erfolgte 15 Wochen nach der 1. Datenerhebung. In der Institution mit Dementia Care Units verstarb in der Zwischenzeit eine Bewohnerin. In der Institution mit Drei-Welten-Konzept war eine Bewohnerin in ein anderes Pflegezentrum verlegt worden. In der Institution mit Phasengerechter Betreuung war eine Person zwischen der ersten und der zweiten Datenerhebung verstorben, bei einer musste das Interview abgebrochen werden. In der Institution mit Integrativem Pflegeansatz wurde eine Person ausgeschlossen, weil sich herausstellte, dass die kognitive Beeinträchtigung die Folge eines Hirnschlages war, zwei Personen waren verstorben und eine in eine andere Institution verlegt worden. Somit verblieben insgesamt 67 Bewohnende für die 2. Datenerhebung.

In der Institution mit Dementia Care Units schickten zwei Pflegepersonen die Fragebogen nicht zurück, eine Bewohnerin hatte einen zu hohen, eine andere einen zu tiefen Z-MMS-Wert und eine Bewohnerin war aus Sicht der Abteilungsleiterin nicht befragbar. In der Institution mit Drei-Welten-Konzept verweigerte eine Bewohnerin das Interview und eine hatte einen zu tiefen Z-MMS-Wert. In der Institution mit Phasengerechter Betreuung erreichte eine Bewohnerin den Z-MMS-Wert von fünf nicht. In der Institution mit Integrativem Pflegeansatz wurde ein Fragebogen nicht zurückgeschickt. Insgesamt haben 55 Bewohnende die 2. Datenerhebung abgeschlossen.

Tabelle 3 Stichprobenbeschreibung zu t1 (N=72)

<b>Dementia Care Units (Käferberg)</b>			<b>n = 22</b>	Fehlende Werte
<i>soziodemographische Angaben</i>	weiblich		20 (90,9 %)	
	Alter	<i>M (SD)</i>	85,7 (7,1)	
		<i>Spanne</i>	73 - 98	
	Konfession	protestantisch	54,5 %	
		katholisch	22,7 %	
		anderes	22,7 %	
Z-MMS	Punkte	<i>M</i>	14,6	
		<i>Spanne</i>	6,0 – 23,0	
BESA	Stufe	2 = 12 bis 26 Punkte		
		3 = 27 bis 44 Punkte	4,5 %	
		4 = 45 Punkte und mehr	95,5 %	
Zimmerkategorie		1 = 141.- bis 170.- CHF	31,8 %	
		2 = 171.- bis 200.- CHF	36,4 %	
		3 = 201.- bis 230.- CHF	31,8 %	
<b>Drei-Welten-Konzept (Seeblick)</b>			<b>n = 14</b>	Fehlende Werte
<i>soziodemographische Angaben</i>	weiblich		12 (85,7 %)	
	Alter	<i>M (SD)</i>	85,8 (6,0)	
		<i>Spanne</i>	75 – 93	
	Konfession	protestantisch	21,4 %	21,4 %
		katholisch	42,9 %	
		anderes	14,3 %	
		konfessionslos	0 %	
Z-MMS	Punkte	<i>M</i>	13,43	
		<i>Spanne</i>	5 - 23	
BESA	Stufe	2 = 12 bis 26 Punkte		
		3 = 27 bis 44 Punkte	28,6 %	
		4 = 45 Punkte und mehr	71,4 %	
Zimmerkategorie		1 = 141.- bis 170.- CHF	71,4 %	
		2 = 171.- bis 200.- CHF	28,6 %	
		3 = 201.- bis 230.- CHF		
<b>Phasengerechte Betreuung (Sonneweid)</b>			<b>n = 16</b>	Fehlende Werte
<i>soziodemographische Angaben</i>	weiblich		9 (56,3%)	
	Alter	<i>M (SD)</i>	80,6 (3,9)	
		<i>Spanne</i>	75 -89	
	Konfession	protestantisch	43,8 %	12,5 %
		katholisch	25 %	
		anderes	6,3 %	
		konfessionslos	12,5 %	
Z-MMS	Punkte	<i>M</i>	14,34	
		<i>Spanne</i>	6,5 - 20,0	
BESA	Stufe	2 = 12 bis 26 Punkte	6,3 %	
		3 = 27 bis 44 Punkte	43,8 %	
		4 = 45 Punkte und mehr	50 %	
Zimmerkategorie		1 = 141.- bis 170.- CHF		
		2 = 171.- bis 200.- CHF	25 %	
		3 = 201.- bis 230.- CHF	75 %	
<b>Integrativer Pflegeansatz (Gehrenholz)</b>			<b>n = 20</b>	Fehlende Werte
<i>soziodemographische Angaben</i>	weiblich		15 (75 %)	
	Alter	<i>M (SD)</i>	87,8 (5,8)	
		<i>Spanne</i>	76 - 96	
	Konfession	protestantisch	60 %	5 %
		katholisch	15 %	
		anderes	10 %	
		konfessionslos	10 %	
Z-MMS	Punkte	<i>M</i>	18,30	
		<i>Spanne</i>	8,5 - 23	
BESA	Stufe	2 = 12 bis 26 Punkte		
		3 = 27 bis 44 Punkte	45%	
		4 = 45 Punkte und mehr	55 %	
Zimmerkategorie		1 = 141.- bis 170.- CHF	20 %	
		2 = 171.- bis 200.- CHF	70 %	
		3 = 201.- bis 230.- CHF	10 %	

Anmerkung: N=Anzahl Gesamtstichprobe n=Anzahl Bewohnenden/Institution; M=Mittelwert; SD=Standardabweichung

Tabelle 3 beschreibt die Verteilung der soziodemographischen Angaben der Stichprobe, die Z-MMS-Werte, die BESA-Stufen, sowie die Zimmerkategorie der nach Pflegekonzept aufgeteilten Gesamtstichprobe der 1. Datenerhebung (t1). Die vier Stichproben fallen allgemein klein aus und unterscheiden

sich offensichtlich in ihrer Grösse. Die Stichprobe der Institution mit 3-Welten-Konzept umfasst lediglich 14 Personen, während jene der Institution mit Dementia Care Units 22 Personen zählt. Auch der Anteil männlicher Personen variiert zwischen den vier Stichproben und ist in der Institution mit Phasengerechter Betreuung am höchsten (43.6%). Die Disproportion der Geschlechterverteilung erklärt sich daraus, dass Frauen im Durchschnitt älter werden und dadurch auch in Pflegeinstitutionen die Mehrheit verkörpern. Das Alter der Personen liegt zwischen 73 und 98 Jahren. Die Protestanten sind, mit Ausnahme der Institution mit Drei-Welten-Konzept, in allen Stichproben am stärksten vertreten. Der Z-MMS Mittelwert der Stichprobe der Institution mit Integrativem Pflegeansatz unterscheidet sich signifikant von den anderen und liegt mit 18.3 Punkten deutlich höher. Diese Ungleichheit entsteht dadurch, dass leichtere Fälle öfters diesem PZ zugewiesen werden. In Bezug auf die BESA-Stufe gilt es zu sagen, dass kaum eine Person die Pflegebedürftigkeitsstufe 2 belegt, beinahe alle Personen sind somit stark pflegebedürftig. Weiter fällt auf, dass sich in der Stichprobe der Institution mit Phasengerechter Betreuung keine Person in die Zimmerkategorie 1 einordnen lässt.

### 4.1.3 Pflegemitarbeitende

Die Stichprobe der Pflegepersonen, die über ihre an der Studie teilnehmenden Bezugspersonen und ihre eigene Arbeitszufriedenheit Auskunft gaben, umfasst insgesamt 56 Personen. Tabelle vier gibt einen Überblick über deren soziodemographische Verteilung.

Tabelle 4 Beschreibung der Stichprobe der Bezugs-Pflegepersonen (N=56)

<b>Dementia Care Units (Käferberg)</b>		<b>n = 18</b>	Fehlende Werte
<i>soziodemographische Angaben</i>			
	weiblich	15 (83,3%)	
Alter	<i>M (SD)</i>	37,6 (11,3)	
	<i>Spanne</i>	21 - 54	
Berufsausbildung	Psychiatriekrankenpflegerin	1 (5,6 %)	
	DN2/AKP	3 (16,7 %)	
	DN1/FASRK	13 (72,2 %)	
	BetagtenbetreuerIn		
	Anderer	1 (5,6 %)	
<b>3-Welten-Konzept (Seeblick)</b>		<b>n = 5</b>	Fehlende Werte
<i>soziodemographische Angaben</i>			
	weiblich	5 (100%)	
Alter	<i>M (SD)</i>	52,0 (8,5)	
	<i>Spanne</i>	38 - 59	
Berufsausbildung	Psychiatriekrankenpflegerin		
	DN2/AKP	1 (20 %)	
	DN1/FASRK	3 (60 %)	
	BetagtenbetreuerIn	1 (20 %)	
	Anderer		
<b>Phasengerechte Betreuung (Sonnweid)</b>		<b>n = 16</b>	Fehlende Werte
<i>soziodemographische Angaben</i>			
	weiblich	15 (93,8%)	1
Alter	<i>M (SD)</i>	43,9 (13,3)	1
	<i>Spanne</i>	23 - 57	
Berufsausbildung	Psychiatriekrankenpflegerin	2 (12,5 %)	1
	DN2/AKP	5 (31,3 %)	
	DN1/FASRK	3 (18,8 %)	
	BetagtenbetreuerIn	3 (18,8 %)	
	Anderer	2 (12,5 %)	
<b>Integrativer Pflegeansatz (Gehrenholz)</b>		<b>n = 17</b>	Fehlende Werte
<i>soziodemographische Angaben</i>			
	weiblich	13 (76,5%)	2
Alter	<i>M (SD)</i>	39,5 (9,9)	2
	<i>Spanne</i>	23 - 57	
Berufsausbildung	Psychiatriekrankenpflegerin		2
	DN2/AKP	5 (29,4 %)	
	DN1/FASRK	10 (58,8 %)	
	BetagtenbetreuerIn		
	Anderer		

Anmerkung: n = Anzahl Pflegepersonen; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; DN2 = Pflegefachperson Diplommiveau 2; AKP = Allgemeine Krankenpflege; DN1 = Pflegefachperson Diplommiveau 1; FASRK = Fähigkeitsausweis Schweizerisches Rotes Kreuz

Da einige Pflegepersonen zu mehr als einer Bezugsperson Auskunft gaben, fällt die Gesamtstichprobe kleiner aus als jene der Bewohnenden. In der Institution mit dem Drei-Welten-Konzept sind es

sogar nur deren fünf, was für Gruppenvergleiche eine ungünstige Ausgangslage darstellt. Das Alter der Pflegepersonen liegt zwischen 21 und 59 Jahren und der Anteil an männlichen Pflegepersonen ist sehr klein. Bei den Berufsausbildungen bleibt zu sagen, dass die meisten einen Abschluss mit Diplomniveau 1 oder 2 gemacht haben und andere Berufsausbildungen nur vereinzelt vertreten sind.

## 4.2 Datenerhebung

Die Datenerhebung zur Lebensqualität der Bewohnenden erfolgte anhand eines Interviews mit denselben (Self-Report), einem Fragebogen A (Angaben zur Lebensqualität der Bewohnenden), ausgefüllt durch die Bezugspflegepersonen (Proxy-Report), und Informationen aus der elektronischen Bewohnerdokumentation (DOKU-EXPERT), resp. Krankengeschichte. Die Datenerhebung zur Arbeitszufriedenheit der Pflegepersonen fand mittels eines zweiten Fragebogens B (Self-Report) statt.

Die Interviews mit den Bewohnenden, durchgeführt von den Lizentiandinnen Regula Nussbaumer und Andreina Lienhard und dem freiwilligen Mitarbeiter Jules Portmann, verliefen folgendermassen: Die Bewohnenden wurde von der Interviewperson auf ihrer Abteilung zum vereinbarten Termin abgeholt, an einen hellen, ruhigen Ort (bspw. Besprechungszimmer, eigenes Zimmer) geführt, in welchem sich zwei Stühle und ein Tisch befanden und eingeladen Platz zu nehmen. Die Interviewperson stellte sich kurz vor und erläuterte den Sinn und Zweck der Befragung.

Das Leitfadenterview begann mit einer offenen ‚Warm-up-Frage‘ nach dem Wohlergehen des Bewohnenden, fährt fort mit der Aufforderung, so viele Fragen wie möglich zu beantworten und jederzeit nachzufragen, wenn Unklarheiten bestehen. Danach folgte eine halboffene Frage nach dem Vorhandensein von aktuellen Schmerzen. Im Anschluss wurde die Zürcher Variante des Mini-Mental-Statustest durchgeführt. Um zu prüfen, ob die Bewohnenden überhaupt in der Verfassung waren, eine sinngemässe Antwort auf eine Frage zu geben, wurde eine offene Frage eingeflochten: Die Bewohnenden wurden gebeten ein ‚schönes Ereignis‘ zu erzählen. Darauf folgten die sechs geschlossenen Fragen der Ultrakurzform des Mehrdimensionalen Befindlichkeitsfragebogens zum Wohlbefinden, eine geschlossene Frage nach der allgemeinen Lebenszufriedenheit (Kloss & Kempe, 1986) und jeweils eine geschlossene Frage zur bereichsspezifischen Lebenszufriedenheit. Das Interview schloss mit offenen Zusatzfragen zur Institution, religiösem Glauben und zum Sterben.

Als Dank für die Teilnahme am Interview wurde den Bewohnenden ein Schokoladeglückskäfer überreicht. Insgesamt dauerte die gemeinsam verbrachte Zeit durchschnittlich 40 Minuten, bis die Bewohnenden wieder an ihren vorherigen Aufenthaltsort zurückbegleitet und verabschiedet waren.

In der Erhebungswoche der Interviews wurden die Pflegepersonen in Gruppen von zirka sechs Personen mündlich und schriftlich bezüglich des Fragebogens A und des Fragebogens B instruiert. Fragebogen A umfasste Fremdauskünfte zum Bewohnenden und bestand aus den Activities of Daily Living (ADL), dem Lebensraumdurchmesser aus dem Zürcher Lebensqualitätsinventar (ZLQI), fünf Fragen zum sozialen Verhalten aus dem Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients (NOSGER; Brunner & Spiegel, 1990) und zwölf Fragen des Neuropsychiatric Inventory (NPI; Cummings et al., 1994) zum Verhalten des Bewohnenden. Dieser wurde von den Pflegepersonen innerhalb einer Woche ausgefüllt und mit adressiertem und vorfrankiertem Antwortcouvert an die Lizentiandinnen zurückgeschickt. Das Ausfüllen des Fragebogens A dauerte zirka 25 Minuten und der Rücklauf betrug nach einmaliger Erinnerung des Pflegepersonals in der 1. Datenerhebung 100 Prozent, in der 2. Datenerhebung 95 Prozent.

Zweitgenannter Fragebogen B zur Arbeitszufriedenheit des Pflegepersonals bestand aus der Stresskala aus dem Zürcher Lebensqualitätsinventar (ZLQI), dem Fragebogen zum Arbeitsfeld der Pflegemitarbeiter in der Psychiatrie (FAPP), institutionsspezifischen und berufsspezifischen Fragen und soziodemografischen Angaben zur Person. Er wurde sofort innerhalb maximal 30 Minuten ausgefüllt und abgegeben.

Die Daten aus dem DOKU-EXPERT, resp. der Krankengeschichte, wurden jeweils während der Erhebungswoche durch den freiwilligen Mitarbeiter erfasst.

## 4.3 Erhebungsinstrumente

### 4.3.1 Lebensqualität

Folgende Aspekte von Lebensqualität wurden berücksichtigt: objektive und subjektive, allgemeine und berufsspezifische Lebensqualität (Steyer et al, 1997). Die Erhebung der Daten erfolgte in einer der demenziellen Erkrankung angepassten und ökonomischen Weise und auf der Basis von drei Datenquellen (Self-Report, Proxy-Report<sup>1</sup> und Daten aus der elektronischen Bewohnendokumentation bzw. der Krankengeschichte). Eine detaillierte Beschreibung der Instrumente ist in Nussbaumer & Lienhard (2004, S. 44ff) zu finden.

In nachfolgender Tabelle sind jene Instrumente aufgeführt, welche in dieser Studie zur Erfassung der Lebensqualität der Bewohnenden zum Einsatz kamen.

Tabelle 5 Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität der Bewohnenden

	Bereichsspezifische Lebensqualität (objektiv)				Zufriedenheit (subjektiv)
<b>Bereiche von LQ</b>	Operationalisierung	Instrumente: Self-Report	Instrumente: Proxy-Report	Instrumente: Kardex/DOKU	Self-Report
<b>1. Physische Gesundheit</b>	Schmerzen	Schmerzfrage		Analgetika	1 Frage
	Pflegebedürftigkeit			BESA	
	Stürze/FEM			DOKU	
<b>2. Psychische Gesundheit</b>	Befinden	MDBF			1 Frage
	Verhaltensstörungen		NPI	Neuroleptika Sedativa Antidepressiva	
<b>3. Kognition</b>	Gedächtnis		Z-MMS		1 Frage
	Orientierung				
	Sprache				
<b>4. Selbständigkeit</b>	Aktivitäten des Alltags		ADL		1 Frage
	Lebensraumdurchmesser		ZLQI		
<b>5. Soziale Bez.</b>	Soziales Verhalten		NOSGER		1 Frage
	<b>Allgemeine Lebenszufriedenheit (subjektiv)</b>				1 Frage

FEM=Freiheitseinschränkende Massnahmen; MDBF=Mehrdimensionaler Befindlichkeitsfragebogen; NPI=Neuropsychiatric Inventory; Z-MMS=Zürcher Mini-mentalstatus; ADL=Activities of Daily Living; ZLQI=Zürcher Lebensqualitätsinventar; NOSGER=Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients; BESA=Bewohnenden Einstufungs- und Abrechnungssystem; DOKU= elektronische Bewohnendokumentation; Kardex=Krankengeschichte

### 4.3.2 Arbeitszufriedenheit

Die Arbeitszufriedenheit wurde mittels schriftlicher Fragebögen durch sieben Bereiche erfragt (Tabelle 6). Eine detaillierte Beschreibung der eingesetzten Instrumente ist in Nussbaumer & Lienhard (2004, S. 49ff.) zu finden.

<sup>1</sup> Der Proxy-Report benutzt Instrumente, welche die Einschätzung Aussenstehender als Datenquellen nutzen. Ihr offensichtlicher Vorteil besteht darin, dass sie zu jedem Demenz-Schweregrad eingesetzt werden können.

Tabelle 6 Erhebungsinstrumente und Fragen zur Erfassung der Arbeitszufriedenheit

Bereiche der Arbeitszufriedenheit	Self-Report
1. Belastungen durch Patienten und Arbeitsbedingungen	19 Fragen, FAPP
2. Kooperation im Team	7 Fragen, FAPP
3. Kooperation mit Ärzten und Therapeuten	11 Fragen, FAPP
4. Zusammenarbeit mit den Vorgesetzten in der Pflege	7 Fragen, FAPP
5. Möglichkeiten der Mitentscheidung	3 Fragen, FAPP
6. erlebter Stress während der Arbeit	Stressskala, ZLQI
8. institutionsspezifischer Bereich	6 Fragen
9. berufsspezifischer Bereich	6 Fragen
7. durch Verhaltensstörungen der Bewohnenden verursachte emotionale Belastung	NPI

Anmerkung: FAPP=Fragebogen zum Arbeitsfeld der Pflegemitarbeiter in der Psychiatrie; ZLQI=Zürcher Lebensqualitätsinventar; NPI=Neuropsychiatric Inventory

#### 4.4 Erhebungsverlauf

Nach einer Pilotphase im Dezember 2003, bei welcher die Erhebungsinstrumente an vier Bewohnenden und vier Pflegepersonen einer vergleichbaren Institution geprüft worden waren, fand die 1. Datenerhebung von Mitte Januar bis Mitte Februar 2004 in einem Zeitraum von vier Wochen (eine Woche/Institution) statt. Die 2. Datenerhebung erfolgte gut drei Monate später, im Mai 2004.

#### 4.5 Datenauswertung

Für die Datenauswertung wurden alle Angaben anonymisiert und so verarbeitet, dass in der Auswertung keine Rückschlüsse auf einzelne Personen möglich sind. Die Daten wurden im Anschluss an die Erhebung entsprechend dem Fragebogen codiert (siehe Codeplan im Anhang), in SPSS 10 für Macintosh erfasst, kontrolliert, bereinigt und für die Auswertung vorbereitet.

Bei der Datenauswertung wurden in einem ersten Schritt die vier Institutionen miteinander verglichen. Die Vergleiche der nominalskalierten abhängigen Variablen wurden mit dem Chi-Quadrat-Verfahren gerechnet (8-Felder-Tafel), die nachfolgenden Einzelvergleiche ebenfalls (4-Felder-Tafel). Bei den intervallskalierten abhängigen Variablen wurde der Gruppenvergleich zwischen den vier Institutionen mittels einfaktorieller Varianzanalyse (ANOVA) gerechnet. Die beschriebenen Unterschiede in den Mittelwerten können trotz gewissen Verletzungen der Voraussetzungen als statistisch gesichert gelten, die Überprüfung der zentralen Tendenz mittels verteilungsfreien Verfahrens nach Kruskal-Wallis ergab in denselben Fällen eindeutig signifikante Unterschiede. Die Einzelvergleiche erfolgten post hoc mittels Scheffé-Test.

In einem zweiten Schritt wurde der separative mit dem integrativen Pflegeansatz verglichen. Für diesen Vergleich wurde der t-Test eingesetzt. Mit den nominal skalierten Daten sind die Vergleiche analog mit dem Chi-Quadrat-Verfahren gerechnet worden.

Für die Auswertung wurden generell, dem explorativen Charakter dieser Studie entsprechend, Ergebnisse auch auf dem 10%-Signifikanzniveau, im Sinne der Beschreibung einer sich abzeichnenden Tendenz, interpretiert.

## 5 Ergebnisse

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt in zwei Teilen: Im ersten Teil wird auf den Vergleich des Zusammenhangs zwischen den vier Pflegekonzepten und der Lebensqualität (objektiv und subjektiv) der Bewohnenden mit einer kognitiven Beeinträchtigung eingegangen, in einem zweiten Teil auf ihren Zusammenhang mit der Arbeitszufriedenheit des Pflegepersonals.

In der vorliegenden Studie beträgt die Stichprobe, in der vollständige Daten erhoben werden konnten, insgesamt N=72. Für t-Tests und eine mittlere Effektstärke ( $d=0.5$ ) liegt damit eine Teststärke von  $1-\beta=0.6$  vor, für einfaktorische Varianzanalysen und eine mittlere Effektstärke ( $f=0.25$ ) eine Teststärke von  $1-\beta=0.5$ . Bei nicht signifikanten Effekten, wie beispielsweise bei der Unterschiedstestung zwischen verschiedenen Pflegekonzepten, kann nicht ausgeschlossen werden, dass es tatsächlich doch Unterschiede zwischen den Modellen gibt. Dieser Sachverhalt kann abschliessend erst interpretiert werden, wenn in einer Nachfolgestudie eine grössere vergleichbare Stichprobe untersucht werden kann. Separate Powerberechnungen wurden für Varianzanalysen und t-Tests vorgenommen und werden bei nicht signifikanten Ergebnissen berichtet.

### 5.1 Lebensqualität der Bewohnenden

#### 5.1.1 ‚Objektive‘ Lebensqualität

Abbildung 1 gibt nochmals einen Überblick über die Instrumente, die zur Operationalisierung der abhängigen Variablen (objektive Lebensqualität) eingesetzt wurden.

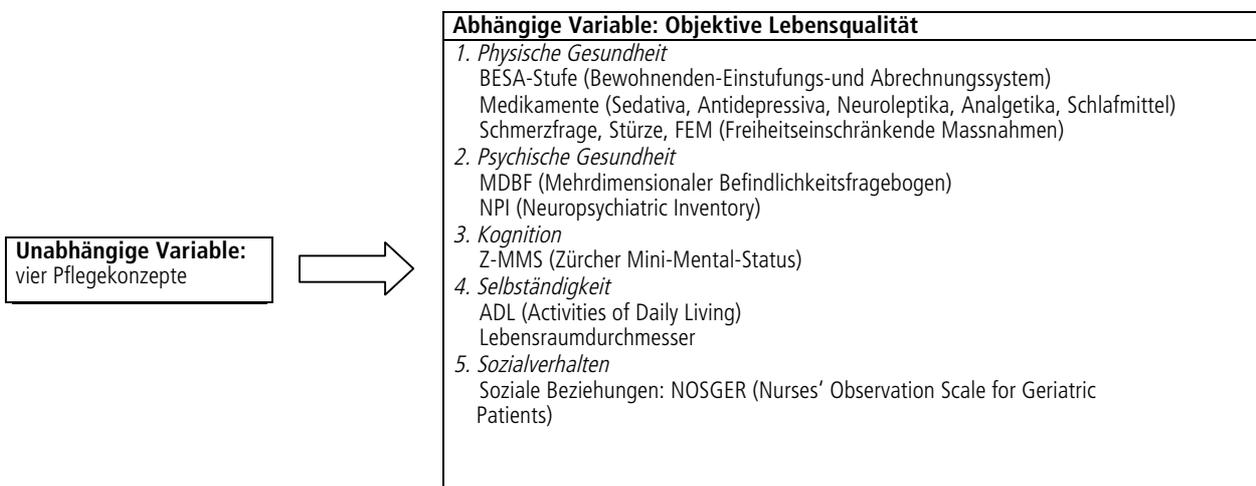


Abbildung 1 Objektive Lebensqualität: Untersuchungsdesign

#### Vergleich der vier Pflegekonzepte

In einem ersten Schritt wurde untersucht, inwieweit ein Zusammenhang zwischen den vier unterschiedlichen Pflegekonzepten und dem ‚objektiven‘ Aspekt der Lebensqualität besteht. Dazu wurden einfaktorische Varianzanalysen (ANOVA) mit den Pflegekonzepten als unabhängige Variable und den Instrumenten zur Erfassung der objektiven, bereichsspezifischen Lebensqualität als abhängige Variable durchgeführt. In Tabelle 7 sind die entsprechenden Resultate aufgeführt. Die Einzelvergleiche wurden a posteriori mittels Scheffé-Test gerechnet. Die relevanten Resultate werden nachfolgend berichtet.

Tabelle 7 ANOVA Gruppenvergleich der vier Institutionen objektive Lebensqualität (df=3)

	DCU separativ		3-W-K separativ		Ph-B separativ		IPA integrativ		F	$\eta^2$
	n	M (SD)	n	M (SD)	n	M (SD)	n	M (SD)		
<b>Physische Gesundheit</b>										
BESA-Stufe	22	4.0(0.2)	14	3.7(0.5)	16	3.4(0.6)	20	3.6(0.5)	4.56**	.17
<b>Psychische Gesundheit</b>										
MDBF (Ruhe-Unruhe)	21	7.1(1.6)	12	6.7(1.7)	15	7.7(2.0)	19	7.1(1.6)	0.95	.04
MDBF (gute-schlechte Stim.)	22	8.2(1.3)	12	7.0(2.1)	14	8.0(2.0)	19	7.2(2.0)	1.90	.00
MDBF (Wachheit-Müdigkeit)	22	7.3(2.2)	12	6.2( 2.3)	16	7.1(2.0)	20	6.7(2.4)	0.78	.03
NPI total	22	24.4(23.2)	14	31.1(16.9)	16	23.7(17.8)	20	20.2(17.7)	0.87	.04
<b>Kognition</b>										
Z-MMS	22	14.6(5.2)	14	13.4(5.9)	16	14.3(4.2)	20	18.3(3.7)	3.70*	.14
<b>Selbständigkeit</b>										
ADL total	22	66.1(17.9)	14	58.6(20.7)	16	66.6(17.5)	20	49.0(26.4)	2.98*	.12
Lebensraumdurchmesser total	20	11.3(3.4)	13	8.8(4.2)	16	11.8(4.2)	20	8.4(4.2)	3.31*	.13
<b>Soziale Beziehungen</b>										
Soziales Verhalten	22	14.6(3.7)	14	16.1(6.0)	16	14.0(5.0)	20	14.2(4.3)	0.68	.03

Anmerkung: DCU=Dementia Care Units; 3-W-K=3-Welten-Konzept; Ph-B=Phasengerechte Betreuung,; IPA=Integrativer Pflegeansatz; BESA=Bewohnenden Einstufungs- und Abrechnungssystem; MDBF=Mehrdimensionaler Befindlichkeitsfragebogen; NPI=Neuropsychiatric Inventory; ADL=Activities of Daily Living; n=Stichprobengrösse; M=Mittelwert; SD=Standardabweichung; \*\* p<=0.01; \* p<=0.05;  $\eta^2$ =Effektstärke ( $\eta^2$ >0.01=kleiner Effekt,  $\eta^2$ >0.06=mittlerer Effekt,  $\eta^2$ >0.14=grosser Effekt)

Tabelle 8 enthält die Resultate zum Gruppenvergleich zwischen den vier Institutionen bezüglich der ‚objektiven‘ Lebensqualität, welche mittels Chi-Quadrat-Verfahren berechnet wurden. Zur Abklärung der Frage, welche der Unterschiede zwischen den Institutionen zu einem signifikanten Ergebnis geführt haben, wurden ebenfalls Chi-Quadrat-Verfahren eingesetzt. Auch dazu werden die relevanten Ergebnisse nachfolgend beschrieben.

Tabelle 8 Chi-Quadrat-Gruppenvergleich der vier Institutionen ‚objektive‘ Lebensqualität (df=3)

	DCU separativ		3-W-K separativ		Ph-B separativ		IPA integrativ		p	v
	n	%	n	%	n	%	n	%		
<b>Physische Gesundheit</b>										
Sedativa	22	13.6	14	35.7	16	43.8	20	30.0	n.s.	.25
Antidepressiva	22	31.8	14	85.7	16	56.3	20	35.0	**	.41
Neuroleptika	22	40.9	14	42.9	16	75.0	20	20.0	*	.39
Analgetika	22	9.1	14	50.0	16	18.8	20	40.0	*	.36
Schlafmittel	22	9.1	14	14.3	16	0.0	20	5.0	n.s.	.19
Schmerzfrage	22	13.6	14	28.6	16	18.8	20	60.0	**	.41
Stürze	22	27.3	14	14.3	16	12.5	20	20.0	n.s.	.15
Anzahl FEM	22	9.1	14	7.1	16	6.3	20	35.0	*	.34

Anmerkung: DCU=Dementia Care Units; 3-W-K=3-Welten-Konzept; Ph-B= Ph-B=Phasengerechte Betreuung,; IPA=Integrativer Pflegeansatz; FEM=Freiheitseinschränkende Massnahmen; n=Stichprobengrösse; p=Signifikanzniveau: \*\* p<=0.01; \* p<=0.05; n.s.=nicht signifikant; v=Effektstärke (v>0.06=kleiner Effekt, v>0.17=mittlerer Effekt, v>0.29=grosser Effekt, bei df=3)

Bei der Beschreibung der Ergebnisse im Einzelnen werden zur besseren Lesbarkeit die Symbole (↓) und (↑) verwendet. Ein Pfeil nach unten weist auf einen tieferen, ein Pfeil nach oben auf einen höheren Wert hin.

**Physische Gesundheit**

*BESA-Stufe:*

Die Institutionen mit Phasengerechter Betreuung und Integrativem Pflegeansatz (↓) unterscheiden sich von Dementia Care Units (↑) signifikant. Die Pflegebedürftigkeit der Bewohnenden in den Institutionen mit Phasengerechter Betreuung und Integrativem Pflegeansatz ist tiefer als diejenige in der Institution mit Dementia Care Units. Der Unterschied zwischen Integrativem Pflegeansatz und Dementia Care Units wird im Scheffé-Test auf dem 10%-Niveau signifikant.

*Sedativa und Schlafmittel:*

Die Anzahl Bewohnende, welche Sedativa oder Schlafmittel bekommen, unterscheidet sich in den vier Institutionen nicht signifikant. Bei den Effektstärken von  $\nu=0.25$  (Sedativa) und  $\nu=0.19$  (Schlafmittel) handelt es sich um mittlere Effekte. In einer Nachfolgeuntersuchung mit einer grösseren Stichprobe könnten diese Effekte signifikant werden.

*Antidepressiva:*

Die Prozentwerte in den vier Institutionen unterscheiden sich signifikant. Die grössten Unterschiede liegen zwischen den Institutionen mit Dementia Care Units und Integrativem Pflegeansatz ( $\downarrow$ ) und der Institution mit Drei-Welten-Konzept ( $\uparrow$ ). In den post-hoc durchgeführten Einzelvergleichen werden beide Unterschiede signifikant. Somit nehmen in den Institutionen mit Dementia Care Units und Integrativem Pflegeansatz signifikant weniger Bewohnenden Antidepressiva ein als in der Institution mit Drei-Welten-Konzept.

*Neuroleptika:*

Die Prozentwerte in den vier Institutionen unterscheiden sich bezüglich der Anzahl verordneter Neuroleptika signifikant. Der grösste Unterschied liegt zwischen den Institutionen mit Integrativem Pflegeansatz und Dementia Care Units ( $\downarrow$ ) und der Institution mit Phasengerechter Betreuung ( $\uparrow$ ). Im Einzelvergleich werden diese beiden Differenzen signifikant. Der Unterschied zwischen Drei-Welten-Konzept ( $\downarrow$ ) und Phasengerechte Betreuung ( $\uparrow$ ) wird im Einzelvergleich auf dem 10%-Niveau signifikant. Das heisst, in den Institutionen mit Integrativem Pflegeansatz (20%), Dementia Care Units (40.9%) und 3-Welten-Konzept (42.9%) nehmen signifikant weniger Bewohnende Neuroleptika ein als in der Institution mit Phasengerechter Betreuung (75%).

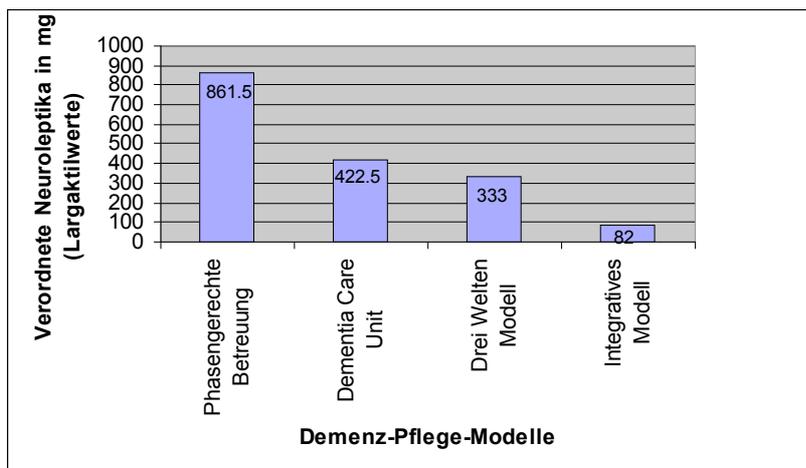


Abbildung 2 Verordnete Neuroleptika in den vier Institutionen in mg (Largaktiwerte) zu t1

Untersucht man die in Largaktiwerte (Strübi, 2002) umgerechneten verabreichten Dosen (und nicht nur die Anzahl Personen, welche Neuroleptika verordnet haben), so zeigt sich signifikante Unterschiedswerte zwischen zwei Modellen ( $F=3.167$ ,  $p=.029$ ). Das Modell der Phasengerechten Betreuung ( $M=47.86$ ,  $SD=81.25$ ,  $p=.034$ ) verabreicht auch in diesem Fall signifikant mehr Neuroleptika als das integrative Modell ( $M=6.16$ ,  $SD=15.27$ ).

Tabelle 9 Mittelwerte der verordneten Neuroleptika in den vier Modellen (t1)

	DCU		3-W-K		Ph-B		IPA	
	<i>n</i> *	<i>M</i> ( <i>SD</i> )	<i>n</i>	<i>M</i> ( <i>SD</i> )	<i>n</i>	<i>M</i> ( <i>SD</i> )	<i>n</i>	<i>M</i> ( <i>SD</i> )
Verordnete Neuroleptika	24	17.08(24.9)	14	23.78(36.6)	18	47.86(81.2)	24	6.16(15.2)

\* Die Grösse *n* bezieht sich auf die Stichprobengrösse und nicht auf die Anzahl Personen, welche Neuroleptika verordnet bekommen haben.

*Analgetika:*

Die Prozentwerte in den vier Institutionen unterscheiden sich signifikant. Der grösste Unterschied liegt zwischen den Institutionen mit Dementia Care Units und Phasengerechter Betreuung ( $\downarrow$ ) und der Institution mit 3-Welten-Konzept ( $\uparrow$ ). Im Einzelvergleich werden diese beiden Differenzen signifikant. In den Institutionen mit Dementia Care Units (9.1%) und Phasengerechter Betreuung (18.8%) nehmen signifikant weniger Bewohnende Analgetika ein als in der Institution mit Drei-Welten-Konzept (50%). Weiter wird im Einzelvergleich der Unterschied zwischen Dementia Care Units ( $\downarrow$ ) und Integrativem Pflegeansatz ( $\uparrow$ ) signifikant. Das heisst, in der Institution mit Dementia Care Units (9.1%) nehmen signifikant weniger Bewohnende Analgetika als in der Institution mit Integrativem Pflegeansatz (40%).

*Schmerzfrage:*

Dementia Care Units, Drei-Welten-Konzept und Phasengerechte Betreuung ( $\downarrow$ ) unterscheiden sich vom Integrativen Pflegeansatz ( $\uparrow$ ) signifikant. (Im Einzelvergleich wird der Unterschied zwischen Integrativem Pflegeansatz und Drei-Welten-Konzept nur auf dem 10%-Niveau signifikant). Das heisst, in den Institutionen mit Dementia Care Units (13.6%), 3-Welten-Konzept (28.6%) und Phasengerechter Betreuung (18.6%) berichten signifikant weniger Bewohnende, Schmerzen zu haben, als in der Institution mit Integrativem Pflegeansatz (60%).

*Stürze:*

Die Anzahl Bewohnende, welche in den letzten drei Monaten vor der ersten Erhebung gestürzt sind, unterscheiden sich in den vier Institutionen nicht signifikant. Mit der Effektstärke von  $v=0.15$  ist ein kleiner Effekt nachgewiesen.

*FEM (Freiheitseinschränkende Massnahmen):*

Die Institutionen mit Dementia Care Units, Drei-Welten-Konzept und Phasengerechter Betreuung ( $\downarrow$ ) unterscheiden sich vom Integrativen Pflegeansatz ( $\uparrow$ ) signifikant. In den Institutionen mit Dementia Care Units (9.1%), Drei-Welten-Konzept (7.1%) und Phasengerechter Betreuung (6.3%) haben signifikant weniger Bewohnende freiheitseinschränkende Massnahmen verordnet bekommen als in der Institution mit Integrativem Pflegeansatz (35%). Allerdings muss hier beachtet werden, dass wenige absolute FEM verordnet wurden (vgl. Tab. 10).

Tabelle 10 Anzahl und Arten freiheitseinschränkender Massnahmen (FEM) pro Pflegeinstitution (t1)

	DCU separativ $s = 22$		3-W-K separativ $s = 14$		Ph-B separativ $s = 16$		IPA integrativ $s = 20$	
	Anzl. FEM		Anzl. FEM		Anzl. FEM		Anzl. FEM	
Arten von FEM	$n$	%	$n$	%	$n$	%	$n$	%
Bettgitter	3	100%**	1	100%	1	100%	6	67%
Fixationstisch	0		0		0		2	22%
Zewidecke	0		0		0		1	11%
Anzahl Pers. mit FEM	3	14%*	1	7%	1	6%	9	45%

\* Prozentzahl der Personen, welche FEM haben. \*\* Prozentzahl der Art FEM

**Psychische Gesundheit***MDBF (Mehrdimensionaler Befindlichkeitsfragebogen) und NPI (Neuropsychiatric Inventory):*

Die vier Institutionen unterscheiden sich bezüglich des Mittelwertes aller drei MDBF-Dimensionen: Ruhe/Unruhe ( $F=0.95$ ,  $\eta^2=.04$ ,  $1-\beta=0.25$ ), gute/schlechte Stimmung ( $F=1.90$ ,  $\eta^2=.00$ ,  $1-\beta=.00$ ), Wachheit/Müdigkeit ( $F=0.78$ ,  $\eta^2=.03$ ,  $1-\beta=.21$ ) und bezüglich des Mittelwertes des NPI ( $F=0.87$ ,  $\eta^2=.04$ ,  $1-\beta=.23$ ) nicht signifikant. Die Effektstärken sind ausser bei MDBF gute/schlechte Stimmung ( $\eta^2=.00$ ) klein.

## Kognition

*Z-MMS (Zürcher Mini-Mental-Status):*

Das Drei-Welten-Konzept (↓) unterscheidet sich vom Integrativen Pflegeansatz (↑) signifikant. Der Z-MMS-Wert liegt bei den Bewohnenden in der Institution mit Integrativem Pflegeansatz ( $M=18.3$ ) signifikant höher und die kognitive Beeinträchtigung ist somit kleiner als in der Institution mit 3-Welten-Konzept ( $M=13.4$ ). Der Unterschied zu den Institutionen Dementia Care Units ( $M=14.6$ ) und Phasengerechter Betreuung ( $M=14.3$ ) wird jedoch nicht signifikant.

## Selbständigkeit

*ADL (Aktivitäten des täglichen Lebens):*

Obwohl die ANOVA ein signifikantes Resultat auf dem 5%-Niveau zeigte, gab der eher konservative Scheffé-Test bei den Einzelvergleichen nur einen Unterschied auf dem 10%-Niveau aus: Die Institution mit Integrativem Pflegeansatz (↓) unterscheidet sich von der Institution mit Dementia Care Units (↑). Der Mittelwert der ADL, ein Mass für die Selbständigkeit der Bewohnenden, ist in der Institution mit Integrativem Pflegeansatz ( $M=49.0$ ) tiefer als in der Institution mit Dementia Care Units ( $M=66.1$ ).

*Lebensraumdurchmesser:*

Auch hier ergab die ANOVA ein signifikantes Ergebnis, der Scheffé-Test zeigte eine Tendenz auf dem 10%-Niveau an: Die Institution mit Integrativem Pflegeansatz (↓) unterscheidet sich von der Institution mit Phasengerechter Betreuung (↑). Der Lebensraumdurchmesser ist in der Institution mit Integrativem Pflegeansatz ( $M=8.4$ ) geringer als in der Institution mit Phasengerechter Betreuung ( $M=11.8$ ).

## Soziale Beziehungen

*Soziales Verhalten:*

In Bezug auf das soziale Verhalten unterscheiden sich die Mittelwerte in den vier Institutionen bei einer kleinen Effektstärke von  $\eta^2=.03$  nicht signifikant.

## Vergleich Separativer versus Integrativer Pflegeansatz

Nachdem sich aufgrund der Vergleiche der vier Institutionen zum Teil eine Tendenz dahin gehend abzeichnete, dass sich die Separativen Pflegekonzepte vom Integrativen unterscheiden, stellte sich die Anschlussfrage nach einem Unterschied des Effekts der Pflegekonzepte zwischen den drei Institutionen mit einem Separativen und der Institution mit einem Integrativen Pflegeansatz. Hierfür wurde ein t-Test durchgeführt. Die Ergebnisse sind in Tabelle 11 zusammengefasst.

Tabelle 11 t-Test Gruppenvergleich separativ – integrativ ‚objektive‘ Lebensqualität ( $df=1$ )

	Separativ (DCU, 3-W-K, Ph-B)		Integrativ (IPA)		t	$\eta^2$
	n	M (SD)	n	M (SD)		
<b>Physische Gesundheit</b>						
BESA	52	3.7(0.5)	20	3.6(0.5)	1.39	.03
<b>Psychische Gesundheit</b>						
MDBF (Ruhe-Unruhe)	48	7.2(1.7)	19	7.1(1.6)	0.18	.00
MDBF (gute-schlechte Stim.)	48	7.9(1.8)	19	7.2(2.0)	1.40	.03
MDBF (Wachheit-Müdigkeit)	50	7.0(2.2)	20	6.7(2.4)	0.53	.00
NPI total	52	26.0(19.9)	20	20.2(17.7)	1.14	.02
<b>Kognition</b>	52					
Z-MMS	52	14.2(5.1)	20	18.3(3.7)	3.29**	.13
<b>Selbständigkeit</b>						
ADL	52	64.2(18.5)	20	49.0(26.4)	2.76**	.10
Lebensraumdurchmesser	49	10.8(4.0)	20	8.4(4.2)	2.23*	.07
<b>Soziale Beziehungen</b>						
Soziales Verhalten	52	14.8(4.8)	20	14.2(4.3)	0.55	.00

Anmerkung: DCU=Dementia Care Units; 3-W-K=3-Welten-Konzept; Ph-B=Phasengerechte Betreuung; IPA=Integrativer Pflegeansatz; BESA=Bewohnenden Einstufungs- und Abrechnungssystem; MDBF=Mehrdimensionaler Befindlichkeitsfragebogen; NPI=Neuropsychiatric Inventory; ADL=Activities of Daily Living; n=Stichprobengrösse; M=Mittelwert; SD=Standardabweichung; \*\*  $p<=0.01$ ; \*  $p<=0.05$ ;  $\eta^2$ =Effektstärke ( $\eta^2>0.01$ =kleiner Effekt,  $\eta^2>0.06$ =mittlerer Effekt,  $\eta^2>0.14$ =grosser Effekt)

Tabelle 12 enthält die Resultate zum Vergleich des separativen und des integrativen Pflegeansatzes bezüglich der ‚objektiven‘ Lebensqualität, welche mittels Chi-Quadrat-Verfahren gerechnet wurden.

Tabelle 12 Chi-Quadrat Gruppenvergleich separativ – integrativ *objektive Lebensqualität* ( $df=1$ )

	separativ (DCU, 3-W-K, Ph-B) $n=52$	integrativ (IPA) $n=20$		
	%	%	$p$	$v$
<b>Physische Gesundheit</b>				
Sedativa	28.8	30.0	n.s.	.01
Antidepressiva	53.8	35.0	n.s.	.17
Neuroleptika	51.9	20.0	*	.29
Analgetika	23.1	40.0	n.s.	.17
Schlafmittel	7.7	5.0	n.s.	.05
Schmerzfrage	19.2	60.0	**	.40
Stürze	19.2	20.0	n.s.	.01
Anzahl FEM	7.7	35.0	**	.34

Anmerkung: DCU=Dementia Care Units; 3-W-K=3-Welten-Konzept; Ph-B=Phasengerechte Betreuung; IPA=Integrativer Pflegeansatz; FEM=Freiheitseinschränkende Massnahmen;  $n$ =Stichprobengrösse;  $p$ =Signifikanzniveau: \*\*\*  $p<=0.001$ ; \*\*  $p<=0.01$ ; \*  $p<=0.05$ ; + $p<=0.1$ (zweiseitig); n.s.=nicht signifikant;  $v$ =Effektstärke ( $v>0.10$ =kleiner Effekt,  $v>0.30$ =mittlerer Effekt,  $v>0.50$ =grosser Effekt bei  $df=1$ )

Der Vergleich zwischen Separativem und Integrativem Pflegeansatz erbringt, wie schon der Vergleich zwischen den vier Institutionen, signifikante Unterschiede bezüglich *ADL (Activities of Daily Living)*, *Lebensraumdurchmesser*, *Anzahl FEM (Freiheitseinschränkende Massnahmen)* und der *Schmerzfrage*. Ebenso wird der *Z-MMS (Zürcher Mini-Mental-Status)* wieder signifikant. In Bezug auf die *Medikamente* unterscheidet sich der Separative vom Integrativem Ansatz nur in der Anzahl Bewohnende, welche Neuroleptika verordnet wurden. Folgend werden die Resultate einzeln berichtet:

### Physische Gesundheit

*BESA (Bewohnenden-Einstufungs- und Abrechnungssystem):*

Der Integrative ( $M=3.7$ ) und der Separative ( $M=3.6$ ) Pflegeansatz unterscheiden sich bezüglich des Mittelwertes der BESA-Stufe nicht signifikant ( $t=1.39$ ,  $\eta^2=0.03$ ,  $1-\beta=.23$ ).

*Sedativa und Schlafmittel:*

Die Prozentwerte zwischen Separativem und Integrativem Ansatz unterscheiden sich nicht signifikant. Die Effektstärken liegen mit  $v=.01$  (*Sedativa*) und  $v=.05$  (*Schlafmittel*) unterhalb des Wertes von  $v=.10$ , der bei einem Freiheitsgrad von  $df=1$  noch als kleiner Effekt gilt.

*Antidepressiva:*

Die Prozentwerte zwischen Separativem ( $\uparrow$ ) und Integrativem ( $\downarrow$ ) Ansatz unterscheiden sich in Bezug auf die Anzahl Bewohnenden, denen *Antidepressiva* verordnet wurde, nicht signifikant. Mit einer Effektstärke von  $v=.17$  liegt ein kleiner Effekt vor.

*Neuroleptika:*

Die Prozentwerte zwischen Separativem ( $\uparrow$ ) und Integrativem ( $\downarrow$ ) Ansatz unterscheiden sich in Bezug auf die Anzahl Bewohnenden, denen *Neuroleptika* verschrieben wurde, signifikant. In der Institution mit integriertem Pflegeansatz (20%) nimmt eine signifikant kleinere Zahl Bewohnenden *Neuroleptika* ein, als in den Institutionen mit separativem Pflegeansatz (51.9%).

*Analgetika:*

Die Prozentwerte zwischen Separativem ( $\downarrow$ ) und Integrativem ( $\uparrow$ ) Ansatz unterscheiden sich in Bezug auf die Anzahl Bewohnenden, welche *Analgetika* bekommen, nicht signifikant. Mit einer Effektstärke von  $v=.17$  liegt ein kleiner Effekt vor.

*Schmerzfrage:*

Die Prozentwerte zwischen Separativem ( $\downarrow$ ) und Integrativem ( $\uparrow$ ) Ansatz unterscheiden sich in Bezug auf die Anzahl Bewohnenden, welche angeben, *Schmerzen* zu haben, signifikant. In der Institution

mit Integrativem Pflegeansatz (60%) gibt eine signifikant höhere Zahl Bewohnenden an, *Schmerzen* zu haben als in den Institutionen mit Separativem Pflegeansatz (19.2%).

#### *Stürze:*

Die Prozentwerte zwischen Separativem und Integrativem Pflegeansatz unterscheiden sich in Bezug auf die Anzahl *Stürze* der Bewohnenden nicht signifikant. Mit einer Effektstärke von  $v=.01$  liegt auch kein Effekt vor.

#### *Anzahl FEM (Freiheitseinschränkende Massnahmen):*

Die Prozentwerte zwischen Separativem (↓) und Integrativem (↑) Pflegeansatz unterscheiden sich in Bezug auf die Anzahl FEM, welche den Bewohnenden verordnet wurden, signifikant. In den Institutionen mit Separativem Pflegeansatz (7.7%) werden signifikant weniger sturzverhindernde FEM angeordnet als in der Institution mit Integrativem Pflegeansatz (35%).

## Psychische Gesundheit

#### *MDBF (Mehrdimensionaler Befindlichkeitsfragebogen) und NPI (Neuropsychiatric Inventory):*

Separativer und Integrativer Pflegeansatz unterscheiden sich bezüglich des Mittelwertes aller drei MDBF-Dimensionen: *Ruhe/Unruhe* ( $t=0.18$ ,  $\eta^2=.00$ ,  $1-\beta=0.05$ ), *gute/schlechte Stimmung* ( $t=1.40$ ,  $\eta^2=.03$ ,  $1-\beta=0.28$ ), *Wachheit Müdigkeit* ( $t=0.53$ ,  $\eta^2=.00$ ,  $1-\beta=0.08$ ) und bezüglich des Mittelwertes des NPI ( $t=1.14$ ,  $\eta^2=.02$ ,  $1-\beta=0.20$ ) nicht signifikant. Bei der MDBF-Dimension *gute/schlechte Stimmung* und beim NPI-Wert zeigen sich kleine Effektstärken. Bei den MDBF-Dimensionen *Ruhe/Unruhe* und *Wachheit/Müdigkeit* liegen hingegen keine Effekte vor. Die Power ist allerdings nicht ausreichend, um diese Resultate abschliessend zu interpretieren.

## Kognition

#### *Z-MMS (Zürcher-Mini-Mental-Status):*

Der Separative ( $M=14.2$ ) und der Integrative ( $M=18.3$ ) Pflegeansatz unterscheiden sich bezüglich des Mittelwertes des Z-MMS signifikant. Die Bewohnenden der Institutionen mit separativem Pflegeansatz haben im Durchschnitt signifikant tiefere Z-MMS-Werte als die Bewohnenden in der Institution mit Integrativem Ansatz.

## Selbständigkeit

#### *ADL (Activities of Daily Living):*

Die Institutionen mit Separativem Pflegeansatz (↑) unterscheiden sich von der Institution mit Integrativem (↓) Pflegeansatz bezüglich der ADL signifikant. Durchschnittlich ist die Selbständigkeit der Bewohnenden in der Institution mit Integrativem Pflegeansatz ( $M=49.0$ ) signifikant kleiner als in den Institutionen mit Separativem Pflegeansatz ( $M=64.2$ ).

#### *Lebensraumdurchmesser:*

Die Institutionen mit Separativem Pflegeansatz (↑) unterscheiden sich von der Institution mit Integrativem (↓) Pflegeansatz bezüglich des *Lebensraumdurchmessers* signifikant. Der *Lebensraumdurchmesser* der Bewohnenden in den Institutionen mit Separativem Pflegeansatz ( $M=10.8$ ) ist durchschnittlich signifikant höher als in der Institution mit Integrativem ( $M=8.4$ ). Allerdings wurde nicht das gesamte Lebensrauminventar erhoben, sondern lediglich nach der weitesten Distanz, in welcher der Bewohnende sich von seinem Zimmer entfernt resp. deren Frequenz gefragt. Die Daten können deshalb nicht mit anderen Studien verglichen werden.

## Soziale Beziehungen

#### *Soziales Verhalten:*

In Bezug auf das soziale Verhalten unterscheiden sich die Mittelwerte zwischen Separativem und Integrativem Pflegeansatz nicht.

## Zusammenfassung der Ergebnisse

### Objektive Lebensqualität: Separativ versus Integrativ

Es fällt auf, dass sich auch hier Unterschiede in Bezug auf die sturzverhindernden *FEM (Freiheitseinschränkende Massnahmen)*, die *ADL (Activities of Daily Living)*, den *Lebensraumdurchmesser* und die *Schmerzfrage* zeigen. In allen vier Bereichen weisen die Resultate darauf hin, dass die Bewohnenden in der Institution mit Separativem Pflegeansatz durchschnittlich mit weniger freiheitseinschränkenden Massnahmen rechnen müssen, dass sie ein selbständigeres Leben führen (*ADL*), einen grösseren *Lebensraumdurchmesser* und weniger *Schmerzen* haben. Es stellt sich die Frage, ob diese Resultate in Beziehung zu setzen sind mit dem signifikant tieferen *Z-MMS-Werten* in den Institutionen mit Separativem Pflegeansatz.

Die Resultate bezüglich *Neuroleptika* zeigen auf, dass in der Institution mit Integrativem Pflegeansatz den Bewohnenden durchschnittlich weniger Dosen verabreicht werden. Bei den anderen *Medikamenten* zeigen sich hingegen keine Unterschiede.

### 6.1.2 Subjektive Lebensqualität

Ein weiteres Ziel der Untersuchung war es, den Effekt der Pflegekonzepte (UV) auf den subjektiven Aspekt der Lebensqualität zu untersuchen. In den durchgeführten Varianzanalysen (ANOVA) standen hier auf der Seite der abhängigen Variablen die Frage zur allgemeinen Lebenszufriedenheit und die Fragen zur Zufriedenheit mit den fünf Bereichen der bereichsspezifischen Lebensqualität. Folgende Abbildung gibt nochmals einen Überblick über das Untersuchungsdesign zur subjektiven Lebensqualität.

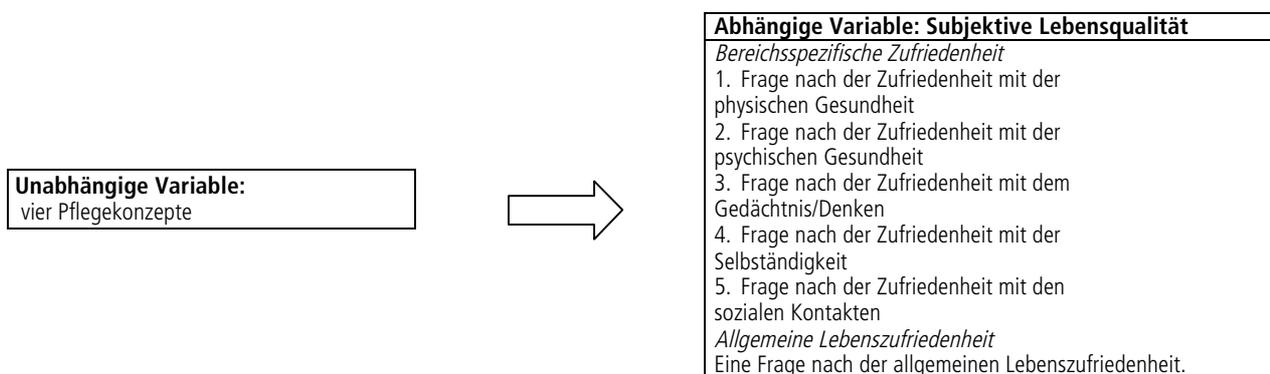


Abbildung 3 Subjektive Lebensqualität: Untersuchungsdesign

### Vergleich der vier Pflegekonzepte

Insgesamt beurteilten die Bewohnenden aller vier Institutionen ihre allgemeine Lebenszufriedenheit eher hoch. 65% bis 86% der Bewohnenden gaben an, zufrieden bis sehr zufrieden zu sein. Die Zufriedenheit in den fünf Bereichen der bereichsspezifischen Lebensqualität liegt etwas tiefer. Entsprechend klein sind auch die Unterschiede ausgefallen. Generell kann gesagt werden, dass der Vergleich zwischen den vier Institutionen in Bezug auf die subjektive Zufriedenheit der Bewohnenden bis auf eine Ausnahme keine signifikanten Ergebnisse erbrachte. In Tabelle 13 sind die Ergebnisse zusammengefasst.

Tabelle 13 Chi-Quadrat Gruppenvergleich der vier Institutionen *subjektive Lebensqualität* ( $df=3$ )

	DCU (separativ)		3-W-K (separativ)		Ph-B (separativ)		IPA (integrativ)		<i>p</i>	<i>v</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
<b>Allgemeine Lebenszufriedenheit</b>	17	77.3	13	61.5	15	86.7	20	65.0	n.s.	.21
<b>Bereichsspezifische Lebenszufriedenheit</b>										
Zufriedenheit mit physischer Gesundheit	20	55.0	12	66.7	15	93.3	19	63.2	+	.31
Zufriedenheit mit psychischer Gesundheit	20	55.0	13	61.5	14	57.1	19	42.1	n.s.	.15
Zufriedenheit mit Kognition	21	57.1	12	33.3	15	53.3	19	42.1	n.s.	.18
Zufriedenheit mit Selbständigkeit	20	60.0	12	83.3	15	60.0	18	50.0	n.s.	.23
Zufriedenheit mit sozialen Beziehungen	20	70.0	11	72.7	12	66.7	18	72.2	n.s.	.05

Anmerkung: DCU=Dementia Care Units; 3-W-K=3-Welten-Konzept; Ph-B=Phasengerechte Betreuung IPA=Integrativer Pflegeansatz; *n*=Stichprobengrösse; *p*=Signifikanzniveau: +*p*<=0.1 (zweiseitig); n.s.=nicht signifikant; *v*=Effektstärke (*v*>0.06=kleiner Effekt, *v*>0.17=mittlerer Effekt, *v*>0.29=grosser Effekt, bei  $df=3$ )

Das einzige Ergebnis, dass in der vorliegenden explorativen Studie auf dem Signifikanzniveau von 10% tendenziell interpretierbar ist, ist dasjenige zur *Zufriedenheit mit der körperlichen Gesundheit*. In den Einzelvergleichen a posteriori (Chi-Quadrat-Verfahren) ergab sich einerseits ein signifikanter Unterschied auf dem 5%-Niveau zwischen der Institution mit Phasengerechter Betreuung (↑) und den Institutionen mit Integrativem Pflegeansatz und Dementia Care Units (↓) und andererseits ein signifikanter Unterschied auf dem 10%-Niveau zum Drei-Welten-Konzept (↓).

Bezüglich der nicht-signifikanten Ergebnisse ist zu sagen, dass sich bei der Zufriedenheit mit sozialen Beziehungen ein Effekt unter  $v=.06$  ergab, was mit *kein Effekt* gleichzusetzen ist. Bei allen anderen Ergebnissen zur subjektiven Zufriedenheit zeigten sich mittlere (Allgemeine Lebenszufriedenheit  $v=.21$ , Zufriedenheit mit Kognition  $v=.18$ , Zufriedenheit mit Selbständigkeit  $v=.23$ ) oder kleine Effekte (Zufriedenheit mit psychischer Gesundheit  $v=.15$ ). Die Tatsache, dass diese Effekte zu keinem signifikanten Resultat geführt haben, kann somit vermutlich auf die Stichprobengrösse zurückgeführt werden.

### Vergleich Separativer versus Integrativer Pflegeansatz

Tabelle 14 Chi-Quadrat Gruppenvergleich Separativ – Integrativ *subjektive Lebensqualität* ( $df=1$ )

	separativ (DCU, 3-W-K, Ph-B)		integrativ (IPA)		<i>p</i>	<i>v</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
<b>Allgemeine Lebenszufriedenheit</b>	50	76.0	20	65.0	n.s.	.11
<b>Bereichsspezifische Lebenszufriedenheit</b>						
Zufriedenheit mit physischer Gesundheit	47	70.2	19	63.2	n.s.	.07
Zufriedenheit mit psychischer Gesundheit	47	57.4	19	42.1	n.s.	.14
Zufriedenheit mit Kognition	48	50.0	19	42.1	n.s.	.07
Zufriedenheit mit Selbständigkeit	47	66.0	18	50.0	n.s.	.15
Zufriedenheit mit sozialen Beziehungen	43	69.8	18	72.2	n.s.	.03

Anmerkung: DCU=Dementia Care Units; 3-W-K=3-Welten-Konzept; Ph-B=Phasengerechte Betreuung IPA=Integrativer Pflegeansatz; *n*=Stichprobengrösse; n.s.=nicht signifikant; *v*=Effektstärke (*v*>0.10=kleiner Effekt, *v*>0.30=mittlerer Effekt, *v*>0.50=grosser Effekt bei  $df=1$ )

Der Vergleich der Zufriedenheitsindikatoren beim Integrativen versus Separativen Pflegeansatz ergibt keine signifikanten Ergebnisse (vgl. Tabelle 14). Es liegen keine oder kleine Effekte vor.

Mittels nachfolgender Tabelle wurde versucht, die Einzelvergleiche zu einem Gesamtfaktor ‚Lebensqualität‘ zusammenzuführen. Es wurden dazu alle signifikanten Unterschiede zwischen den Pflegekonzepten und ihren Wirkungsrichtungen aufgeführt und als positive resp. negative Auswirkung auf die Lebensqualität gewertet. Dass dieses Verfahren nicht unproblematisch ist, liegt insofern auf der Hand, als damit alle Indikatoren gleichermassen gewichtet werden. Gleichzeitig erleichtert diese Aufstellung jedoch einen Überblick über die Teilbefunde und lässt einen klaren Trend erkennen.

Tabelle 15 Signifikante Unterschiede zwischen den vier Demenz-Pflege-Modellen bezüglich der Lebensqualität (LQ) der Bewohnenden (t1)

	DCU separativ n = 22		3-W-K separativ n = 14		Ph-B separativ n = 16		IPA integrativ n = 20	
	Signif. Δ *	Wertung	Signif. Δ	Wertung	Signif. Δ	Wertung	Signif. Δ	Wertung
<b>Objektive LQ</b>								
Physische Gesundheit:								
- BESA	↑.....	-.....	.....	.....	↓.....	+.....	↓.....	+
- Medikation	3↓.....	+ + +.....	2↑/1↓...	+ - -.....	1↑/1↓...	+ -.....	1↑/2↓...	+ + -
- Schmerzen	↓.....	+.....	↓.....	+.....	↓.....	+.....	↑.....	-
- Stürze	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
- FEM**	↓.....	+.....	↓.....	+.....	↓.....	+.....	↑.....	-
Psychische Gesundheit	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
Kognition	.....	.....	↓.....	-.....	.....	.....	↑.....	+
Selbständigkeit:								
- ADL	↑.....	+.....	.....	.....	.....	.....	↓.....	-
- Lebensraumdurchmesser	.....	.....	.....	.....	↑.....	+.....	↓.....	-
Sozialverhalten	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
<b>Subjektive LQ</b>								
Zufr. mit körperl. Ges.***	↓.....	-.....	↓.....	-.....	↑.....	+.....	↓.....	-
Total Wertungen	6+/2-		3+/4-		6+/1-		4+/6-	
<b>Vergleich separativ – integrativ ****</b>			Ø 5+/2.3-				4+/6-	

\*Signifikante Unterschiede zwischen den Modellen \*\*FEM = Freiheitseinschränkende Massnahmen \*\*\* Zufriedenheit mit der körperlichen Gesundheit \*\*\*\* Durchschnittswerte der drei separativen Modelle

Die Phasengerechte Betreuung schneidet in diesem Fall mit sechs positiven signifikant besseren Lebensqualitätsindikatoren und einer Negativwertung am Besten ab. Dicht gefolgt von den Dementia Care Units mit sechs positiven und zwei negativen Indikatoren. Das Drei-Welten-Konzept hat mit drei positiven und vier negativen Indikatoren eine leicht negative Bilanz, der Integrative Ansatz mit vier positiven und sechs negativen eine noch etwas negativere. Wenn man diese Aufrechnung als zulässig betrachtet, könnte man in diesem Fall darauf schliessen, dass die Bewohnenden der Phasengerechten Betreuung und die Bewohnenden der Dementia Care Unit über die beste Lebensqualität verfügen.

Im Gesamtvergleich führen die Separativen Ansätze zu mehr positiven Effekten auf die Lebensqualität als der Integrative (Durchschnittswerte).

## 5.2 Arbeitszufriedenheit der Pflegemitarbeitenden

Ein weiteres Ziel der Untersuchung war es, herauszufinden, ob und inwieweit die vier Pflegekonzepte mit der *Arbeitszufriedenheit* der Pflegepersonen von Bewohnenden mit einer kognitiven Beeinträchtigung in Zusammenhang stehen. Dazu wurden in einem ersten Schritt mittels ANOVA-Verfahren ein-faktorielle Varianzanalysen mit den Pflegekonzepten (1-4) als unabhängige Variable und den Testergebnissen zu den fünf Dimensionen des *Fragebogens zum Arbeitsfeld der Pflegemitarbeiter in der Psychiatrie (FAPP)*, der Stressskala des *Zürcher Lebensqualitätsinventars (ZLQI)*, der *emotionalen Belastung* gemäss *Neuropsychiatric Inventory (NPI)* und der *institutions- und berufsspezifischen Fragen* als jeweils abhängige Variablen durchgeführt (siehe dazu Abb. 4). Die Einzelvergleiche wurden mittels Scheffé-Test gerechnet.

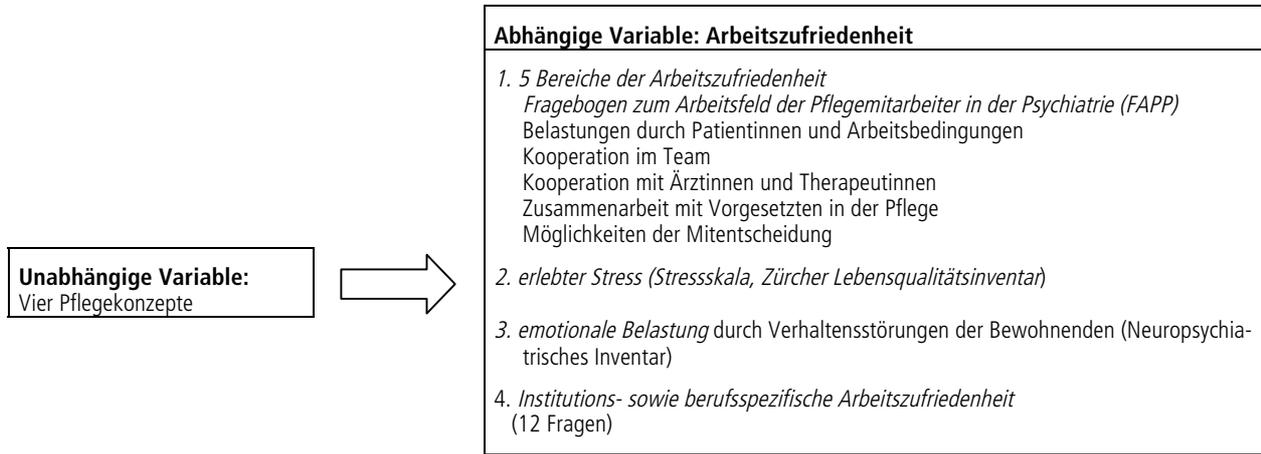


Abbildung 4 Untersuchungsdesign Arbeitszufriedenheit

Da die Stichprobengrösse des 3-Welten-Konzepts sehr klein ausgefallen ist (fünf Personen) und die Resultate der Varianzanalyse möglicherweise stark beeinflusst hat, wurde in einem zweiten Schritt zusätzlich ein Vergleich der restlichen drei Gruppen angestellt. Diese Massnahme bewirkt, dass die bereits gefundenen Effekte grösser ausfallen. Es werden jedoch keine zusätzlichen signifikanten Ergebnisse erzielt. In einem dritten Analyseschritt wurde mit dem t-Test die Anschlussfrage geprüft, ob hinsichtlich der Arbeitszufriedenheit ein Unterschied zwischen den drei Institutionen mit Separativem und der Institution mit Integrativem Pflegeansatz besteht.

Nachfolgend werden die Ergebnisse in der Reihenfolge der oben genannten abhängigen Variablen tabellarisch dargestellt, anschliessend beschrieben und zusammengefasst. Wie bei der Beschreibung der Ergebnisse zur Lebensqualität werden zur besseren Lesbarkeit wiederum die Symbole (↓) und (↑) verwendet. Ein Pfeil nach unten weist auf einen tieferen, ein Pfeil nach oben auf einen höheren Wert hin. Allgemein weisen tiefe Werte auf eine tiefe und hohe Werte auf eine hohe Arbeitszufriedenheit hin. Ausgenommen von dieser Regel sind sowohl der erlebte Stress, als auch die emotionale Belastung. In diesem Fall entspricht bspw. ein hoher Wert einem hohen Stressfaktor, resp. einer hohen emotionalen Belastung, womit eher eine tiefe Zufriedenheit einhergeht.

### 5.2.1 Arbeitsfeld

Die Antworten zum Arbeitsfeld der Pflegepersonen wurden mittels *Fragebogen zum Arbeitsfeld der Pflegemitarbeiter in der Psychiatrie (FAPP)* erhoben.

#### Vergleich der vier Pflegekonzepte

Tabelle 16 ANOVA Gruppenvergleich der vier Institutionen FAPP (df=3)

	DCU separativ		3-W-K separativ		Ph-B separativ		IPA integrativ		F	$\eta^2$
	n	M (SD)	n	M (SD)	n	M (SD)	n	M (SD)		
<b>Arbeitszufriedenheit</b>										
<b>FAPP:</b>										
1. Dim.: Belastungen durch PatientInnen und Arbeitsbedingungen	17	80.2(11.1)	3	68.7(10.1)	16	75.8 (9.1)	15	62.2(10.5)	8.90***	.36
2. Dim.: Kooperation im Team	18	35.6 (4.6)	5	32.6 (2.3)	16	29.8 (7.8)	17	29.6 (6.9)	3.50*	.17
3. Dim.: Kooperation mit Ärzten und TherapeutInnen	17	50.1 (6.7)	5	50.0(10.3)	13	50.9 (3.9)	16	43.6 (7.4)	3.74*	.19
4. Dim.: Zusammenarbeit mit Vorgesetzten in der Pflege	18	37.0 (3.2)	5	31.8 (9.5)	16	31.8 (5.6)	17	33.8 (4.2)	3.54*	.17
5. Dim.: Möglichkeiten der Mitentscheidung	18	16.1 (1.3)	5	14.0 (1.2)	16	14.8 (3.3)	17	14.9 (1.7)	1.88+	.10

Anmerkung: FAPP=Fragebogen zum Arbeitsfeld der Pflegemitarbeiter in der Psychiatrie von Laubach et.al; DCU=Dementia Care Units; 3-W-K=3-Welten-Konzept; Ph-B=Phasengerechte Betreuung; IPA=Integrativer Pflegeansatz; n=Stichprobengrösse; M=Mittelwert; SD=Standardabweichung; F=F-Wert;  $\eta^2$  =Effekstärke ( $\eta^2 >0.01$ =kleiner Effekt,  $\eta^2 >0.06$ =mittlerer Effekt,  $\eta^2 >0.14$ =grosser Effekt); \*\*\*  $p < .001$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*  $p < .05$ ; +  $p < .10$  (zweiseitig)

Wie aus Tabelle 16 hervorgeht, treten bei den Dimensionen eins bis vier des *FAPP* signifikante Gruppenunterschiede auf. Bei der fünften Dimension ist das Ergebnis bei einer mittleren Effektstärke ( $F=1.88$ ;  $\eta^2=.10$ ,  $1-\beta=.46$ ) lediglich auf dem 10%-Niveau signifikant. Die Effektstärken der Dimensionen eins bis vier sind mittel bis gross. Somit besteht ein Zusammenhang zwischen dem Pflegekonzept und der mittels *FAPP* eingeschätzten Arbeitszufriedenheit der Pflegepersonen. Der post hoc-Test von Scheffé lässt folgende signifikante Einzelunterschiede erkennen:

1. Dimension: *Belastungen durch PatientInnen und Arbeitsbedingungen*

Die Institution mit Integrativem Pflegeansatz (↓) unterscheidet sich von der Institution mit Dementia Care Units und der Institution mit Phasengerechter Betreuung (↑). Das heisst, die Werte der Pflegepersonen der Institution mit einem Integrativen Pflegeansatz liegen signifikant tiefer als jene der Pflegepersonen der Institutionen mit Dementia Care Units und Phasengerechter Betreuung. Ein tieferer Wert bedeutet eine höhere, durch die Bewohnenden und Arbeitsbedingungen verursachte Belastung.

2. Dimension: *Kooperation im Team*

Die Institution mit Integrativem Pflegeansatz (↓) unterscheidet sich auf dem 10%-Niveau von der Institution mit Dementia Care Units (↑). Die Zufriedenheit in Bezug auf *die Kooperation im Team* wird tendenziell von den Pflegepersonen in der Institution mit einem Integrativen Pflegeansatz signifikant tiefer eingeschätzt als dies die Pflegepersonen der Institution mit Dementia Care Units tun.

3. Dimension: *Kooperation mit Ärzten und Therapeuten*

Die Institution mit Integrativem Pflegeansatz (↓) unterscheidet sich von der Institution mit Dementia Care Units und der Institution mit Phasengerechter Betreuung (↑) auf dem 10%-Niveau. Dieser Unterschied weist darauf hin, dass die Pflegepersonen in der Institution mit einem Integrativen Pflegeansatz im Vergleich zu den Pflegepersonen der Institution mit Dementia Care Units und Phasengerechter Betreuung mit der *Kooperation mit Ärzten und Therapeuten* weniger zufrieden sind.

4. Dimension: *Zusammenarbeit mit Vorgesetzten in der Pflege*

Die Institution mit Phasengerechter Betreuung (↓) unterscheidet sich signifikant von der Institution mit Dementia Care Units (↑). Dieses Resultat besagt, dass die Pflegepersonen der Institution mit Dementia Care Units mit der Zusammenarbeit mit Vorgesetzten zufriedener sind und sich in diesem Punkt von den Pflegepersonen der Institution mit Phasengerechter Betreuung signifikant unterscheiden. Die Institution mit Integrativem Pflegeansatz erreicht dabei den zweithöchsten Wert.

5. Dimension: *Möglichkeiten der Mitentscheidung*

Die Institution mit Dementia Care Units (↑) unterscheidet sich in der Tendenz von den anderen drei Institutionen (↓). Die Resultate der Einzelvergleiche fallen nicht signifikant aus, dienen jedoch trotzdem als Hinweis. Es kann gesagt werden, dass die Pflegepersonen in der Institution mit Dementia Care Units ihre Zufriedenheit in Bezug auf die *Möglichkeit der Mitentscheidung* bei der Arbeit im Vergleich zu den anderen Institutionen tendenziell höher einschätzen.

## Vergleich Separativer versus Integrativer Pflegeansatz

Tabelle 17 ist zu entnehmen, dass sich die zentralen Tendenzen der zwei Gruppen bezüglich der ersten und dritten Dimension des *FAPP* hoch signifikant unterscheiden. Bei der zweiten Dimension erreicht der Unterschied das Signifikanzniveau von 10%. In allen drei Fällen liegt der Mittelwert der Daten der Separativen Pflegekonzepte höher als jener des Integrativen Pflegekonzepts.

Tabelle 17 t-Test Gruppenvergleich separativ – integrativ *FAPP* ( $df=1$ )

	separativ (DCU, 3-W-K, Ph-B)		integrativ (IPA)		<i>t</i>	$\eta^2$
	<i>n</i>	<i>M</i> ( <i>SD</i> )	<i>n</i>	<i>M</i> ( <i>SD</i> )		
<b>Arbeitszufriedenheit</b>						
<b>FAPP:</b>						
1. Dim.: Belastungen durch PatientInnen und Arbeitsbedingungen	36	77.3 (10.5)	15	62.2 (10.5)	4.69***	.31
2. Dim.: Kooperation im Team	39	32.8 (6.5)	17	29.6 (6.9)	1.69+	.05
3. Dim.: Kooperation mit Ärzten und Therapeuten	35	50.4 (6.3)	16	43.6 (7.4)	.34***	.20
4. Dim.: Zusammenarbeit mit Vorgesetzten in der Pflege	39	34.2 (5.8)	17	33.8 (4.2)	.28	.00
5. Dim.: Möglichkeiten der Mitentscheidung	39	15.3 (2.4)	17	14.9 (1.7)	.61	.01

Anmerkung: *FAPP*=Fragebogen zum Arbeitsfeld der Pflegemitarbeiter in der Psychiatrie von Laubach et.al; DCU=Dementia Care Units; 3-W-K=3-Welten-Konzept; Ph-B=Phasengerechte Betreuung; IPA=Integrativer Pflegeansatz; *n*=Stichprobengrösse; *M*=Mittelwert; *SD*=Standardabweichung; *t*=*t*-Wert;  $\eta^2$  =Effekstärke ( $\eta^2 > 0.01$ =kleiner Effekt,  $\eta^2 > 0.06$ =mittlerer Effekt,  $\eta^2 > 0.14$ =grosser Effekt); \*\*\*  $p < .001$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*  $p < .05$ ; +  $p < .10$  (zweiseitig)

Dieses Resultat bedeutet, dass die Zufriedenheit der Pflegepersonen mit Integrativem Pflegekonzept in Bezug auf die *Belastungen durch Bewohnenden und Arbeitsbedingungen*, die *Kooperation im Team*, sowie *mit Ärzten und Therapeuten*, sich signifikant von den anderen unterscheidet und jeweils tiefer eingeschätzt wird. Die Pflegepersonen mit Integrativem Pflegeansatz sind bezüglich der ersten Dimension des *FAPP* unzufriedener an ihrem Arbeitsplatz.

### 5.2.3 Erlebter Stress

Der erlebte Stress während der Arbeit wurde mittels der Stressskala aus dem Zürcher Lebensqualitätsinventar (ZLQI) erhoben.

#### Vergleich der vier Pflegekonzepte

Tabelle 18 ANOVA Gruppenvergleich der vier Institutionen Stressskala (ZLQI), ( $df=3$ )

	DCU separativ		3-W-K separativ		Ph-B separativ		IPA integrativ		<i>F</i>	$\eta^2$
	<i>n</i>	<i>M</i> ( <i>SD</i> )	<i>n</i>	<i>M</i> ( <i>SD</i> )	<i>n</i>	<i>M</i> ( <i>SD</i> )	<i>n</i>	<i>M</i> ( <i>SD</i> )		
<b>Stressskala (ZLQI)</b>										
	17	12.7 (6.0)	4	17.0 (4.7)	15	14.4 (5.2)	15	16.4 (6.6)	1.36	.08

Anmerkung: ZLQI=Zürcher Lebensqualitätsinventar; DCU=Dementia Care Units; 3-W-K=3-Welten-Konzept; Ph-B=Phasengerechte Betreuung; IPA=Integrativer Pflegeansatz; *n*=Stichprobengrösse; *M*=Mittelwert; *SD*=Standardabweichung; *F*=*F*-Wert;  $\eta^2$  =Effekstärke ( $\eta^2 > 0.01$ =kleiner Effekt,  $\eta^2 > 0.06$ =mittlerer Effekt,  $\eta^2 > 0.14$ =grosser Effekt); \*\*\*  $p < .001$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*  $p < .05$ ; +  $p < .10$  (zweiseitig)

In der Beurteilung des *erlebten Stresses* während der Arbeit treten bei einer mittleren Effekstärke keine signifikanten Gruppenunterschiede auf ( $F=1.36$ ,  $\eta^2=.08$ ,  $1-\beta=.34$ ). Betrachtet man die Mittelwerte in Tabelle 18, so wird der Stress unabhängig vom Pflegekonzept als eher tief (max. Punktzahl Stressskala = 60 Punkte) eingeschätzt.

#### Vergleich Separativer versus Integrativer Pflegeansatz

Tabelle 19 t-Test Gruppenvergleich separativ – integrativ Stressskala (ZLQI), ( $df=1$ )

	separativ (DCU, 3-W-K, Ph-B)		integrativ (IPA)		<i>t</i>	$\eta^2$
	<i>n</i>	<i>M</i> ( <i>SD</i> )	<i>n</i>	<i>M</i> ( <i>SD</i> )		
<b>Stressskala (ZLQI)</b>						
	36	13.8 (5.6)	15	16.4 (6.6)	1.42	.04

Anmerkung: ZLQI=Zürcher Lebensqualitätsinventar; DCU=Dementia Care Units; 3-W-K=3-Welten-Konzept; Ph-B=Phasengerechte Betreuung; IPA=Integrativer Pflegeansatz; *n*=Stichprobengrösse; *M*=Mittelwert; *SD*=Standardabweichung; *t*=*t*-Wert;  $\eta^2$  =Effekstärke ( $\eta^2 > 0.01$ =kleiner Effekt,  $\eta^2 > 0.06$ =mittlerer Effekt,  $\eta^2 > 0.14$ =grosser Effekt); \*\*\*  $p < .001$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*  $p < .05$ ; +  $p < .10$  (zweiseitig)

Tabelle 19 zeigt folgendes Ergebnis: Es liegen keine signifikanten Gruppenunterschiede vor. Der Mittelwert des erlebten Stresses der Pflegepersonen der Institution mit Integrativem Pflegeansatz liegt zwar mit 16.4 Punkten knapp 2.6 Punkte höher als jener der Pflegepersonen mit einem separativen Pflegekonzept (13.8 Punkte), diese Differenz ist aber nicht signifikant ( $t=1.42$ ,  $\eta^2=.04$ ,  $1-\beta=.29$ ).

### 5.2.4 Emotionale Belastung

Die durch die Verhaltensstörungen der Bewohnenden verursachte emotionale Belastung wurde anhand des *Neuropsychiatric Inventory* (NPI) erhoben und fand im Rahmen des Fragebogens Teil A (siehe Anhang Nussbaumer & Lienhard, 2004) – bei der Beurteilung der Bezugsperson – statt.

#### Vergleich der vier Pflegekonzepte

Tabelle 20 ANOVA Gruppenvergleich der vier Institutionen emotionale Belastung (NPI), (df=3)

Emotionale Belastung	DCU separativ		3-W-K separativ		Ph-B separativ		IPA integrativ		F	$\eta^2$
	n	M (SD)	n	M (SD)	n	M (SD)	n	M (SD)		
	22	10.9(10.0)	14	14.7 (7.4)	16	8.6 (6.8)	20	7.6 (5.6)	2.66+	.11

Anmerkung: NPI=Neuropsychiatric Inventory; DCU=Dementia Care Units; 3-W-K=3-Welten-Konzept; Ph-B=Phasengerechte Betreuung; IPA=Integrativer Pflegeansatz; n=Stichprobengrösse; M=Mittelwert; SD=Standardabweichung; F=F-Wert;  $\eta^2$  =Effektstärke ( $\eta^2 >0.01$ =kleiner Effekt,  $\eta^2 >0.06$ =mittlerer Effekt,  $\eta^2 >0.14$ =grosser Effekt); \*\*\*  $p<=.001$ ; \*\*  $p<=.01$ ; \*  $p<=.05$ ; +  $p<=.10$  (zweiseitig)

Das Resultat der Varianzanalyse (siehe Tab. 20) zeigt einen signifikanten Gruppenunterschied auf dem 10%-Niveau. Im Einzelvergleich wird dieses Resultat durch einen Unterschied zwischen der Institution mit 3-Welten-Konzept (↑) und der Institution mit Integrativem Pflegeansatz (↓) geklärt ( $p<0.1$ ). Dies sagt aus, dass in der Einschätzung der emotionalen Belastung, die durch die Verhaltensstörungen der Bewohnenden verursacht wird, zwischen der Institution mit dem 3-Welten-Konzept und jener mit Integrativem Pflegeansatz in der Tendenz ein Unterschied besteht. Die Pflegepersonen der erstgenannten Institution fühlen sich stärker emotional belastet. Der Mittelwert der Institution mit Phasengerechter Betreuung liegt lediglich einen Punkt höher als jener der Institution mit Integrativem Pflegeansatz, unterscheidet sich aber in den Einzelvergleichen nicht signifikant. Da eine mittlere Effektstärke vorliegt ( $\eta^2=.11$ ), wäre die Untersuchung einer grösseren Stichprobe für ein definitive Interpretation nötig.

#### Vergleich Separativer versus Integrativer Pflegeansatz

Tabelle 21 t-Test Gruppenvergleich separativ – integrativ emotionale Belastung (NPI) (df=1)

Emotionale Belastung	separativ (DCU, 3-W-K, Ph-B)		integrativ (IPA)		t	$\eta^2$
	n	M (SD)	n	M (SD)		
	52	11.2 (8.6)	20	7.6 (5.6)	1.75+	.04

Anmerkung: NPI=Neuropsychiatric Inventory; DCU=Dementia Care Units; 3-W-K=3-Welten-Konzept; Ph-B=Phasengerechte Betreuung; IPA=Integrativer Pflegeansatz; n=Stichprobengrösse; M=Mittelwert; SD=Standardabweichung; t=t-Wert;  $\eta^2$  =Effektstärke ( $\eta^2 >0.01$ =kleiner Effekt,  $\eta^2 >0.06$ =mittlerer Effekt,  $\eta^2 >0.14$ =grosser Effekt); \*\*\*  $p<=.001$ ; \*\*  $p<=.01$ ; \*  $p<=.05$ ; +  $p<=.10$  (zweiseitig)

Auf dem Signifikanzniveau von 10% wird beim Vergleich Separativer versus Integrativer Pflegeansatz ein Unterschied zwischen den zwei Gruppen angezeigt (siehe Tab. 21). Die Pflegepersonen, welche in einer Institution mit einem Separativen Pflegekonzept arbeiten, schätzen ihre emotionale Belastung, höher ein. Der Mittelwertsunterschied beträgt 3.6 Punkte. Auch hier bleibt zu sagen, dass die Mittelwerte bei einer grossen Standardabweichung allgemein tief ausfallen (zw. 7.5 und 11.2 Punkten von max. 60 möglichen Punkten).

Die Pflegepersonen scheinen im Mittel aufgrund der Verhaltensstörungen der Bewohnenden emotional nicht stark belastet zu sein. Gleichzeitig ergeben sich jedoch relativ grosse Standardabweichungen, welche uns auf eine grosse Streuung der Werte hinweisen.

## 5.2.5 Institutionsspezifische Zufriedenheit

### Vergleich der vier Pflegekonzepte

Tabelle 22 ANOVA Gruppenvergleich vier Institutionen *institutionsspezifische Fragen* ( $df=3$ )

Fragen	DCU		3-W-K		Ph-B		IPA		F	$\eta^2$
	n	M (SD)	n	M (SD)	n	M (SD)	n	M (SD)		
48. Diskussion neg. Gefühle	18	4.6 (1.5)	5	3.4 (1.3)	16	4.2 (1.8)	17	4.7 (1.5)	1.09	.06
49. Demenzspez. Weiterbildung	18	3.7 (1.8)	5	4.8 (1.3)	16	5.0 (1.5)	17	3.6 (1.5)	2.92*	.14
50. Pflegekonzept der Institution	18	5.1 (0.8)	5	5.6 (0.6)	16	5.4 (0.5)	17	3.1 (1.3)	23.10***	.57
51. Supervision und Teambegleitung	18	4.5 (1.5)	5	4.2 (1.3)	16	4.6 (1.5)	17	5.0 (0.9)	.67	.04
52. Führung Pflegezentrum	18	5.1 (0.7)	5	5.6 (0.6)	16	5.0 (0.8)	17	5.1 (0.7)	.90	.05
53. Infragestellung der Professionalität	18	5.2 (1.0)	5	5.2 (1.3)	16	5.5 (0.6)	17	4.5 (1.3)	2.30+	.12

Anmerkung: DCU=Dementia Care Units; 3-W-K=3-Welten-Konzept; Ph-B=Phasengerechte Betreuung; IPA=Integrativer Pflegeansatz; n=Stichprobengrösse; M=Mittelwert; SD=Standardabweichung; F=F-Wert;  $\eta^2$ =Effektstärke ( $\eta^2>0.01$ =kleiner Effekt,  $\eta^2>0.06$ =mittlerer Effekt,  $\eta^2>0.14$ =grosser Effekt); \*\*\*  $p<=.001$ ; \*\*  $p<=.01$ ; \*  $p<=.05$ ; +  $p<=.10$  (zweiseitig)

Die Zufriedenheit des Pflegepersonals mit der Institution wurde mittels sechs Fragen im Rahmen des Fragebogens Teil B (Fragen 48-53, siehe Anhang Nussbaumer & Lienhard, 2004) erhoben.

Tabelle 22 ist Folgendes zu entnehmen: Bei den Fragen 48 zur *Diskussion negativer Gefühle* ( $F=1.09$ ,  $\eta^2=.06$ ,  $1-\beta=.28$ ), 51 zu *Supervision und Teambegleitung* ( $F=.67$ ,  $\eta^2=.04$ ,  $1-\beta=.18$ ) und 52 zur *Führung des Pflegezentrums* ( $F=.90$ ,  $\eta^2=.05$ ,  $1-\beta=.23$ ) treten keine signifikanten Unterschiede auf. Die *Diskussion negativer Gefühle* ist unabhängig vom Pflegekonzept in allen Institutionen möglich, *Supervision und Teambegleitung* würde begrüsst werden und mit der *Führung der Institutionen* sind die Pflegepersonen zufrieden.

Bei der Frage 49 zur *demenzspezifischen Weiterbildung* zeigt sich im Ergebnis der Varianzanalyse ein signifikanter Unterschied ( $F=2.92$ ,  $\eta^2=.14$ ). Der Einzelvergleich zwischen der Institution mit Integrativem Pflegeansatz (↓) und der Institution mit Phasengerechter Betreuung (↑) beschreibt einen Unterschied lediglich auf dem 10%-Niveau. Dieses Ergebnis dient als Hinweis, dass die Pflegepersonen der Institution mit Phasengerechter Betreuung das Angebot demenzspezifischer Weiterbildungen ( $M=5.0$ ) im Vergleich zu den Pflegepersonen mit Integrativem Pflegeansatz ( $M=3.6$ ) als ausreichender einschätzen.

Bei der Frage 50 zum *Pflegekonzept der Institution* ergibt sich ein hoch signifikantes Ergebnis ( $F=23.10$ ,  $\eta^2=.57$ ). Die Einzelvergleiche zeigen, dass sich die Institution mit Integrativem Pflegeansatz (↓) von allen anderen Gruppen (↑) sehr signifikant unterscheidet. Somit unterscheiden sich die Pflegepersonen der Institution mit Integrativem Pflegeansatz in ihrer Überzeugung in Bezug auf das Pflegekonzept signifikant von allen anderen. Der tiefere Mittelwert ( $M=3.1$ ) bedeutet, dass das Pflegepersonal der Institution mit dem Integrativem Pflegeansatz im Durchschnitt von ihrem Pflegekonzept eher nicht überzeugt sind. Das Pflegepersonal der anderen drei Institutionen ist im Durchschnitt von ihrem Pflegekonzept beinahe vollständig überzeugt ( $M=5.1-5.6$ )

Wird dem auf dem 10%-Niveau signifikanten Resultat der Frage 53 zur *Infragestellung der Professionalität* nachgegangen ( $F=2.30$ ,  $\eta^2=.12$ ), so stösst man bei den Einzelvergleichen auf einen auf dem 10%-Niveau signifikanten Unterschied zwischen der Institution mit Integrativem Pflegeansatz (↓) und der Institution mit Phasengerechter Betreuung (↑). Die Professionalität der Pflegepersonen in Bezug auf Demenzerkrankungen wird in der Tendenz von den Angehörigen in der Institution mit

Integrativem Pflegeansatz mehr in Frage gestellt als in der Institution mit Phasengerechter Betreuung.

### Vergleich Separativer versus Integrativer Pflegeansatz

Tabelle 23 t-Test Gruppenvergleich separativ – integrativ *institutionsspezifische Fragen* ( $df=1$ )

Fragen	Separativ (DCU, 3-W-K, Ph-B)		Integrativ (IPA)		t	$\eta^2$
	n	M (SD)	n	M (SD)		
48. Diskussion neg. Gefühle	39	4.3 (1.6)	17	4.7 (1.5)	0.92	.02
49. Demenzspez. Weiterbildung	39	4.4 (1.7)	17	3.6 (1.5)	1.66+	.05
50. Pflegekonzept der Institution	39	5.3 (0.7)	17	3.1 (1.3)	8.28***	.56
51. Supervision und Teambegleitung	39	4.5 (1.5)	17	5.0 (0.9)	1.34	.03
52. Führung Pflegezentrum	39	5.1 (0.8)	17	5.1 (0.7)	.07	.00
53. Infragestellung der Professionalität	39	5.3 (0.9)	17	4.5 (1.3)	2.54*	.11

Anmerkung: DCU=Dementia Care Units; 3-W-K=3-Welten-Konzept; Ph-B=Phasengerechte Betreuung; IPA=Integrativer Pflegeansatz; n=Stichprobengrösse; M=Mittelwert; SD=Standardabweichung; t=t-Wert;  $\eta^2$  =Effekstärke ( $\eta^2 > 0.01$ =kleiner Effekt,  $\eta^2 > 0.06$ =mittlerer Effekt,  $\eta^2 > 0.14$ =grosser Effekt); \*\*\*  $p < .001$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*  $p < .05$ ; +  $p < .10$  (zweiseitig)

Wie beim Vergleich der vier Gruppen mittels ANOVA-Verfahren, zeigt sich das bereits angetroffene Muster und somit auch hier signifikante Unterschiede bei den Fragen 49 zur *demenzspezifischer Weiterbildung*, 50 zum *Pflegekonzept der Institution* und 53 zur *Infragestellung der Professionalität* (siehe dazu Tab. 23). Die Mittelwerte der Stichproben mit einem separativen Pflegekonzept liegen in diesen drei Dimensionen durchwegs höher. Weiterbildung findet diesen Resultaten entsprechend nach der Meinung der Pflegepersonen in den Institutionen mit einem separativen Pflegekonzept genügend, in der Institution mit einem integrativen Pflegekonzept eher ungenügend statt. Vom Pflegekonzept sind die Pflegepersonen mit einem separativen Pflegekonzept überzeugt, wogegen jene mit einem integrativen Pflegekonzept anderer Meinung sind, und ihre Professionalität in Bezug auf Demenzerkrankung wird von den Angehörigen mehr in Frage gestellt. Bei den Fragen 48 zur *Diskussion negativer Gefühle* ( $t=0.92$ ,  $\eta^2=.02$ ,  $1-\beta=.15$ ), 51 zu *Supervision und Teambegleitung* ( $t=1.34$ ,  $\eta^2=.03$ ,  $1-\beta=.26$ ) und 52 zur *Führung des Pflegezentrums* ( $t=.07$ ,  $\eta^2=.00$ ,  $1-\beta=.05$ ) ergeben sich keine signifikanten Unterschiede. Die Zusammenhangsmasse bestätigen, mit Ausnahme der Frage 52, dass das Aufzeigen von signifikanten Unterschieden grössere Stichproben erfordern würde. Unabhängig vom Pflegekonzept werden negative Gefühle bei der Pflege diskutiert, Supervision und Teambegleitung würde begrüsst werden und das Pflegepersonal steht allgemein hinter der Art und Weise, wie die Pflegezentren geführt werden.

### 5.2.6 Berufsspezifische Zufriedenheit

Die *berufsspezifische Zufriedenheit* des Pflegepersonals wurde mittels sechs Fragen im Rahmen des Fragebogens Teil B (Fragen a-f, siehe Anhang Nussbaumer & Lienhard, 2004) erhoben.

## Vergleich der vier Modelle

Tabelle 24 ANOVA Gruppenvergleich vier Institutionen berufsspezifische Fragen (df=3)

Fragen	DCU separativ		3-W-K separativ		Ph-B separativ		IPA integrativ		F	$\eta^2$
	n	M (SD)	n	M (SD)	n	M (SD)	n	M (SD)		
a. Arbeit mit Demenzpatienten	18	5.3 (1.0)	5	5.6 (0.6)	15	5.5 (0.9)	15	4.5 (1.3)	2.66 +	.14
b. Wechsel auf andere Demenzabteilung	18	5.7 (0.7)	5	5.8 (0.5)	15	5.1 (1.2)	15	5.2 (1.2)	1.30	.07
c. Wechsel auf Nichtdementenabteilung	18	5.3 (1.5)	5	4.4 (2.1)	14	4.6 (1.7)	15	4.3 (1.5)	1.38	.08
d. Anderer Tätigkeitsbereich in Medizin	18	5.3 (1.3)	5	4.4 (2.1)	15	4.9 (1.5)	15	4.5 (1.5)	1.13	.07
e. Institutionswechsel	18	5.6 (0.9)	5	5.0 (2.2)	14	4.7 (1.7)	15	5.1 (1.1)	1.21	.07
f. Wechsel Berufstätigkeit	18	5.3 (1.0)	5	5.0 (1.7)	14	5.1 (1.4)	15	5.2 (1.5)	.14	.01

Anmerkung: DCU=Dementia Care Units; 3-W-K=3-Welten-Konzept; Ph-B=Phasengerechte Betreuung; IPA=Integrativer Pflegeansatz; n=Stichprobengrösse; M=Mittelwert; SD=Standardabweichung; F=F-Wert;  $\eta^2$ =Effektstärke ( $\eta^2 > 0.01$ =kleiner Effekt,  $\eta^2 > 0.06$ =mittlerer Effekt,  $\eta^2 > 0.14$ =grosser Effekt); \*\*\*  $p < .001$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*  $p < .05$ ; +  $p < .10$  (zweiseitig)

Wie die Ergebnisse in Tabelle 24 zeigen, ergibt sich bei den berufsspezifischen Fragen einzig bei der Frage a zur *Arbeit mit Demenzpatienten* ein Gruppenunterschied in den Merkmalausprägungen ( $F=2.66$ ) auf dem 10%-Signifikanzniveau. Der Scheffé-Test weist einen signifikanten Unterschied, ebenfalls auf dem 10%-Niveau, zwischen der Institution mit Integrativem Pflegeansatz (↓) und der Institution mit Phasengerechter Betreuung (↑) nach. Die *Arbeit mit Demenzpatienten* gefällt den Pflegepersonen in der Institution mit Phasengerechter Betreuung besser als den Pflegepersonen in der Institution mit Integrativem Pflegeansatz.

## Vergleich Separativer versus Integrativer Pflegeansatz

Tabelle 25 t-Test Gruppenvergleich separativ – integrativ berufsspezifische Fragen (df=1)

Fragen	separativ (DCU, 3-W-K, Ph-B)		integrativ (IPA)		t	$\eta^2$
	n	M (SD)	n	M (SD)		
a. Arbeit mit Demenzpatienten	38	5.4 (0.9)	15	4.5 (1.3)	2.77***	.13
b. Wechsel auf andere Demenzabteilung	38	5.5 (0.9)	15	5.2 (1.2)	.91	.02
c. Wechsel auf Nichtdementenabteilung	37	4.9 (1.6)	15	4.3 (1.5)	1.32	.03
d. Anderer Tätigkeitsbereich in Medizin	38	5.0 (1.5)	15	4.5 (1.5)	1.25	.03
e. Institutionswechsel	37	5.2 (1.5)	15	5.1 (1.1)	.13	.00
f. Wechsel Berufstätigkeit	37	5.2 (1.2)	15	5.2 (1.5)	.03	.00

Anmerkung: DCU=Dementia Care Units; 3-W-K=3-Welten-Konzept; Ph-B=Phasengerechte Betreuung; IPA=Integrativer Pflegeansatz; n=Stichprobengrösse; M=Mittelwert; SD=Standardabweichung; t=t-Wert;  $\eta^2$ =Effektstärke ( $\eta^2 > 0.01$ =kleiner Effekt,  $\eta^2 > 0.06$ =mittlerer Effekt,  $\eta^2 > 0.14$ =grosser Effekt); \*\*\*  $p < .001$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*  $p < .05$ ; +  $p < .10$  (zweiseitig)

Auch hier unterscheiden sich die Gruppen einzig in ihren Werten zur Frage zum Kontext *Arbeit mit Demenzpatienten* hoch signifikant ( $t=2.77$ ,  $\eta^2=.13$ ).

Zu den Fragen b-f bleibt zu sagen, dass im Allgemeinen kein Wechsel auf eine andere Demenzabteilung oder eine Abteilung mit ‚Nicht-Dementen‘ erwünscht ist, auch nicht das Verlangen nach einer Berufstätigkeit in einem anderen Bereich in der Medizin besteht, der Arbeitsplatz an dieser Institution nicht verlassen werden will und sich das Pflegepersonal keine andere Berufstätigkeit wünscht. Die Standardabweichungen der Mittelwerte fallen alle eher klein (max. 1.5 Punkte) aus, d.h. die Meinungen streuen nur schwach. Die Zusammenhangsmasse dieser Resultate sind der Tabelle 25 zu entnehmen. Betrachtet man die Effektstärken der Fragen b-f, so sind sie alle klein bis Null. Somit kann davon ausgegangen werden, dass auch grössere Stichproben keine signifikanten Resultate liefern würden.

Mittels nachfolgender Tabelle wurde wiederum versucht, die Einzelvergleiche zu einem Gesamtfaktor ‚Arbeitszufriedenheit‘ zusammenzuführen. Es wurden dazu alle signifikanten Unterschiede zwischen den Pflegekonzepten und ihren Wirkungsrichtungen aufgeführt und als positiv resp. negative Auswirkung auf die Arbeitszufriedenheit gewertet. Dass dieses Verfahren wie bereits bei der ‚objektiven‘ Lebensqualität erwähnt, nicht unproblematisch ist, liegt insofern auf der Hand, als damit alle Indikatoren gleichermassen gewichtet werden. Gleichzeitig erleichtert diese Aufstellung jedoch einen Überblick über die Teilbefunde, welcher einen klaren Trend erkennen lässt.

Tabelle 26 Signifikante Unterschiede zwischen den vier Konzepten bezüglich der Arbeitszufriedenheit des Pflegepersonals (t1)

Faktoren Arbeitszufriedenh.	DCU separativ		3-W-K separativ		Ph-B separativ		IPA integrativ	
	Signif. Δ *	Wertung	Signif. Δ	Wertung	Signif. Δ	Wertung	Signif. Δ	Wertung
FAPP								
- Belastung d. Pat. /Arb.Bed.	↑.....	+.....	.....	.....	↑.....	+.....	↓.....	-
- Kooperation im Team	↑.....	+.....	.....	.....	.....	.....	↓.....	-
- " mit Ärzten/Therapeut.	↑.....	+.....	.....	.....	↑.....	+.....	↓.....	-
- Z'Arbeit mit Vorges. Pflege	↑.....	+.....	.....	.....	↓.....	-.....	.....	
- Möglichk. d. Mitentscheid.	↑.....	+.....	↓.....	-.....	↓.....	-.....	↓.....	-
Erlebter Stress	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
Emotionale Belastung	.....	.....	↑.....	-.....	.....	.....	↓.....	+
Institutionsspez. Arbeitszufr.	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
- Demenzspez. Weiterbildung	.....	.....	.....	.....	↑.....	+.....	↓.....	-
- Pflegekonzept	↑.....	+.....	↑.....	+.....	↑.....	+.....	↓.....	-
- Infragestell. d. Professional.	.....	.....	.....	.....	↑.....	+.....	↓.....	-
Berufsspez. Arbeitszufr. **	.....	.....	.....	.....	↑.....	+.....	↓.....	-
Total Wertungen	6+		1+/-		6+/-		1+/-	
<b>Vergleich separativ - integrativ</b>			Ø 4.3 + / 1.3 -				1+/-	

\*Signifikante Unterschiede zwischen den Modellen \*\* Arbeit mit Demenzpatienten

Bei dieser Aufstellung fällt auf, dass die signifikanten Unterschiede zwischen den Modellen sehr verschieden ausfallen. Die Dementia Care Unit hat mit sechs positiven Indikatoren in allen Bereichen des *FAPP* und der Zufriedenheit mit dem Pflegekonzept einen kleinen Vorteil gegenüber der Phasengerechten Betreuung, welche zusätzlich zwei negative Befunde in der Zusammenarbeit mit Vorgesetzten in der Pflege und den Möglichkeiten der Mitentscheidung aufweist, jedoch insbesondere eine hohe institutions- und berufsspezifische Arbeitszufriedenheit generiert. Demgegenüber scheint das Drei-Welten-Konzept zwar für die Pflegemitarbeitenden sehr zufriedenstellend, die emotionale Belastung jedoch eher gross und die Möglichkeiten der Mitentscheidung werden eher als zu gering erachtet. Weit hinten steht der Integrative Pflegeansatz: Fast in allen Indikatoren weist er negative Werte auf, ausser in der emotionalen Belastung, welche hier als eher gering eingeschätzt wird.

Wie bereits festgestellt, fällt die Arbeitszufriedenheit des Pflegepersonals generell sehr gut aus. Es interessierte deshalb, ob dieser Befund mit der Fluktuationsrate des Pflegepersonals übereinstimmt. Nachfolgende Abbildung gibt Auskunft über die Raten von 1999 – 2004 der drei Pflegezentren im Vergleich zum Durchschnitt aller Pflegezentren der Stadt Zürich. Von der Institution mit Phasengerechter Betreuung liegen keine Fluktuationsraten vor, da diese erst ab 2003 mittels EDV erfasst wurden und eine manuelle Berechnung äusserst aufwendig wäre. Des Weiteren werden im KH Sonnweid zirka die Hälfte der Kündigungen durch die Geschäftsleitung ausgesprochen, was zwar die Fluktuationsrate sehr erhöht, vermutlich jedoch die Zufriedenheit der Mitarbeitenden ebenso. Als Vergleich sollten die Raten der Basler und Berner Pflegezentren zugezogen werden. Es war jedoch nicht möglich, darüber Auskunft zu erhalten.

Vergleicht man die Fluktuationsraten mit der vorangegangenen Zusammenstellung zur Arbeitszufriedenheit, so findet man keinen signifikanten Zusammenhang. Das Integrative Modell, welches die meisten negativen Wertungen erzielte, hat hier die geringsten und auch konstantesten Fluktuationsraten. Dies im Gegensatz zum Drei-Welten-Modell, welches bei der Bewertung zur Arbeitszufriedenheit weder besonders positiv noch negativ auffällt, jedoch grosse Schwankungen aufweist. Diese Daten müssen daher in ihrem individuellen Kontext der einzelnen Institutionen betrachtet werden.

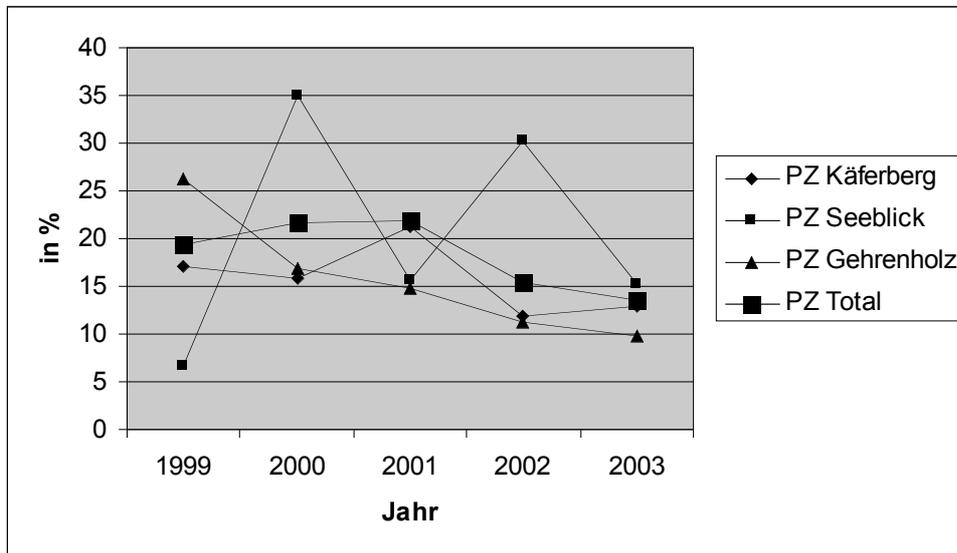


Abbildung 6 Fluktuationsraten des Pflegepersonals in den drei Pflegezentren (PZZ) im Vergleich zum Durchschnittswert aller PZZ von 1999 – 2003

Tabelle 27 Totalwertungen in der aufsummierten Lebenszufriedenheit und Arbeitszufriedenheit (t1)

	DCU separativ	3-W-K separativ	Ph-B separativ	IPA integrativ
	<i>Wertung</i>	<i>Wertung</i>	<i>Wertung</i>	<i>Wertung</i>
Lebenszufriedenheit	6 + / 2 -	3 + / 4 -	6 + / 1 -	4 + / 6 -
Arbeitszufriedenheit	6 +	1 + / 2 -	6 + / 2 -	1 + / 8 -
Total Wertungen	12 + / 2 -	4 + / 6 -	12 + / 3 -	5 + / 14 -
<b>Vergleich separativ - integrativ</b>	<b>Ø 9.3 + / 3.7 -</b>			<b>5 + / 14</b>

## Zusammenfassung

### Ergebnisse zur Arbeitszufriedenheit des Pflegepersonals

Bei der Betrachtung der Ergebnisse zur Arbeitszufriedenheit fällt auf, dass das Niveau der Zufriedenheit generell hoch ist und selten grosse Unterschiede zwischen den Konzepten vorliegen.

Fasst man die Ergebnisse des Vergleichs der vier Institutionen mit ihren unterschiedlichen Pflegekonzepten zusammen, so schätzen die Pflegepersonen der Institution mit Dementia Care Units ihre Arbeitszufriedenheit in Bezug auf die fünf Dimensionen des FAPP am höchsten ein, dicht gefolgt von der Institution mit Phasengerechter Betreuung. Die Werte der Daten der Pflegepersonen der Institution mit einem Integrativen Pflegeansatz fallen oft tiefer aus und deuten darauf hin, dass sie an ihrem Arbeitsplatz unzufriedener sind. Der Stress wird in allen Institutionen ungefähr gleich gross erlebt. Die durch die Verhaltensstörungen der Bewohnenden verursachte emotionale Belastung wird von den Pflegepersonen der Institution mit Integrativem Pflegeansatz als signifikant kleiner empfunden als in der Institution mit dem Drei-Welten-Konzept. Hingegen genügt dem Pflegepersonal mit Integrativem Pflegeansatz das demenzspezifische Weiterbildungsangebot nicht, sind sie von ihrem Pflegekonzept am wenigsten überzeugt und ihre Professionalität bezüglich Demenz wird von den Angehörigen am häufigsten in Frage gestellt. Bei den berufsspezifischen Fragen zeigt sich lediglich ein Unterschied bei den Einzelvergleichen, welcher besagt, dass die Arbeit mit Demenzpatienten den Pflegepersonen in der Institution mit der Phasengerechten Betreuung signifikant besser gefällt als den Pflegepersonen in der Institution mit Integrativem Pflegeansatz. Allgemein bleibt zu sagen, dass die Berufszufriedenheit des Pflegepersonals in allen vier Institutionen hoch eingeschätzt wird und kaum jemand daran denkt, dieses Arbeitsfeld zu

Die Ergebnisse zum Vergleich der zwei Pflegeansätze Integrativ - Separativ zeigen folgendes Bild: Die Zufriedenheit der Pflegepersonen mit einem integrativen Pflegeansatz unterscheidet sich in Bezug auf die Belastungen durch Bewohnenden und Arbeitsbedingungen, die Kooperation im Team, sowie mit Ärzten und Therapeuten signifikant von den anderen und wird jeweils tiefer eingeschätzt. Der erlebte Stress bei der Arbeit wird unabhängig vom Pflegeansatz als gering beschrieben. Dafür zeigt sich, dass die Pflegepersonen mit Separativem Pflegeansatz sich durch die Verhaltensstörungen der Bewohnenden signifikant stärker emotional belastet fühlen. Bei den institutions- und berufsspezifischen Fragen zeichnet sich ab, dass sich die Pflegepersonen mit einem Integrativen Pflegeansatz mehr demenzspezifische Weiterbildung wünschen, sie weniger hinter dem Pflegekonzept stehen und ihre Professionalität in Bezug auf die Demenzpflege von den Angehörigen mehr in Frage gestellt wird. Zudem zeigen ihre Datenwerte, dass ihnen die Arbeit mit Demenzpatienten weniger gefällt als den Pflegepersonen mit einem Separativen Pflegeansatz.

## 6 Diskussion

Dies ist unseres Wissens die erste Studie im deutschsprachigen Raum, welche separate Pflegekonzepte mit dem integrativen Modell in einer echten Längsschnitt-Feldstudie mit Experimental- und Kontrollgruppe untersucht haben. Die dargelegten Befunde können somit nur teilweise durch vergleichende Untersuchungen validiert werden. Nachfolgende Ausführungen sollen aus diesem Hintergrund betrachtet werden. Ausserdem ist zu beachten, dass bei der Auswahl der Pflegeinstitutionen drei Einrichtungen der Stadt Zürich und eine private Einrichtung einbezogen wurden. Zwei Institutionen liegen in der Stadt Zürich, die anderen zwei in deren Agglomeration. Für die genaue Absicherung der Generalisierbarkeit der Resultate auf andere Städte und ländliche Gebiete sind dementsprechend weitere Studien notwendig.

Weiter ist unklar, inwieweit die Pflegekonzepte in den vier Institutionen konkret in den einzelnen Arbeitsbereichen umgesetzt werden. Somit bleibt offen, ob die Ergebnisse in Bezug auf die Lebensqualität der Bewohnenden und die Arbeitszufriedenheit des Pflegepersonals mit dem Pflegekonzept und/oder der Institution in einem Zusammenhang stehen. Dieser Umstand und die Tatsache, dass nur eine Institution den Integrativen Pflegeansatz verfolgt, erfordern weitere Untersuchungen.

Als Einschlusskriterium für die Teilnahme der Bewohnenden an der Studie wurde ursprünglich eine mittlere kognitive Beeinträchtigung festgelegt, welche unter Anleitung der zuständigen Ärzte oder Heimleiter mit dem *Zürcher Mini-Mental-Status* erhoben wurde. Dieses Selektionskriterium wurde aufgrund der damit erhaltenen kleinen Stichproben auf einen *Z-MMS* von fünf bis 23 *Z-MMS* Punkten erweitert. Dass dies allerdings nicht unproblematisch ist, hat sich auch bei dieser Untersuchung wieder gezeigt. Sie bestätigt Erkenntnisse vorangegangener Studien (Selai, 2001; Leipold & Zank, 2002), welche davon ausgehen, dass die Validität der Aussagen von Dementen mit einem *Z-MMS* unter 12 Punkten in Frage gestellt werden muss. Zwischen den vier Institutionen liegen Mittelwertsunterschiede vor, welche die Homogenität und somit die Vergleichbarkeit der Stichproben relativieren. Ebenfalls zu beachten ist der untypisch grosse Männeranteil im KH Sonnweid. Dass dies die Stichprobenhomogenität zusätzlich vermindert, ist nicht ausser Acht zu lassen.

Aufgewogen werden diese Einschränkungen jedoch durch die Stärken dieser Studie:

Der explorative Charakter ermöglichte es, die konstruierte Lebensqualität und Arbeitszufriedenheit in ihrer Breite zu erkunden. Alle Resultate sind unter dem hypothesengenerierenden Aspekt dieses Untersuchungsdesigns von Bedeutung. Die Lebensqualität aller Beteiligten wird mehrfach, d.h. auf der Basis dreier Datenquellen erfasst, so dass das Konstrukt gut abgestützt und ein erster Vergleich zwischen den vier Pflegekonzepten möglich wird. Zudem ist die getrennte Untersuchung der Lebensqualität der Bewohnenden in ihrer ‚objektiven‘ und subjektiven Dimension und der Arbeitszufriedenheit des Pflegepersonals umgesetzt worden. Auf diese Art können Aussagen zu den zwei zentralen Personengruppen der Institutionen gemacht werden.

### 6.1 Lebensqualität der Bewohnenden

Erstes Hauptziel dieser Studie war die Untersuchung der Lebensqualität der Bewohnenden in den vier Institutionen. Nachfolgend wird zuerst der Vergleich der Lebensqualität in den vier Institutionen diskutiert und anschliessend der Vergleich zwischen Separativem und Integrativem Pflegeansatz.

#### 6.1.1 Vergleich der vier Pflegekonzepte

Die Unterschiede zwischen den vier Pflegekonzepten, welche im Bereich ‚objektive‘ Lebensqualität signifikant wurden, sind: die Pflegebedürftigkeit (*BESA-Stufe*), die kognitive Beeinträchtigung (*Z-MMS*-Wert), die *Antidepressiva*, *Neuroleptika* und die *Analgetika*, die *Schmerzfrage*, die Anzahl freiheitsein-

schränkender Massnahmen (*FEM*), die Aktivitäten des täglichen Lebens (*ADL*) und der Lebensraumdurchmesser (*LRD*).

### **Pflegebedürftigkeit (BESA)**

Der hohe BESA-Wert und die damit verbundene hohe Pflegebedürftigkeit der Bewohnenden der Institution mit Dementia Care Units (maximale Punktezahl) unterscheidet sich signifikant von den Werten der Institutionen mit Integrativem Pflegeansatz und Phasengerechter Betreuung. Dies deutet darauf hin, dass bezüglich der Pflegebedürftigkeit unterschiedliche Stichproben und damit ein Selektionsbias vorlagen. Aussagen des Stadtärztlichen Dienstes (SAD) unterstützen diese Vermutung: Bereits bei der Triage im SAD wird darauf geachtet, dass fortgeschrittene und eindimensional erkrankte Demenzpatienten in eine Dementia Care Unit zugewiesen werden. Dies im Gegensatz zu den Institutionen mit Integrativem Pflegeansatz, welche eher komorbide Patienten (z.B. mit Hirnschlag) aufnehmen. Dies kann auch teilweise das eher widersprüchliche Ergebnis erklären, wonach Bewohnende der Institution mit Dementia Care Units einen vergleichbar hohen Wert in den Aktivitäten des täglichen Lebens (*ADL*) aufweisen. In der Regel ist ein hoher Wert in der Selbständigkeit mit einer tiefen Pflegebedürftigkeit assoziiert. Es muss aber ebenfalls davon ausgegangen werden, dass die Einstufung der Pflegebedürftigkeit einen gewissen Spielraum offen lässt und das signifikante Resultat teilweise auf die mangelnde Reliabilität des Instrumentes zurückzuführen ist. Dafür spricht die Tatsache, dass die BESA-Werte zur Kostenverrechnung der Pflegezentren dienen. Ausserdem ist zu beachten, dass in der Institution mit Dementia Care Units auch die aktivierende Pflege im BESA-Wert enthalten ist.

### **Kognitive Beeinträchtigung (Z-MMS)**

Der statistisch signifikante Unterschied zwischen dem Z-MMS-Durchschnittswert im Integrativen Ansatz ( $M=18,3$ ) gegenüber den Separativen Ansätzen ( $M=14,1$ ) weist darauf hin, dass die Mittelwerte auf dem Hintergrund einer grossen Streuung zu betrachten sind. Dies schliesst jedoch nicht aus, dass ein grosser Teil der Bewohnenden vergleichbar sein kann.

### **Medikation**

Bezüglich des Medikamentenkonsums zeichnet sich ein uneinheitliches Bild ab. Generell wird davon ausgegangen, dass Institutionen mit Pflegekonzepten, welche auf die Situation Demenzkranker weniger spezifisch eingehen, auch häufiger mit Verhaltensstörungen derselben konfrontiert sind und entsprechend häufiger (,freiheitseinschränkende') Psychopharmaka verordnen. Diese These kann mittels dieser Studie nicht gestützt werden: In der Institution mit Phasengerechter Betreuung wird im Vergleich zu derjenigen mit Integrativem Pflegeansatz signifikant häufiger Neuroleptika verschrieben. Interessant ist in diesem Zusammenhang der Indikator ,Enthemmung' in den Verhaltensstörungen (NPI): Die Integrative Institution verzeichnet die höchsten Werte ( $M=8.3$ ,  $SD=6.3$ ) im Gegensatz zur Phasengerechten Institution ( $M=3.5$ ,  $SD=2.3$ ) mit den geringsten Werten (statistischer signifikanter Trend,  $p<.1$ ).

Dass eine gute Neuroleptikaeinstellung nicht die Mobilität und somit den Lebensraumdurchmesser einschränken muss, bestätigt diese Untersuchung. Umgekehrt geht man jedoch bei einer hohen Neuroleptikarate von einer ,schlechten' Demenzbetreuung und einer tiefen Lebensqualität der Patienten aus. Ob die tiefen Werte beim Integrativen Pflegeansatz jedoch wirklich auf das Modell und nicht vielleicht auf die negative Einstellung gegenüber Neuroleptika des dortigen ärztlichen Dienstes zurückzuführen ist, kann an dieser Stelle nicht beantwortet werden.

In der Institution mit dem Drei-Welten-Konzept wurden signifikant häufiger Analgetika verordnet als in jenen mit Dementia Care Units und Phasengerechter Betreuung. Es stellt sich die Frage nach einem allfälligen Zusammenhang zwischen der hohen Analgetika-Rate beim Drei-Welten-Konzept und der dortigen Pflegepolitik, dass „...kein Patient tagsüber im Bett bleibt“.

Die Institution mit dem Drei-Welten-Konzept verordnete im Vergleich zur Institution mit Dementia Care Units und Integrativem Pflegeansatz signifikant weniger Antidepressiva. Dies könnte teilweise mit dem Z-MMS-Selektionseffekt zusammenhängen. Da in der Integrativen Institution mehr leicht bis mittelschwere Demente leben, ist in diesem Demenzstadium auch die Depressionsprävalenz am höchsten.

Dies im Gegensatz zur Drei-Welten-Institution, welche eher mittel- bis schwerdemente Bewohnende beherbergt, die eher über das Depressionsstadium herausgewachsen sind.

Generell kann jedoch nicht geprüft werden, inwieweit diese Unterschiede mit dem Pflegekonzept und inwieweit mit den verantwortlichen Ärzten in Zusammenhang stehen.

### **Schmerzfrage und freiheitseinschränkende Massnahmen (FEM)**

Siehe Diskussion im nachfolgenden Kapitel.

### **Psychische Gesundheit (MDBF und NPI)**

Weder der Mehrdimensionale Befindlichkeitsbogen noch das Neuropsychiatrische Inventar brachten signifikante Unterschiede zwischen den vier Pflegeansätzen zu Tage. Dies suggeriert, dass sich die Bewohnenden in der psychischen Gesundheit nicht statistisch signifikant unterscheiden (vgl. Diskussion nachfolgendes Kapitel).

### **Selbständigkeit (ADL und LRD)**

Der Vergleich der Aktivitäten des täglichen Lebens (*ADL*) und des Lebensraumdurchmessers (*LRD*) in den vier Institutionen ergibt signifikante Unterschiede zwischen der Institution mit Integrativem Pflegeansatz und der Institution mit Dementia Care Units resp. derjenigen mit Phasengerechter Betreuung. Sowohl *ADL* als auch *Lebensraumdurchmesser* führen im Vergleich Integrativer versus Separativer Pflegeansatz zu signifikanten Unterschieden und werden darum im folgenden Kapitel eingehend diskutiert.

An dieser Stelle soll auf ein weiteres Ergebnis im Zusammenhang mit dem *Lebensraumdurchmesser* hingewiesen werden. Der *Lebensraumdurchmesser* in der Institution mit Drei-Welten-Konzept liegt mit einem Mittelwert von  $M=11.8$  relativ tief. Es liegt ein mittlerer Effekt vor, aber das Ergebnis wird nicht signifikant. Der tiefe Wert steht vermutlich damit in Zusammenhang, dass die Bewohnenden, obgleich die Institution über einen schönen Garten verfügt, von dem im Leitbild gesagt wird, dass er zum Wohlbefinden der Bewohnenden beitragen soll, diesen nicht ohne Beaufsichtigung durch das Pflegepersonal für Spaziergänge nutzen dürfen. Dieses Resultat weist darauf hin, dass ein Separatives Pflegekonzept nicht grundsätzlich für einen hohen Lebensraumdurchmesser stehen muss und die Institution neben dem Pflegekonzept auch Einfluss auf die Ausprägung der Lebensqualität der Bewohnenden nimmt. Zudem wird ersichtlich, dass ein postuliertes Pflegekonzept nicht unbedingt bedeutet, dass es auch in allen Bereichen in die Praxis umgesetzt wird. Dass im Vergleich separativer-integrativer Pflegeansatz der Mittelwertsunterschied in Bezug auf den *Lebensraumdurchmesser* doch signifikant wird, ist ein Hinweis darauf, dass die Institutionen mit Dementia Care Units und Phasengerechter Betreuung ihren Bewohnenden in ihrer Möglichkeit, sich zu bewegen, sehr unterstützen.

### **Subjektive Lebenszufriedenheit**

Die Ergebnisse zum subjektiven Aspekt der Lebensqualität sind sowohl in Bezug auf die allgemeine Lebenszufriedenheit, als auch auf die Zufriedenheit mit den fünf Bereichen der ‚objektiven‘ Lebensqualität generell eher hoch. Mit wenigen Ausnahmen geben deutlich mehr als die Hälfte der Bewohnenden an, zufrieden bis sehr zufrieden zu sein. Insgesamt lassen die Ergebnisse vermuten, dass es in allen Einrichtungen gelingt, eine relativ hohe subjektive Lebensqualität zu erreichen. Dieses Ergebnis muss jedoch insofern relativiert werden, als dass die Validität, d.h. die Gültigkeit dieser selbstberichteten Zufriedenheit insbesondere in den separierenden Institutionen hinterfragt werden muss. Wie bereits erwähnt, wird immer wieder darauf verwiesen, dass demente Personen mit einem MMS von 12 oder geringer Fragen nicht mehr richtig verstehen und entsprechend keine gültigen Antworten darauf geben können. So werden denn in Untersuchungen zur Lebensqualität Dementer auch meist keine Selbstbefragungen durchgeführt. Bei einem durchschnittlichen Z-MMS von 14,1 in den separierenden Institutionen sollte dies berücksichtigt werden.

Die Ergebnisse im Einzelnen lassen kein eindeutig interpretierbares Muster erkennen. Jede der drei separativen Institutionen hat in mindestens einem der vier Bereiche der bereichsspezifischen Zufrieden-

heit mit mittlerer oder grosser Effektstärke einmal den höchsten Prozentsatz an zufriedenen bis sehr zufriedenen Bewohnenden. Eine Ausnahme bildet die Institution mit Integrativem Pflegeansatz. Sie liegt immer auf dem letzten oder zweitletzten Rang. Dieses Resultat muss allerdings mit dem signifikant höheren *Z-MMS*-Wert ( $M=18,3$ ) dieser Institution im Vergleich mit den anderen drei gesehen werden. Es ist zu vermuten, dass die geringere kognitive Beeinträchtigung die geringere Zufriedenheit teilweise erklärt. Insbesondere auch deshalb, weil beim Übergang von einer geringen zu einer mittleren Demenz oft mit depressiven Begleitsymptomen zu rechnen ist, welche die Einschätzung der Zufriedenheit mit dem Leben sicherlich beeinflusst.

In Bezug auf die *Zufriedenheit mit der physischen Gesundheit* gaben 93.3% der Bewohnenden der Institution mit Phasengerechter Betreuung an, mit ihrer physischen Gesundheit zufrieden bis sehr zufrieden zu sein. Sie unterscheiden sich damit signifikant von den Bewohnenden der Institutionen mit Dementia Care Units und Integrativem Pflegeansatz. Der Vergleich mit der objektiven Lebensqualität im Bereich physische Gesundheit, gemessen anhand der Pflegebedürftigkeit (*BESA*-Punkte) zeigt, dass die Institution mit Phasengerechter Betreuung im Vergleich mit den anderen drei Institutionen den tiefsten Wert hat und einen signifikanten Unterschied zur Institution mit Dementia Care Units aufweist. Die Bewohnenden sind also effektiv weniger pflegebedürftig und die hohe Einschätzung ihrer Zufriedenheit mit ihrer körperlichen Gesundheit kann damit teilweise erklärt werden. In diesem Zusammenhang ist jedoch auch zu beachten, dass in der Phasengerechten Betreuung im Gegensatz zu den restlichen Institutionen (Ø 16,1% Männer) ein signifikant höherer Anteil an Männern vorliegt (53,7 %) im. Aus der Gesundheitsforschung ist bekannt, dass Männer im Gegensatz zu Frauen generell zufriedener mit ihrer Gesundheit sind und diese weniger kritisch hinterfragen.

Den tiefsten Wert in der bereichsspezifischen Zufriedenheit hat die Institution mit Drei-Welten-Konzept in Bezug auf die *Zufriedenheit mit der Kognition* zu verzeichnen. Lediglich ein Drittel der Bewohnenden gibt hier an, zufrieden bis sehr zufrieden zu sein. Dies erstaunt zwar bei einem durchschnittlichen *Z-MMS*-Wert von 13.4 Punkten nicht, andererseits lässt dies jedoch die Frage der validen Introspektion mittel bis schwer dementer Personen wieder aufkommen.

### 6.1.2 Vergleich integrativ versus separativ

In dieser Besprechung der Resultate werden nun auch die Ergebnisse der zweiten Messung zur Validierung einbezogen (kleinere Stichprobe). Generell kann gesagt werden, dass die zum ersten Messzeitpunkt gefundenen Ergebnisse bestätigt werden können, dies jedoch bei einer Angleichung der ‚guten‘ Bewohnenden an die noch ‚schlechteren‘. D.h. die Unterschiede zwischen Integrativem Ansatz und Separativem werden kleiner und sind oft statistisch nicht mehr signifikant. Da dies nicht nur für die Lebensqualitätsindikatoren zutrifft sondern auch für den *Z-MMS*, stützt dies die anfangs formulierte These, dass sich die Auswirkungen der verschiedenen Pflegekonzepte am stärksten bei mittelschweren Demenzpatienten äussert.

### Freiheitseinschränkende Massnahmen (FEM) und Schmerzfrage

In der Schmerzfrage und in den freiheitseinschränkenden Massnahmen (FEM) unterscheidet sich die Institution mit Integrativem Pflegekonzept von den drei Institutionen mit Separativen Pflegekonzepten dahingehend, dass die Bewohnenden häufiger angeben, Schmerzen zu haben und ihnen häufiger freiheitseinschränkende Massnahmen verordnet wurden. Dieser Befund lässt sich durch den zweiten Messzeitpunkt ( $t_2$ ) validieren. Vergleichende Studien zu einer Aussage über Schmerzen konnten nicht gefunden werden.

In der Institution mit Integrativem Pflegeansatz erschienen die Bewohnenden oft im Rollstuhl oder mit einer Gehhilfe zu den Interviews. Dies weist auf die erhöhte Multimorbidität in der Integrativen Institution und einen Selektionseffekt hin. Dementsprechend wurden dort 55% der Bewohnenden nach einem Spitalaufenthalt aufgenommen (Statistik der Pflegezentren der Stadt Zürich). Dies im Gegensatz zur Institution mit Phasengerechter Betreuung (6%) und der Institution mit Drei-Welten-Konzept (12%). Nichtsdestotrotz ist dieser Befund sehr typisch für integrierende Institutionen und wurde bereits

mehrfach durch internationale Studien bestätigt (u.a. Bellelli et al., 1998; Bianchetti et al., 1997; Grant & Ory, 2000). Immer wieder werden damit auch die geringeren Verhaltensstörungen in separierenden Institutionen erklärt (u.a. Reimer et al., 2004; Weyerer et al., 2003). Dass dabei Stürze nicht zunehmen, bestätigen diese Studien ebenfalls. Auch in dieser Studie unterscheidet sich die Anzahl Stürze in den vier Institutionen nicht signifikant. Die Reduktion der *FEM* in den separierenden Institutionen scheint folglich auch hier die Sturzgefahr nicht zu erhöhen.

Die spezifischere Betreuung Dementer, wie sie in den Institutionen mit Separativem Pflegeansatz angestrebt wird, scheint es möglich zu machen, weitgehend auf *FEM* verzichten zu können. Lediglich durchschnittlich 9% der Bewohnenden in Separierenden Institutionen haben *FEM* (nur Bettgitter) verordnet, dies im Gegensatz zu 45% in der Integrativen Institution. Auch die Schwere der *FEM* variiert hier deutlich: Im Integrativen Ansatz werden im Gegensatz zu den Separativen nebst Bettgittern (67%) auch stärkere freiheitseinschränkende Massnahmen wie Fixationstisch (22%) und Zewidecke (11%) verwendet.

Die unterschiedlichen Aufenthaltsorte vor dem Eintritt in die aktuelle Institution und die dadurch allenfalls erhöhte Komorbidität muss auch im Zusammenhang mit der *Schmerzfrage* berücksichtigt werden. Es fällt auf, dass signifikant mehr Bewohnende in der Institution mit Integrativem Pflegeansatz Analgetika verordnet bekommen haben und dennoch signifikant häufiger berichten, Schmerzen zu haben. Dasselbe gilt für das Ergebnis in Bezug auf die *Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL)*.

### Selbständigkeit (ADL und LRD)

Die signifikant höheren ADL-Werte in den Separativen Institutionen lassen den Schluss zu, dass die Bewohnenden selbständiger sind. Zwar werden die Unterschiede zum zweiten Messzeitpunkt bei gleich bleibender mittlerer Effektstärke nicht mehr signifikant, verändern sich jedoch gleichförmig. Auch dieser Befund wird mehrfach von vergleichbaren Studien bestätigt (Grant & Ory, 2000; Reimer et al., 2004) und scheint somit reliabel, d.h. gut gesichert zu sein. In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass frühere vergleichende Studien der 90er Jahre oft zu keinen oder uneinheitlichen Verbesserungen Separativer versus Integrativer Ansätze kamen (Chafetz, 1991; Holmes et al., 1990; Phillips et al., 1997; Swanson et al., 1994). Dies lag jedoch in den sehr unterschiedlichen Umsetzungen der SCU's und den noch nicht vorhandenen, speziell erbauten Special Care Facilities. Auch methodische Mängel wie z.B. das Fehlen einer Kontrollgruppe, eines echten Längsschnittsettings oder einer Randomisierung relativieren diese Studienresultate stark. Dass diese erhöhte Selbständigkeit allerdings nicht alleine aus aktivierender/reaktivierender Pflege, milieubezogener Betreuung, basaler Stimulation, Kinästhetik oder anderen demenzspezifischen Pflege- und Betreuungsangeboten resultiert, steht ebenfalls fest. Es kann davon ausgegangen werden, dass auch in den Vergleichsstudien Selektionseffekte zwischen den Integrativen und Separativen Institutionen bestanden, dies insbesondere hinsichtlich der Multimorbidität.

Der *Lebensraumdurchmesser (LRD)* liegt sowohl zum ersten wie auch zum zweiten Messzeitpunkt in der Institution mit Integrativem Pflegeansatz signifikant tiefer als in den separierenden Konzepten. Dies erstaunt aufgrund der erhöhten Multimorbidität und den fehlenden baulichen Massnahmen für einen sicheren, frei zugänglichen Rundgang in der Integrativen Institution nicht. Dass ein solcher Ausdruck eine erhöhte Selbständigkeit darstellt, scheint plausibel.

### Kognitive Beeinträchtigung (Z-MMS)

Wie bereits mehrfach erwähnt, findet sich ein signifikanter Mittelwertsunterschied in der kognitiven Beeinträchtigung. Dies lässt einerseits auf unterschiedliche Stichproben schliessen. Andererseits weist es aber auch darauf hin, dass die kognitive Beeinträchtigung im Durchschnitt nicht durch einen Separativen Ansatz verbessert, verzögert oder gar aufgehoben werden kann. Trotz besserem Ausgangsniveau im Integrativen Ansatz zum ersten Messzeitpunkt (t1: integrativ: Ø 18,3 Z-MMS-Pte.; separativ: Ø 14,1), fand zwischen t1 und t2 ein in allen Pflegeansätzen üblicher, in etwa gleichförmiger Abbau der kognitiven Leistungsfähigkeit statt (t2: integrativ: Ø 16,7; separativ: Ø 13,1). Dieser Befund ist in Vergleichsstudien mehrfach bestätigt worden (Bianchetti et al., 1997; Chafetz, 1991; Holmes et al., 2000; Homes et al., 1990; Reimer et al., 2004; Saxton et al., 1998; Swanson et al., 1994; Weyerer et al., 2003).

Allerdings ist nicht auszuschliessen, dass kognitive Beeinträchtigungen bei einzelnen Personen beeinflusst werden, da sich diese Aussage auf das Mittel der untersuchten Personen bezieht.

### Psychische Gesundheit

Der *MDBF (Mehrdimensionaler Befindlichkeitsfragebogen)* und der *NPI (Neuropsychiatric Inventory)* zur Erfassung der psychischen Gesundheit haben zu keinen signifikanten Resultaten geführt. Die Effekte sind klein oder nicht vorhanden. Es ist nicht auszuschliessen, dass hier ein Erfassungsproblem bei Bewohnenden mit sehr niedrigen MMS-Werten vorliegt. Volicer (2000, S. 93) betont, dass die wahrgenommene Lebensqualität und die Verhaltenskompetenz durch den Demenzprozess unvermeidlich beeinträchtigt seien. So schliesst er daraus, dass die Wahrnehmung der Lebensqualität durch den Verlust des Gedächtnisses, durch Konfusion und Delusion bei Demenzpatienten oft beeinträchtigt sei.

Dieser Validitätsproblematik gehen viele Demenzforschungen aus dem Wege indem sie die betroffenen Demenzpatienten erst gar nicht mehr befragen und sich lediglich auf Fremdeinschätzungen berufen. Dieser Ansatz scheint uns jedoch ungenügend, weshalb trotzdem eine Selbstbefragung erfolgte. Vielleicht müsste man in Zukunft bei einer starken kognitiven Beeinträchtigung aus Validitätsgründen alternative Erhebungsinstrumente wie z.B. die Verhaltensbeobachtung einsetzen.

Speziell erstaunt allerdings, dass der *NPI* nur zu einem kleinen Effekt und somit auch zu keinem signifikanten Resultat geführt hat, weil davon ausgegangen wurde, dass die Verhaltensstörungen bei Menschen mit einer Demenzerkrankung durch nicht an die veränderte Situation Demenzkranker angepasste Kontextbedingungen mitbeeinflusst sind. Es wäre also zumindest ein Unterschied zwischen den Separativen und dem Integrativen Pflegeansatz zu erwarten gewesen. Der kleine Effekt und das nicht signifikante Resultat könnten mit der auffallend grossen Varianz des *NPI* in allen Institutionen in Zusammenhang stehen. Diese grosse Varianz kann einerseits dadurch erklärt werden, dass das Krankheitsbild der Demenz auch in Bezug auf das Auftreten von Verhaltensstörungen ein sehr breites Spektrum aufweist (siehe auch SD-Werte des *NPI* in der Studie von Selai & al. 2000, S. 41), andererseits könnte die Varianz aber auch durch die Erhebungsmethode mitbeeinflusst worden sein. Der *NPI* ist ein komplexes Instrument und wurde durch eine Vielzahl von Pflegepersonen eingesetzt (Interraterreliabilität). Beide Aspekte könnten, trotz vorgängiger Instruktion der Pflegepersonen, die Grösse der Varianz zusätzlich mitbeeinflusst haben.

Dies ist auch insofern erstaunlich, als die meisten neueren Studien von geringeren Verhaltensproblemen in separativen Institutionen berichten (Bellelli et al., 1998; Bianchetti et al., 1997; Grant & Ory, 2000; Reimer et al., 2004; Weyerer & Schäufele, 2004; Weyerer et al., 2003). Gemeinhin wird angenommen, dass die Verhaltensstörungen auch in einem engen Zusammenhang mit den freiheitseinschränkenden Massnahmen stehen. Diese sind in dieser Studie in der Tat im Integrativen Ansatz signifikant höher. Eine Verringerung der Verhaltensstörungen in Separativen Ansätzen wäre darum zumindest eine logische Konsequenz davon. Der Selektionsbias könnte hier zumindest eine gewisse ‚umgekehrte‘ Rolle gespielt haben: bei der Integrativen Institution waren einfachere Demenzkranke Gegenstand der Untersuchung. Dies im Gegensatz zu den separativen Institutionen, in welchen schwierigere Demenzpatienten behandelt werden, die entsprechend grössere Verhaltensstörungen aufweisen. Der hohe Neuroleptika- und Antidepressivagebrauch (sedierend) in den Separativen Institutionen unterstützen diese Vermutung.

### Medikation

Ebenfalls unerwartet ist der signifikant höhere Prozentsatz Bewohnender in den Institutionen mit Separativem Pflegeansatz, welchen *Neuroleptika* verordnet wurde. Wird doch gerade dort davon ausgegangen, dass die demenzspezifische Pflege und die baulichen Massnahmen zu einer reduzierten Gabe führen. Allerdings müsste hier eine Unterscheidung zwischen typischen und atypischen Neuroleptika erfolgen. So zeigt doch eine Studie von Staedt et al. (2003), dass typische Neuroleptika viel öfters in separierenden Einrichtungen verordnet wurden (separierend: 82,4%, integrierend: 10,5%) im Gegensatz zu atypischen Neuroleptika (separierend: 14,7%, integrierend 68,4%).

Die Zahl des Konsums von *Antidepressiva* liegt ebenfalls höher, wird aber, bei kleinem Effekt, nicht signifikant. Die Aussage, dass sich Spezialabteilungen für demenenzbetroffene Bewohnende bewähren, weil dort Verhaltensstörungen geringer sind und beruhigende Medikamente reduziert werden können (Held, 2004, S. 114), kann aufgrund der vorliegenden Ergebnisse somit nicht gestützt werden.

### Subjektive Zufriedenheit

Der Vergleich der zwei Pflegeansätze bezüglich subjektiver Zufriedenheit ergab keine signifikanten Resultate. Es stellt sich hier die Frage, ob es beiden Pflegeansätzen wirklich gleichermassen gelingt, die vorliegenden hohen Werte bezüglich dem subjektiven Aspekt der Lebensqualität zu erreichen oder, ob die Instrumente, die zur Erfassung des Konstrukts verwendet wurden, über eine zu geringe Sensibilität verfügen, um allenfalls vorhandene Unterschiede zu erfassen (vgl. Diskussion im vorangehenden Kapitel).

## 6.2 Arbeitszufriedenheit der Pflegemitarbeitenden

Die Untersuchung der Arbeitszufriedenheit des Pflegepersonals stellte das zweite Hauptziel dieser Untersuchung dar. In der Diskussion der Ergebnisse wird zuerst auf den Vergleich der vier Institutionen und dann auf den Vergleich der zwei Pflegeansätze separativ - integrativ eingegangen.

### 6.2.1 Vergleich der vier Pflegekonzepte

#### Fragebogen zum Arbeitsfeld der Pflegemitarbeitenden in der Psychiatrie (FAPP)

Laut den Ergebnissen des Fragebogens zum Arbeitsfeld der Pflegemitarbeitenden in der Psychiatrie (FAPP), fällt das Niveau in jedem der erhobenen Bereiche der Arbeitszufriedenheit in allen Institutionen hoch aus, d.h. die Zufriedenheit des Pflegepersonals hinsichtlich verschiedener Aspekte ihres Arbeitsfeldes ist gross. In manchen Bereichen unterscheiden sich die vier Institutionen und folgendes Muster ist zu erkennen: Die ersten drei Dimensionen des FAPP *Belastungen durch PatientInnen und Arbeitsbedingungen*, *Kooperation im Team* und *Kooperation mit Ärzten und Therapeuten* werden vom Pflegepersonal der Institution mit Integrativem Pflegeansatz tiefer bewertet, meist im Unterschied zu den Pflegepersonen in Dementia Care Units, welche sich durch hohe Werte in allen Dimensionen auszeichnen. Das Pflegepersonal der Institution mit Phasengerechter Betreuung weist meist hohe Mittelwerte aus, erstaunt jedoch, wie auch die Institution mit dem Drei-Welten-Konzept, mit ihrem tiefen Wert in Bezug auf die Zufriedenheit zur *Zusammenarbeit mit den Vorgesetzten*.

#### Stress

Der *Stress* wird unabhängig vom Pflegekonzept in allen vier Institution als ähnlich klein erlebt. Da jedoch bei diesem Resultat mittlere Effektstärken vorliegen, müsste diese Aussage anhand einer grösseren und vergleichbaren Stichprobe überprüft werden.

Es wäre interessant, dieses Ergebnis mit Daten aus anderen Pflegebereichen zu vergleichen, um zu wissen, ob und inwiefern der Stress in der Altenpflege vielleicht kleiner erlebt wird. Die verwendete Stressskala gilt allgemein als valides Instrument (biologisch validiert: Infektionalität bei Stress) und scheint in diesem Fall verlässlich.

#### Emotionale Belastung

Das Ergebnis zur *emotionalen Belastung* der Pflegepersonen, welche durch die Verhaltensstörungen der Bewohnenden verursacht wird, bestätigt die Annahme, dass mehr Verhaltensstörungen zu einer höheren Belastung des Pflegepersonals führen. Im Institutionsvergleich wird man auf eine höhere Belastung des Pflegepersonals des Drei-Welten-Konzepts aufmerksam. Dieser Befund geht mit dem höchsten Wert in den Verhaltensstörungen einher, auch wenn sich dieser bei einer kleinen Effektstärke nicht signifikant von den anderen Institutionen unterscheidet. Es wäre möglich, dass diese Pflegepersonen auch die höchsten (Pflege-) Erwartungen an sich selbst stellen und deshalb auch unter der grössten

emotionalen Belastung leiden. Ist doch z.B. ein anspruchsvolles Leitziel, dass kein Bewohnender tagsüber im Bett bleibt. Auch muss das Personal die Bewohnenden im Gegensatz zum ähnlichen Ansatz der Phasengerechten Betreuung auf ihren Spaziergängen begleiten. Zusätzlich erhalten die Bewohnenden sehr viel weniger Neuroleptika als in der Phasengerechten Betreuung (jedoch einiges mehr an Antidepressiva, was zumindest ein Hinweis auf die signifikante unterschiedliche Geschlechterverteilung dieser zwei Institutionen sein könnte und somit auf unterschiedliche Stichproben verweist). Vielleicht könnte daraus geschlossen werden, dass jenes Pflegepersonal am meisten von den Bewohnenden beansprucht wird und somit die Belastung am grössten ausfällt. Dies wäre insofern ein wichtiger Befund, als dass doch gerade das in pflegerischer und baulicher Hinsicht sehr demenzspezifische Drei-Welten-Konzept zu einer Verringerung der Verhaltensstörungen und damit auch der Pflegebelastung führen müsste.

### Institutionsspezifische Zufriedenheit

Die *institutionsspezifische Zufriedenheit* des Pflegepersonals ist im Vergleich der vier Institutionen, mit Ausnahme der Einrichtung mit Integrativem Pflegeansatz, beinahe durchwegs erfreulich. Dieses Resultat wird durch die Untersuchung zur Situation des Personals in der schweizerischen Langzeitpflege bestätigt (Prey et al., 2004). Vom *Pflegekonzept ihrer Institution* sind die Pflegepersonen fast ausschliesslich überzeugt; genauso von der *Führung des Pflegezentrums*. Einzig die *Diskussion negativer Gefühle* scheint in der Institution mit Drei-Welten-Konzept nicht genügend stattzufinden.

Mit der *demenzspezifischen Weiterbildung* sind die Befragten der Institution mit Phasengerechter Betreuung am meisten zufrieden. Dieses Resultat darf als Erfolg der Schulungsabteilung *Campus*, welche zu dieser Institution gehört, gewertet werden. In den städtischen Institutionen, ausgenommen die Institution mit Drei-Welten-Konzept, wird offensichtlich der Bedarf durch das Angebot noch nicht ausreichend abgedeckt.

Bildet sich das Pflegepersonal stets weiter, so steigt seine *Professionalität in Bezug auf Demenzerkrankung*, was vermutlich wiederum zur Folge hat, dass diese von den Angehörigen weniger in Frage gestellt wird. Und vielleicht würde dem Pflegepersonal mit Integrativem Ansatz die Arbeit mit Demenzkranken zusätzlich auch mehr Spass machen, da diesem die Arbeit mit demenzkranken Menschen am wenigsten gefällt. In jeder Institution sollte guter Weiterbildung ein wichtiger Stellenwert eingeräumt werden. Zudem wäre in allen Institutionen Supervision und Teambegleitung erwünscht.

### Berufszufriedenheit

Das Bedürfnis, die Arbeitsstelle zu verlassen, ist in allen Institutionen kaum vorhanden. Die *Berufszufriedenheit* ist allgemein in allen untersuchten Stichproben hoch, unabhängig vom Pflegemodell. Dies ist ein sehr anschauliches Resultat, vergleicht man diesen Befund mit den Resultaten von Prey et al. (2004), welche in ihrer Untersuchung zur Situation des Personals in der Schweizer Langzeitpflege auf die direkte Frage zum Wunsch nach beruflicher Veränderung zum Schluss kamen, dass 45% der hoch qualifizierten Krankenschwestern und -pfleger einen gänzlichen Ausstieg aus der Pflege mittel- bis kurzfristig in Betracht ziehen.

Im Vergleich der Resultate zur Arbeitszufriedenheit des Pflegepersonals in den vier Institutionen ist offensichtlich, dass die Institution mit Dementia Care Units das zufriedenstellendste, und die Institution mit Integrativem Pflegeansatz, mit Ausnahme der Dimension *Zusammenarbeit mit Vorgesetzten*, das niedrigste Ergebnis erzielt. Die Institutionen mit dem Drei-Welten-Konzept und Phasengerechter Betreuung positionieren sich im Mittelfeld, liegen jedoch näher bei der Institution mit Dementia Care Units als jener mit Integrativem Pflegeansatz. Die entdeckten Unterschiede legen den Schluss nahe, dass das Pflegekonzept tatsächlich mit der Arbeitszufriedenheit des Pflegepersonals dementer Bewohnender in Zusammenhang steht.

Teilweise stützen diese Ergebnisse Befunde der aktuellen Link-Personalumfrage der Pflegezentren der Stadt Zürich (Prey, 2004), in welcher das PZ Käferberg (DCU) mit bedeutsam positiven Werten des Pflegepersonals bezüglich dem *Sozialklima mit Kollegen und Bewohnenden*, der *Partizipation* und der *Arbeitszufriedenheit* aufwartet. Das Pflegepersonal des PZ Gehrenholz (integrativ) erzielte im Bereich *Sozialklima mit Vorgesetzten* einen bedeutsam positiven Wert, welcher in vorliegender Studie mit dem

ebenfalls guten Wert dieser Institution bezüglich der Dimension *Zusammenarbeit mit Vorgesetzten* einhergeht. Das PZ Seeblick (Drei-Welten-Konzept) fällt demgegenüber nicht mit positiven Werten auf und könnte damit die These stützen, dass die Pflegebelastung dort wirklich am Bedeutendsten ist.

Betrachtet man die Ergebnisse der einzelnen Institutionen zur allgemeinen Lebenszufriedenheit der Bewohnenden und vergleicht sie mit jenen zur Arbeitszufriedenheit des Pflegepersonals, so fällt auf, dass in der Tendenz hohe Werte mit hohen Werten einhergehen. In der Institution mit Dementia Care Units und in der Institution mit Phasengerechter Betreuung herrscht beiderseits hohe Zufriedenheit zu Hause. Es ist also zu vermuten, dass die Zufriedenheit am Arbeitsplatz mit dem Wohlbefinden aller am Arbeitsprozess Beteiligten zusammenhängt, so auch mit dem der Bewohnenden.

Allgemein ist das Pflegepersonal mit seiner Arbeitssituation in keinem Aspekt wirklich unzufrieden, die Resultate bewegen sich alle im positiven Bereich. Hohe Arbeitszufriedenheitswerte sind in der Arbeitszufriedenheitsforschung nichts Neues und daher auch ein häufig diskutiertes Phänomen. In den meisten Untersuchungen zeigen sich nämlich 60 bis 80% der Befragten zufrieden mit ihrer Arbeitssituation (Blegen, 1993; Lukesch & Bauer, 1991). Es ist anzunehmen, dass trotz gewahrter Anonymität eine gewisse soziale Erwünschtheit aufgrund möglicher Repressionen nicht ausgeschlossen werden konnte. In vorliegender Studie fällt auch die Berufszufriedenheit des Pflegepersonals aller beteiligten Institutionen hoch aus. Kaum jemand äusserte den Wunsch, den Betrieb zu verlassen oder die Berufstätigkeit zu wechseln. Macht die Arbeit in der Altenpflege soviel Freude? Oder suchen sich die Pflegepersonen mit einer besonderen Persönlichkeitsstruktur dieses Arbeitsfeld gezielt aus und werden schliesslich auch nicht enttäuscht? Also eine gute Person-Umwelt-Passung? Leider geben auch die Fluktuationsraten der letzten Jahre keine klare Auskunft darüber.

## 6.2.2 Vergleich integrativ versus separativ

### Fragebogens zum Arbeitsfeld der Pflegemitarbeiter in der Psychiatrie (FAPP)

Die Ergebnisse des *Fragebogens zum Arbeitsfeld der Pflegemitarbeiter in der Psychiatrie (FAPP)* zeigen, dass Institutionen mit Separativem Pflegeansatz die Arbeitsbedingungen günstiger gestalten und das Pflegepersonal sich durch die Pflegebedürftigkeit der Bewohnenden weniger belastet fühlt. Die Arbeitsatmosphäre wird als anregender empfunden, Kooperation wird allgemein positiv unterstützt, Konflikte im Team sind weniger häufig und werden eher thematisiert. Auch zwischen den unterschiedlichen Berufshierarchien scheint die Kommunikation und Zusammenarbeit besser zu funktionieren.

Bei der Interpretation der Ergebnisse gilt es jedoch zu berücksichtigen, dass der Pflegeansatz nicht als alleinige Ursache für diesen Unterschied betrachtet werden darf. Die Pflegepersonen bringen mit der Wahl der Pflegeinstitution auch eine spezifische Arbeitseinstellung mit. Institutionen mit Separativen Ansätzen gelten als fortschrittlich und es kann somit spekuliert werden, dass sie auch entsprechend von jenen Pflegepersonen als Arbeitsort gewählt werden, die eine ähnliche Pflegephilosophie vertreten. Trifft dies zu, so entspricht der Pflegeperson vermutlich auch das Arbeitsklima, was ihre Arbeitszufriedenheit wiederum beeinflusst. Damit erklärt sich vielleicht auch gleichzeitig das Ergebnis, dass Pflegepersonen in Separativen Institutionen vom angewandten Demenzpflegekonzept überzeugter sind.

### Emotionale Belastung

Eher unerwartet fällt das Ergebnis bezüglich der durch die Verhaltensstörungen der Bewohnenden verursachten emotionalen Belastung aus. Hier fühlen sich die Pflegepersonen mit Integrativem Pflegeansatz im Vergleich zu den anderen Institutionen am wenigsten belastet. Hat hier der Separative Pflegeansatz keinen positiven Effekt? Oder wird der Wert der Pflegepersonen mit Integrativem Pflegeansatz davon beeinflusst, dass sie nicht ausschliesslich demenzkranke Bewohnende pflegen und so die emotionale Belastung an ihrem Arbeitsplatz generell kleiner ist? Gegen die erste Frage spricht im Vergleich der vier Institutionen der ebenfalls tiefe Wert der Institution mit Phasengerechter Betreuung, der zudem darauf hinweist, dass separativ und separativ nicht immer gleichgesetzt werden darf, sondern bezüglich verschiedener Bereiche zwischen den Institutionen sich auch deutliche Unterschiede abzeichnen. In der

Institution mit Phasengerechter Betreuung wird besonderer Wert darauf gelegt, dass die Türen offen sind und die grosse Gartenanlage zum Aufenthaltsraum der Bewohnenden zählt. Grenzen können, laut einer mündlichen Aussage von Schmieder (Mai 2004), von dementen Menschen mit psychischen Verhaltensstörungen nicht mehr rational begriffen werden und lassen sie anecken, was schwierige Situationen provozieren kann, welche nicht nur für sie selbst, sondern auch für das Pflegepersonal belastend sind. Folglich sollten möglichst wenig Grenzen gesetzt werden. Vielleicht bestätigt das vorliegende Ergebnis Schmieders Annahme, und das Pflegepersonal fühlt sich durch diesen offeneren Umgang mit schwierigem Verhalten seitens der Bewohnenden weniger emotional belastet (vgl. vorheriges Kapitel).

Prey et al. (2004) haben in ihrer Studie zur Situation des Personals in der schweizerischen Langzeitpflege festgestellt, dass ein enger Zusammenhang zwischen dem Personalmangel innerhalb einer Institution und der emotionalen Belastung und Arbeitszufriedenheit besteht. Dieses Bild wird dadurch ergänzt, dass diese Situation insbesondere in kleineren Betrieben und bei Beschäftigten mit geringerem Beschäftigungsumfang entschärft wird.

## **Stress**

Stress wird unabhängig vom Pflegeansatz in allen Institutionen erlebt, jedoch in eher kleinem Ausmass (vgl. vorheriges Kapitel).

## **Institutions- und berufsspezifische Zufriedenheit**

Die institutionsspezifische und berufsspezifische Zufriedenheit ist beim Pflegepersonal mit Separativem Pflegeansatz grösser als bei jenem mit Integrativem. Inwieweit die Institution und nicht das Pflegekonzept diesen Befund beeinflusst, bleibt unbekannt.

Die ähnlichen Resultate der Institutionen mit einem Separativen Ansatz lassen zwar Parallelen vermuten, es zeichnen sich jedoch auch zwischen ihnen Unterschiede ab. Da Arbeitszufriedenheit von unzähligen Faktoren beeinflusst wird und da der Pflegeansatz nicht mit allen einen Zusammenhang hat, ist dies nicht erstaunlich. Trotzdem wird deutlich, dass im Vergleich das Pflegepersonal in den Institutionen mit separativem Pflegeansatz zufriedener ist mit ihren Arbeitsbedingungen als jenes mit integrativem Pflegeansatz.

## 7 Implikationen

Nachfolgend sollen die bisher dargelegten Untersuchungsergebnisse im Hinblick auf die Fragestellungen der Auftraggeber interpretiert werden. Welche Aussagen können nun gemacht werden, für welche braucht es weitere Untersuchungen?

### 7.1 Wahl eines Pflegekonzeptes

#### Es gibt nicht DAS richtige Pflegekonzept

Eines kann durch die Studie klar festgestellt werden: Es gibt nicht EIN ‚richtiges‘ Pflegekonzept. Jedes der hier untersuchten Konzepte weist auf seine Art und Weise Vor- und Nachteile auf. Die Wahl des Pflegekonzeptes bestimmt vor allem die allgemeine Ausrichtung der Demenzpflege, das Fundament, auf dem die Pflege stattfindet. Wie dieses Konzept von den Pflegemitarbeitenden interpretiert wird und unter welchen institutionellen und personellen Voraussetzungen sie dies tun müssen, beeinflusst die Auswirkung auf die Lebensqualität der Bewohnenden unter Umständen weitaus mehr, als das Konzept per se.

#### Effekte des Konzeptes versus der Institution

Die Auswirkungen der Institution, des Pflegepersonals und des -konzeptes sind in den gefundenen Effekten vermischt und können in dieser Untersuchung nicht herausgefiltert werden. Viel wichtiger erscheint jedoch die Tatsache, dass uns die bis heute vorliegenden vergleichenden Studien nicht erlauben, abschliessende Aussagen zu den Pflegedimensionen, welche zu hoher Lebensqualität Demenzkranker führen, zu formulieren (Chappel & Reid, 2000). Zimmerman et al. (1997) stellen fest, dass zwischen einer vertretenen Pflegephilosophie und der effektiv erbrachten beobachteten Pflege oft nur ein schwacher Zusammenhang besteht. Ähnlich äussern sich auch Williams & Rees (1997), welche bemerken, dass die erhaltene Pflege nicht immer diejenige ist, welche auch geplant und geliefert wurde. In anderen Worten: Die Unterschiede, von welchen oft angenommen wird, dass sie zwischen Separierenden und Integrativen Pflegeansätzen bestünden, sind manchmal gar nicht vorhanden. Fest steht, dass es keine Gleichförmigkeit gibt, weder zwischen, noch innerhalb separierenden und integrierenden Pflegeansätzen.

#### Überwiegende Vorteile Separativer Pflegekonzepte gegenüber dem Integrativen Pflegeansatz

Gesamthaft betrachtet, erscheinen in dieser Studie nichtsdestotrotz die Separativen Pflegekonzepte für die Demenzpflege dem Integrativen Ansatz überlegen. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Bewohnenden in Institutionen mit Separativem Pflegeansatz (im Vergleich zum integrativen Ansatz):

- weniger sturzverhindernde freiheitseinschränkende Massnahmen verordnet bekommen (ohne dass sich die Anzahl Stürze dadurch erhöhen würden)
- selbständiger sind (*ADL* u. *LRD*)
- einen grösseren Lebensraumdurchmesser (*LRD*) haben, d.h. sich häufiger und in grösserem Radius von ihrem Zimmer wegbewegen
- weniger Schmerzen haben
- weniger Schmerzmittel erhalten

## 7.2 Arbeitszufriedenheit der Pflegemitarbeitenden

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Pflegepersonen Separativer Institutionen (im Vergleich zu Integrativen):

- sich durch Bewohnende und Arbeitsbedingungen weniger belastet fühlen
- sich jedoch durch die Verhaltensstörungen der Bewohnenden emotional stärker belastet fühlen
- mit der Kooperation im Team, mit Ärzten und Therapeuten zufriedener sind
- mit der demenzspezifischen Weiterbildung an ihrem Arbeitsort zufriedener sind (speziell in der Institution mit Phasengerechter Betreuung)
- vom Pflegekonzept ihrer Institution mehr überzeugt sind
- ihre Professionalität in Bezug auf Demenzerkrankung weniger von Angehörigen in Frage gestellt sehen
- an der Arbeit mit Demenzpatienten mehr Gefallen finden

## 8 Fazit

Bei allen Pflegekonzepten steht eine hohe Lebensqualität der Bewohnenden im Zentrum des Interesses. Institutionen mit einem Separativen Ansatz scheinen dabei jedoch erfolgreicher zu sein. Dass dabei gleichzeitig eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Pflegemitarbeitenden gewährleistet wird, ist ein Befund von nicht minderer Relevanz. Ausserdem stellt eine hohe Arbeitszufriedenheit des Pflegepersonals sicherlich eine optimale Voraussetzung für eine hohe Lebensqualität der Bewohnenden dar.

### 8.1 Weiterführende Fragen resp. Untersuchungsbedarf

Generell ist festzustellen, dass es nicht grundsätzlich an Untersuchungen zur Demenzpflege mangelt, sondern vielmehr an der adäquaten Umsetzung der Befunde in die Praxis. Nichtsdestotrotz erscheint ein weiterer spezifischer Untersuchungsbedarf vorhanden zu sein. Die Beantwortung nachfolgender Fragen könnte zu einem besseren Verständnis in der Demenzpflege und ihren Auswirkungen auf die Lebensqualität Bewohnender und deren Pflegepersonen führen.

#### Methodische Verbesserungen

Bei zukünftigen Untersuchungen sollte auf folgende Punkte geachtet werden:

- Vergleichbarkeit der Auswahl und der Charakteristika der ausgewählten Personen
- Gleiche Stichprobengrössen pro Pflegekonzept
- Randomisierung der Stichproben
- Überprüfung der Umsetzung des postulierten Pflegekonzeptes und der damit verbundenen Pflegeziele
- Gleich grosse Experimental- und Kontrollgruppen

Wünschenswert wären ausserdem grössere Stichproben. Diese wären allerdings nur durch die Kooperation zwischen verschiedenen Städten oder Institutionsverbänden zu gewinnen.

#### Pflegekonzept versus Institution

- Inwiefern unterscheiden sich Institutionen mit demselben Pflegekonzept bezüglich der Lebensqualität Dementer und der Arbeitszufriedenheit der Pflegemitarbeitenden?
- Ist der Einfluss auf die Lebensqualität Dementer weniger vom Pflegekonzept oder den baulichen Umweltbedingungen als von den individuellen Pflegepersonen abhängig?

#### Pflegekonzept versus Pflegedimensionen

Vielleicht kann gesagt werden, dass Separierende Ansätze noch nicht alle Pflegedimensionen integrieren, die zu einer höheren Lebensqualität führen, und umgekehrt wenden Integrative Ansätze einige dieser Dimensionen ebenfalls an. Man könnte deshalb fordern, dass sich zukünftige Forschung eher an den für die Lebensqualität relevanten Pflegedimensionen orientieren soll, als an einem durch Nomenklatur festgelegten spezifischen Pflegekonzept. Nach Chappel & Reid (2000) sind folgende Pflegedimensionen für eine hohe Lebensqualität Dementer verantwortlich und könnten für die spezifischen Institutionen individuell untersucht werden:

1. Assessment und Diagnose
2. Spezialisierung und fortwährende Weiterbildung Pflegender
3. Flexible Pflegeplanung (care routines)
4. Vermeidung freiheitseinschränkender Massnahmen (physische und chemische)
5. Einbezug klientenrelevanter Aktivitäten (d.h. auch Angehörigeneinbezug)
6. Spezialisierte bauliche Umgebung und Anpassung

## 9 Literatur

- Albert, S.M. (2001). Longitudinal Study of Quality of Life in People with Advanced Alzheimer's Disease. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 9, 160-168.
- Albert, S.M. (2004). The Special Care Unit as a Quality-of-Life Intervention for People with Dementia. *Journal of American Geriatrics Society*, 52, 1214-1215.
- Bellelli, G., Frisoni, G.B., Bianchetti, A., Boffelli, S., Guerini, G.B., Scotuzzi, A., Ranierie, P., Ritondale, G., Guglielmi, L., Fusari, A., Raggi, G., Gasparotti, A., Gheza, A., Nobili, G. & Trabucchi, M. (1998). Special Care Units for demented patients: A Multicenter Study. *The Gerontologist*, 38 (4), 456-462
- BFS (2004). Bevölkerungsstatistik der Schweiz. [www.bfs.ch](http://www.bfs.ch)
- Bianchetti, A., Benvenuti, P., Ghisla, K.M., Frisoni, G.B. & Trabucchi, M. (1997). An Italian model of dementia special care unit: Results of a pilot study. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 11, 53-56.
- Blegen, M.A. (1993). Nurse's Job Satisfaction. A Meta-Analysis of Related Variables. *Nursing Research*, 1, 36-41.
- Braak, H. & Braak, E. (2002). Alzheimer Demenz: Neuroanatomie. In K. Beyreuther, K. M. Einhäupl, H. Förstl & A. Kurz (Hrsg.), *Demenzen*. Stuttgart: Thieme.
- Brühwiler, J. (1988). *Die Zürcher Variante des Mini-Mental-Status nach Folstein* (Zentralstelle der Studentenschaft Hrsg.). Zürich.
- Brunner, C. & Spiegel, R. (1990). Eine Validierungsstudie mit der NOSGER (Nurses' Observation Scale für Geriatric Patients), einem neuen Beurteilungsinstrument für die Psychogeriatric. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 19, 211-229.
- Buhl, A. & Entzian, H. (2002). Wandel gestalten - Wege zu lebensbezogenen Unterstützungsformen für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen und ihre Angehörigen, DGGG-Tagung, September 2001, Kiel. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 35, 181-185.
- Chafetz, P.K. (1991). Behavioral and cognitive outcomes of SCU Care. *Clinical Gerontology*, 11, 19-38.
- Chappell, N.L. & Reid, R.C. (2000). Dimensions of Care for Dementia Sufferers in Long-Term Care Institutions: Are They Related to Outcomes? *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 55B (4), 234-244.
- Cummings, J.L., Mega, M., Gray, K., Rosenberg-Thompson, S., Carusi, D.A. & Gornbein, J. (1994). The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive assesment of psychopathology in dementia. *Neurology*, 44, 2308-2314.
- Friedemann, M.-L., Newman, F.L., Seff, L.R. & Dunlop, B.D. (2004). Planning for Long-Term Care: Concept, Definition, and Measurement. *The Gerontologist*, 44 (4), 520-530.
- Grant, L.A. & Ory, M. (2000). Alzheimer Special Care Units in the United States. In D. Holmes, J. Teresi & M. Ory (Hrsg.). *Special Care Units* (pp. 19-43). New York: Springer.
- Held, C. & Ermini-Fünfschilling, D. (2004). *Das demenzgerechte Heim*. Basel: Karger.
- Holmes, D., Teresi, J. & Weiner, A. (1990). Impacts Associated with Special Care Units in Long-Term Care Facilities. *The Gerontologist*, 30, 178-183.
- Kämmer, K. (2002). Der Beitrag professioneller Pflege zur Lebensweltgestaltung von Menschen mit Demenz. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 35 (3), 186-189.
- Klie, T. & Schmidt, R. (2002). Demenz und Lebenswelten. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 35 (177-1380), 177-180.
- Kloss, C. & Kempe, P. (1986). Eine differenzierende Betrachtung und Validierung des Konstrukts Lebenszufriedenheit: Analyse bewährter Verfahren und Vorschläge für ein methodisch fundiertes Vorgehen bei der Messung der Dimensionen dieses Konstruktes. *Zeitschrift für Gerontologie*, 19, 47-55.
- Koch-Straube, U. (2000). Gedanken zur Situation und zum Verstehen psychisch veränderter alter Menschen. *Forum Sozialstation*, 24, 16-19.
- Krohwinkel, M. (1992). Der pflegerische Beitrag zur Gesundheit in Forschung und Praxis; Agnes Karl Institut für Pflegeforschung (DBfK). *Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit*, 12.
- Lawton, M.P., Van Haitsma, K.M. & Klapper, J. (1998). A Stimulation-Retreat Special Care Unit for Elders with Dementing Illness. *International Psychogeriatrics*, 4, 379-395.
- Lehfeld, H. (1996). Ist mit dem Einsatz von Lebensqualitäts-Skalen in klinischen Studien im Bereich dementieller Erkrankung ein Informationsgewinn verbunden? *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 9 (4), 235-242.
- Leipold, B. & Zank, S. (2002). Die Erfassung subjektiver Lebensqualität bei dementiell Erkrankten: Gütekriterien von Selbstbeurteilungsskalen. *Zeitschrift für Neuropsychologie*, 13 (2), 139-148.
- Lind, S. (2004). Konzeptionen psychogeriatrischer Pflege und Betreuung in den Heimen. Alzheimer Forum: [www.alzheimerforum.de/3/3/bih.html](http://www.alzheimerforum.de/3/3/bih.html).
- Lukesch, H. & Bauer, M. (1991). *Tätigkeitsanalyse, Arbeitsbelastung und Berufszufriedenheit von Beschäftigten im Pflegebereich der stationären Psychiatrie*. Regensburg: Roderer.

- Martin, M. (in Druck). Entwicklungskontexte des mittleren und höheren Erwachsenenalters: Pflegeinstitutionen. In S.-H. Filipp & U. M. Staudinger (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie*, Serie V Entwicklung, Band 6: Entwicklungspsychologie des mittleren und höheren Erwachsenenalters. Göttingen: Hogrefe.
- Nussbaumer, R. & Lienhard, A. (2004). *Demenz-Pflege-Evaluation*. Unveröffentlichte Lizentiatsarbeit. Zürich: Universität Zürich, Psychologisches Institut, Abteilung Gerontopsychologie.
- Phillips, C.D., Sloane, P.D., Hawes, C., Koch, G., Han, J., Spry, K., Dunteman, G. & Williams, R.L. (1997). Effects of residence in Alzheimer disease special care units on functional outcomes. *Journal of the American Medical Association*, 278, 1340-1344.
- Prey, H. (2004). *Ergebnisse Personalumfrage*. Zürich: Pflegezentren der Stadt Zürich.
- Prey, H., Schmid, H., Storni, M., Schmid, M., Mühleisen, S. & A. Bade (2004). *Zur Situation des Personals in der schweizerischen Langzeitpflege*. Kurzfassung der Ergebnisse des Projekts im Rahmen des Nationalen Forschungsprogramms 45 „Probleme des Sozialstaats“. SWC: St. Gallen.
- PZZ. (2004). PZZ-Homepage, from [www.pzz.ch](http://www.pzz.ch)
- Reimer, M.A., Slaughter, S., Donaldson, C. & Currie, G. (2004). Special Care Facility Compared with Traditional Environments for Dementia Care: A Longitudinal Study of Quality of Life. *Journal of American Geriatrics Society*, 52, 1085-1092.
- Rovner, B. W., Steele, C. D. & Shumely, Y. (1996). A Randomized Trial of Dementia Care in Nursing Homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 44, 7-13.
- Saxton, J., Silverman, M., Ricci, E., Keane, C. & Deeley, B. (1998). Maintenance of mobility in residents of an Alzheimer special care facility. *International Psychogeriatrics*, 10, 213-224.
- Selai, C.E., Trimble, M.R., Rossor, M. N. & Harvey, R.J. (2001). Assessing Quality of Life (QOL) in Dementia: Preliminary Psychometric Testing of the Quality of Life Assessment Schedule (QOLAS). *Neuropsychological Rehabilitation*, 11, 219-243.
- Staedt, J., Sparfeld, F., Otto, A. & Stoppe, G. (2003). Stationäre gerontopsychiatrische Behandlung – ein Vergleich zwischen integrierter versus separierter Versorgung an psychiatrischen Universitätskliniken. Teil 1: Patientencharakteristik. *Psychiatrie Praxis*, 30, 242-247.
- Staedt, J., Sparfeld, F., Otto, A. & Stoppe, G. (2003). Stationäre gerontopsychiatrische Behandlung – ein Vergleich zwischen integrierter versus separierter Versorgung an psychiatrischen Universitätskliniken. Teil 2: Diagnosen und Behandlung. *Psychiatrie Praxis*, 30, 248-255.
- Steyer, R., Schwenkmezger, P., Notz, P. & Eid, M. (1997). *Der Mehrdimensionale Befindlichkeitsfragebogen (MDBF): Handanweisungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Strübi, Ch. (2002). *Die Wirkung von Neuroleptica auf die Lewy Body Demenz*. Inaugural-Dissertation. Zürich: Universität Zürich, Medizinische Fakultät.
- Swanson, E.A., Maas, M.L. & Buckwalter, K.C. (1994). Alzheimer's residents' cognitive and functional measures. *Clinical Nurses Research*, 3, 27-41.
- Tekin, S., Fairbanks, L.A., O'Connor, S., Rosenberg, S. & Cummings, J.L. (2001). Activities of Daily Living in Alzheimer's Disease: Neuropsychiatric, Cognitive, and Medical Illness Influences. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 9, 81-86.
- Volicer, L. (2000). Goals of Dementia Special Care Units. *Research and Practice in Alzheimer's Disease*, 4, 93-103.
- Weyerer, S., Schäufele, M., Hendlmeier, I., Kofahl, Ch., Sattel, H., Jantzen, B. & Schumacher, P. (2004). Evaluation der Besonderen Stationären Dementenbetreuung in Hamburg. Internetversion.
- Weyerer, S. & Schäufele, M. (2003). The Assessment of Quality of Life in Dementia. (Vorabdruck).
- Williams, J. & Rees, J. (1997). The use of 'dementia care mapping' as a method of evaluating care received by patients with dementia – an initiative to improve quality of life. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 316-323.
- Zimmerman, S.I., Sloane, P.D., Gruber Baldini, A., Calkins, M., Leon, J., Magaziner, J. & Hebel, J.R. (1997). Philosophy of special care in Alzheimer's special care units. *Journal of Mental Health and Aging*, 3, 169-181.

**Für detailliertere Auskünfte zu den hier angewendeten Instrumenten, den Ergebnissen und der Projektorganisation kontaktieren Sie bitte:**

Universität Zürich  
Zentrum für Gerontologie  
Dr. Sandra Oppikofer  
Sumatrastrasse 30  
8006 Zürich  
E-Mail: [sandra.oppikofer@zfg.uzh.ch](mailto:sandra.oppikofer@zfg.uzh.ch)

## **Demenz-Pflege-Evaluation**

Aus dem Bereich der Gerontopsychologie und der Pflegeforschung stammen unterschiedliche Konzepte für die Gestaltung des pflegerischen Umfeldes bei Menschen mit Demenz. Empirische Befunde zur praktischen Wirksamkeit solcher Prinzipien liegen jedoch bisher im deutschsprachigen Raum kaum vor.

Aus diesem Untersuchungsbedarf heraus wurden drei separate und ein integratives Demenzpflegekonzept hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die Lebensqualität der Bewohnenden mit einer mittelschweren kognitiven Beeinträchtigung und auf die Arbeitszufriedenheit der Pflegetitarbeitenden in einer Längsschnittstudie untersucht.

Bei allen untersuchten Pflegekonzepten stand eine hohe Lebensqualität der Bewohnenden im Zentrum des Interesses. Institutionen mit einem separativen Ansatz scheinen bei der Erreichung dieses Zieles jedoch noch erfolgreicher zu sein. Dass durch eine spezialisierte Betreuungsform gleichzeitig die Arbeitsbedingungen und -zufriedenheit der Pflegetitarbeitenden verbessert werden können, ist ein Befund von nicht minderer Relevanz.