10 Jahre SeneCura Demenzstation Grafenwörth

Eckdaten, Ergebnisse, Key Learnings

Werner Bernreiter, Peter Fasching et.al.

Inhaltsverzeichnis

10 Jahre SeneCura Demenzstation Grafenwörth: Eckdaten, Ergebnisse, Key Learnings 2

Die Demenzstation Grafenwörth 6

10 Jahre Demenzstation aus der Sicht der Pflege 18

Erfahrungen in der Ausbildung in Validation®: Validationsanwenderinnen bzw. -anwender nach Naomi Feil 22

Aktualisierte Darstellung der neurologisch-psychiatrischen fachärztlichen Tätigkeit an der Demenzstation des Sozialzentrums Grafenwörth 30

Kognitive Verlaufsuntersuchungen 32

10-Jahres-Bericht zur medizinisch-wissenschaftlichen Begleitung des Projektes „Demenzstation Grafenwörth“ 34

Anhang: Auswertung des Monitorings der Demenzstation 41

© SeneCura Kliniken- und HeimebetriebsGmbH, Wien 2019

Vorwort

Anton Kellner, MBA

Geschäftsführer SeneCura Gruppe

10 Jahre SeneCura Demenzstation Grafenwörth: Eckdaten, Ergebnisse, Key Learnings

Bereits seit 1998 bietet SeneCura beste Pflege und Betreuung für Seniorinnen und Senioren in Österreich an. Mittlerweile betreiben wir als Markt- und Qualitätsführer im privaten Bereich 84 Pflege- und Gesundheitseinrichtungen in Österreich und 19 in Tschechien.

Unser Ziel ist es, die Lebensqualität der von uns betreuten Menschen zu erhalten und – wenn möglich – zu verbessern und damit zu ihrer Lebensfreude auch im hohen Alter beizutragen. Das gelingt uns, indem wir gemäß unserem Grundsatz „Näher am Menschen“ optimale Betreuungsqualität als oberste Maxime sehen und laufend an innovativen Projekten arbeiten. Zu diesen Innovationen gehört auch die Demenzstation in Grafenwörth – ein für uns, aber auch die gesamte Branche richtungsweisendes Projekt, auf das wir besonders stolz sind.

10 Jahre Demenzstation Grafenwörth

Unsere Demenzstation im SeneCura Sozialzentrum Grafenwörth blickt auf die ersten 10 erfolgreichen Jahre zurück. Das SeneCura Sozialzentrum Grafenwörth wurde als erste Einrichtung Österreichs – und zweite weltweit – von Naomi Feils „Validation Training Institute“ für sein hervorragendes Demenzbetreuungskonzept zertifiziert.

2012 konnten wir das Betreuungsangebot für Menschen mit Demenz mit 30 neuen Betreuungsplätzen deutlich erweitern. Weiters konnten wir eine zweite Kindergartengruppe für 20 Kinder, ein Ausbildungszentrum, ein Fitnesscenter und ein Gesundheitszentrum

mit einem Rot-Kreuz-Stützpunkt schaffen und den Charakter des Hauses als Sozialzentrum im besten Sinne festigen.

Da immer mehr Menschen von demenziellen Erkrankungen betroffen sind – bis 2050 in Österreich laut aktuellen Schätzungen rund 260.000 Menschen – braucht es geeignete Angebote, um ihnen ein Leben mit bestmöglicher Lebensqualität bieten zu können. Als größter privater Anbieter von Pflegeeinrichtungen sehen wir es als unsere Aufgabe, laufend an Innovationen zu arbeiten, um es den Bewohnerinnen und Bewohnern der SeneCura Häuser zu ermöglichen, ihren Lebensabend in Würde zu genießen.

Steigender Bedarf für gerontopsychiatrische Pflege

Jeder zweite in stationären Pflegeeinrichtungen betreute Mensch leidet an einer gerontopsychiatrischen Erkrankung. In den kommenden Jahren wird der Anteil von Bewohnerinnen und Bewohnern mit Demenz weiter zunehmen. Daher müssen flächendeckend demenzgerechte Einrichtungen mit entsprechend geschultem Personal und adäquaten Betreuungsprogrammen geschaffen werden.

Demenzielle Krankheitsbilder bilden die häufigste medizinische Aufnahmediagnose in Langzeitpflegeeinrichtungen. Vielfältige Betreuungs- und Therapieansätze auf Grundlage der Forschung in den Gebieten der Gerontopsychiatrie, Altenpflege und Klinischen Psychologie erhöhen einerseits die Lebensqualität der betroffenen Menschen und entlasten andererseits die Betreuenden. Dazu zählen zum Beispiel architektonische und technische Lösungen zur Minimierung freiheitsbeschränkender Maßnahmen, ein validierender Zugang in der Pflege, Betreuung in kleinen familiären „Wohngruppen“ sowie laufende fachärztliche Konsultation in einem multiprofessionellen Setting.

Lebensräume zum Wohlfühlen für Menschen mit Demenz

Die Gestaltung der Wohn- und Gartenbereiche wirkt sich besonders auch bei Menschen mit Demenz auf das Wohlbefinden und die Lebensqualität aus. Ein spezielles, auf wissenschaftlichen Studien basiertes Bau- und Raumkonzept kommt den Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner entgegen und vermittelt ihnen ein Gefühl von Sicherheit.

Das Raumkonzept für die Demenzstation in Grafenwörth haben wir in Zusammenarbeit mit verschiedenen Expertinnen und Experten und dem Land Niederösterreich neu entwickelt. Die Demenzstation ist Teil des Pflege- und Sozialzentrums, räumlich aber vom allgemeinen Pflegebereich des Hauses getrennt.

Ein speziell abgestimmtes Farb- und Materialkonzept, drei gemütliche Wohngruppen, ein Garten der Erinnerung mit geschützten Wanderstrecken, ein Rundgang mit Sinnesecken sowie die Möglichkeit der Interaktion zwischen Menschen, Tieren und Pflanzenwelt sind wichtiger Bestandteil des Konzepts. Menschen mit Demenz brauchen regel-

mäßig Anregung von außen und Begegnungen mit Menschen jeden Alters. Gemeinsame Aktivitäten mit den Kindern des im Haus angesiedelten Kindergartens stehen ebenso an der Tagesordnung wie die Einbindung von Angehörigen und Ehrenamtlichen. Regelmäßige Besuche von Therapiehunden bringen willkommene Abwechslung.

Betreuung durch ein in Validation geschultes Team

Die bauliche Ausstattung, das Raumkonzept und die Beachtung der Grundsätze der Validation sind noch nicht alles: Bei SeneCura Grafenwörth ist nicht nur das Pflegepersonal, sondern das gesamte Team in Validation geschult und hat einen fünftägigen Grund- und Aufbaukurs absolviert. Physio-, Ergo-, Tier-, Musik sowie Gartentherapeutinnen und -therapeuten unterstützen je nach Bedarf.

Von Grafenwörth in alle Bundesländer

Die demenzgerechte Lebensraumgestaltung nach Naomi Feil, die in Grafenwörth erstmals baulich umgesetzt wurde, diente auch als Vorbild für weitere SeneCura Einrichtungen wie z. B. die Sozialzentren in Traiskirchen, Sitzenberg-Reidling, Ternitz, Schladming, Vasoldsberg, Frauenkirchen, Kirchberg in Tirol, Hard und Lustenau, um nur einige zu nennen. Damit geht die Erfolgsgeschichte unseres Pionierhauses in anderen Bundesländern weiter.

„Näher am Menschen“

Gemäß dem SeneCura Grundsatz „Näher am Menschen“ prägen Menschlichkeit, Wertschätzung und Respekt die tägliche Arbeit in den SeneCura Häusern. Der Mensch steht bei uns immer im Mittelpunkt.

Das gesamte SeneCura Team hat das Ziel, den Bewohnerinnen und Bewohnern dabei zu helfen, ihr Leben nach ihren Wünschen und Bedürfnissen zu gestalten und dabei ein möglichst hohes Maß an Lebensqualität zu genießen. Wir achten die Würde, Persönlichkeit und Rechte der betreuten Menschen, ihren Wunsch nach Selbstbestimmung und Privatsphäre. Wir betrachten den Menschen als Ganzes, beziehen die Lebensgeschichte in das Pflegekonzept ein und arbeiten eng mit den Angehörigen zusammen.

Erfolgsfaktor wissenschaftliche Begleitung

Seit der Gründung unserer Demenzstation lassen wir dieses Projekt wissenschaftlich begleiten und regelmäßig evaluieren. Gemeinsam mit einem wissenschaftlichen Beirat unter der Leitung von Univ.-Prof. Dr. Peter Fasching haben wir laufend und von Beginn an Daten der Bewohnerinnen und Bewohner erhoben und ausgewertet. Die Auswertung erfolgte vierteljährlich anhand von anonymisierten Unterlagen.

Dabei wurde festgestellt, welche Auswirkungen dieses Konzept auf die Lebensqualität der Menschen mit Demenz hat und inwieweit es das Zusammenleben von dementen

Menschen, Angehörigen und Personal verbessert. Mit Hilfe dieses Forschungsprojektes, dessen Endergebnisse nun vorliegen, gewinnen wir wertvolle Daten und Fakten zur Optimierung unserer Betreuungsangebote.

Nach dem 5-Jahres-Bericht möchten wir Ihnen mit diesem 10-Jahres-Bericht die wissenschaftlich evaluierten Ergebnisse der Arbeit unseres zertifizierten Demenzbereiches präsentieren. Basierend darauf arbeiten wir weiter und bauen unser Angebot für Menschen mit Demenzerkrankung in Österreich und Tschechien und bald auch in anderen CEE-Ländern stetig aus, um ihnen die bestmögliche Pflege und Betreuung bieten zu können. Weiters setzen wir auch die wissenschaftliche Forschung in Zusammenarbeit mit dem Institut für Pflegewissenschaften an der Universität Wien fort: Die vergleichende, auf drei Jahre angelegte Verlaufsstudie stellt das Grafenwörther Modell integrativen Ansätzen in der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz gegenüber, die wir natürlich auch anbieten können. In rund zwei Jahren werden wir auch diese Studie der interessierten Fachöffentlichkeit präsentieren.

Werner Bernreiter, MA

Regionaldirektor SeneCura Wien und Niederösterreich

Die Demenzstation Grafenwörth

Die Ausgangssituation

In Österreich leben derzeit etwa 112.000 Menschen mit Demenz, bis zum Jahr 2050 werden es fast 260.000 sein. 30 bis 40 Prozent der Betroffenen werden in stationären Pflegeeinrichtungen betreut.

Dennoch sind nur wenige Pflegestationen auf die Betreuung dieser Menschen vorbereitet. Insbesondere die Durchmischung von dementen mit nicht-dementen Bewohnerinnen und Bewohnern auf ein und derselben Station führt, so das Ergebnis wissenschaftlicher Studien, oft zu großen Problemen sowohl für die Bewohnerinnen und Bewohner als auch für das Pflegepersonal und Angehörige; psychische Belastungen bis hin zu Aggression und körperlicher Gewalttätigkeit können die Folge sein. Um eine adäquate Versorgung dieser Menschen zu gewährleisten, sind neue Pflegekonzepte und insbesondere auch neue Einrichtungsstandards gefordert.

Das Forschungsprojekt „Erfolgsfaktor Validation“

Um dieser gesellschaftlichen Entwicklung Rechnung zu tragen, entwickelte, errichtete und betreibt SeneCura im Sozialzentrum Grafenwörth eine einzigartige Demenzstation, die sowohl baulich als auch in Pflegekonzept und -standards richtungsweisend in Europa ist. Das Team des SeneCura Sozialzentrums Grafenwörth setzt sich gemeinsam seit 2005 dafür ein, den 30 Bewohnerinnen und Bewohnern mit mittelschwerer bis schwerer Demenz ein Altern in Würde zu ermöglichen, ihre Lebensqualität zu steigern und den Krankheitsverlauf zu verlangsamen. Als erste Einrichtung Österreichs – und erst zweite

weltweit – wurde das SeneCura Sozialzentrum Grafenwörth 2010 für sein hervorragendes Demenzbetreuungskonzept ausgezeichnet. 2012 wurde anhand eines Zubaus eine weitere Demenzstation mit 30 Plätzen errichtet.

In der Demenzwohngruppe leben Menschen mit Alzheimer-Demenz und anderen Demenzformen, insbesondere demente Menschen mit Verhaltensauffälligkeiten wie starker Unruhe, ausgeprägtem Wandertrieb und verändertem Tag-Nacht-Rhythmus sowie demente Bewohnerinnen und Bewohner mit auffälligem Sozialverhalten und Intoleranz bezüglich notwendiger Inkontinenzversorgung. Geboten werden eine Atmosphäre der Geborgenheit, Wertschätzung und Anerkennung der persönlichen Wirklichkeit, eine abwechslungsreiche Alltagsgestaltung unter Bezugnahme der Biografie, Vorlieben und Gewohnheiten – kurz gesagt: größtmögliche Freiheit und Selbstbestimmung unter Berücksichtigung der nötigen Sicherheit.

Die Validationsmethode nach Naomi Feil wird daher nicht nur pflegerisch, sondern auch im Bau- und Raumkonzept umgesetzt – eine im deutschsprachigen Raum einzigartige Initiative. Im Rahmen eines Forschungsprojekts mit mehrjähriger wissenschaftlicher Begleitung wird dieses spezielle Betreuungsangebot nach wissenschaftlichen Maßstäben regelmäßig evaluiert. Aus den gewonnenen Erkenntnissen können mögliche Verbesserungen abgeleitet und als Maßstab für künftige Demenzprojekte verwendet werden. Duplizierungen des sehr erfolgreichen Pilotprojekts wurden bereits in einigen SeneCura Pflegezentren umgesetzt und sind in weiteren Häusern konkret in Planung.

Ergebnisse und Evaluation

Im Rahmen einer wissenschaftlichen Begleitung wird dieses spezielle Betreuungsangebot in Grafenwörth nun seit 10 Jahren evaluiert.

Der wissenschaftliche Beirat

Der wissenschaftliche Beirat steht seit Beginn unter der Leitung von Prim. Univ.-Prof. Dr. Peter Fasching. Der Beirat setzt sich aus Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern, Medizinerinnen und Medizinern sowie Fachleuten aus dem Bereich Geriatrie und Pflege zusammen, die sich regelmäßig im Sozialzentrum im Rahmen der Demenzforschungsmeetings austauschen.

Prim. Univ.-Prof. Dr. Peter Fasching
Vorstand der 3. Internen Abteilung mit Kurzzeitpflege des Geriatriezentrums Baumgarten, 1140 Wien
Chefredakteur von „Universum Innere Medizin“ der ÖGIM
Vorstand der 5. Medizinischen Abteilung des Wilhelminenspitals der Stadt Wien mit Endokrinologie, Rheumatologie und Akutgeriatrie, 1160 Wien

Dr. med. univ. Andrea Schöllhammer-Pirich
Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie
ÖAK Diplom für Geriatrie und Palliativmedizin, ÖAK Diplom für Notfallmedizin
Wissenschaftliche Tätigkeit auf dem Gebiet der Immunologie und Urologie am AKH Wien und im Allgemeinen Öffentlichen Krankenhaus Stockerau
Neurologische Betreuung in den SeneCura Sozialzentren Grafenwörth und Purkersdorf

OA Dr. med. univ. Manfred Wieser, MSc
Facharzt für Innere Medizin
ÖÄK Diplom Geriatrie, ÖÄK Diplom Palliativmedizin, ÖÄK Diplom Sportmedizin
Oberarzt am Landesklinikum Krems
Leiter des Gesundheitszentrum Springbrunn in Grafenwörth
Studiendekan an der Karl Landsteiner Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften

Mag. phil. Maria Gattringer, DGKP (bis Ende 2011)
Akademisch geprüfte Lehrerin für Gesundheits- und Krankenpflege
Validationsanwenderin nach Naomi Feil
Mediatorin
Studium Pädagogik/Psychologie (FK), Diplomarbeit über Pflegequalität
Lehrgangsleitung Gerontologie im Ausbildungszentrum des Wiener Roten Kreuzes bis Ende 2011

Eva Wagensommerer, MSc
Akademische Palliativexpertin, Seelsorgerin
Validationsanwenderin nach Naomi Feil Level 1 und Level 2
Kursbegleiterin bei Validationsanwenderkursen

CEO Anton Kellner, MBA
Langjähriger Obmann der ARGE NÖ Heime
Langjähriges Vorstandsmitglied des Bundesv. der Alten- und Pflegeheime Österreichs
Langjähriges Mitglied des Dachverbandes Hospiz
Geschäftsführer SeneCura Gruppe

Reg. Direktor Werner Bernreiter, MA
Akademie für Sozialmanagement
Masterstudium in Gerontologie und soziale Innovationen an der Universität Wien
Vorstandsmitglied der ARGE NÖ Heime
Leiter des SeneCura Sozialzentrums Grafenwörth
Regionaldirektor SeneCura Niederösterreich und Wien

PDL Brigitte Scheffel, MSc
Masterstudium Pflegemanagement an der Universität Krems
Validationsanwenderin nach Naomi Feil Level 1
Pflegedienstleitung im SeneCura Sozialzentrum Grafenwörth Demenznurse

Anlassbezogen wurde der wissenschaftliche Beirat im Lauf der 5 Jahre ergänzt um:

Mag. Gabriele Richter, ehemalige Geschäftsführerin SeneCura Österreich
Mag. Johannes Wallner, Leiter Sonderprojekte SeneCura Österreich

Datenerhebung und Auswertung

Das SeneCura Team legte von Anfang an großen Wert auf Evaluierbarkeit der eingesetzten Maßnahmen. Um die Wirkung dieser besonderen pflegerischen und baulichen Innovationen auf der Demenzstation zu messen, wurde ein spezielles Auswertungsprogramm entwickelt. Das Dokumentationsprogramm wurde auf Basis der bestehenden computergestützten Pflegedokumentation im Haus ausgebaut. Für das Projekt wurde die Software neu entwickelt und programmiert. Seit dem Einzug der ersten Bewohnerinnen und Bewohner im April 2006 läuft das Evaluierungsprogramm.

Unter anderem werden folgende zentrale Parameter erfasst:

- Verlauf der Pflegegeldstufen
- Demenzstadieneinstufung nach Naomi Feil
- Medikamentenanzahl (3 Spezifikationen werden unterschieden: Allgemein, Psychopharmaka, Antidementiva)
- MMSE Minimental State Examination (MMSE 0–30)
- Krankenhausaufenthalte
- Stürze
- Teilnahme an allgemeinen Aktivitäten im Haus
- Validation: Einstufung Sprache, Blickkontakt, Berührungen

Ergebnisse der 10-Jahres-Evaluation

Mithilfe einer ausführlichen Anamnese vor Einzug der Bewohnerin bzw. des Bewohners auf die Station wird der jeweilige Status der Demenz sowohl anhand der Zuordnungskriterien von Naomi Feil als auch auf Grundlage der Mini-Mental State Examination (MMSE) eruiert. Nach einem Beobachtungszeitraum von 10 Jahren lässt sich feststellen, dass der Verlauf der Demenz oftmals verlangsamt werden konnte. Die Betroffenen waren länger stabil als in der Literatur beschrieben.

Einen weiteren deutlichen Indikator für die Verbesserung des Allgemeinzustandes der Bewohnerinnen und Bewohner zeigt auch die Einteilung nach Naomi Feil: Bei keiner der Bewohnerinnen bzw. keinem der Bewohner kam es im Durchschnitt mit dem Wechsel in unsere Einrichtung zu einer akuten Verschlechterung des Zustands. Ganz im Gegenteil: Auch hier konnte gemeinsam eine Stabilisierung erreicht werden.

Sowohl die nonverbale als auch verbale Ausdrucksfähigkeit hat bei der Mehrheit der Bewohnerinnen und Bewohner bei Einzug auf der Station kurzfristig zugenommen. Die Interaktion und Kommunikation mit der Umwelt haben sich verbessert. Die Bewohnerinnen und Bewohner nehmen vermehrt an Gemeinschaftsaktivitäten wie z. B. gemeinsamem Kochen und Backen teil und nutzen aktiv das Therapieangebot der Station. Der Memory-Garten, die Musiktherapie und der Snoezelenraum werden von einigen Bewohnerinnen und Bewohnern gut angenommen und auch entsprechend genutzt.

Zusammenfassung

Für jede Bewohnerin bzw. jeden Bewohner werden die Parameter Verhalten, Blickkontakt, Sprache und Berührung regelmäßig erfasst und in das eigens entwickelte Computerprogramm eingespeist. So kann die Entwicklung jeder einzelnen Bewohnerin und jedes einzelnen Bewohners im Zeitverlauf genau erfasst werden.

Das Pflegepersonal dokumentiert für jede Bewohnerin bzw. jeden Bewohner außerdem eine Reihe weiterer Verhaltensparameter, z. B. wie oft ein Wandertrieb oder Nachtaktivität vorkommen, wie häufig die Bewohnerin bzw. der Bewohner die Angebote zur Aktivitätenküche oder Musiktherapie annimmt, wann der Memory-Garten und der Snoezelenraum besucht werden etc.

Alle diese Ergebnisse belegen eindrücklich die positiven Auswirkungen dieses speziellen Pflege- und Betreuungsangebots im SeneCura Sozialzentrum Grafenwörth. Die Interaktion der vielen Bewohnerinnen und Bewohner mit ihrer Umgebung hat sich deutlich gesteigert. Auch die Zahl der Psychopharmaka und der allgemeinen Medikamente konnte leicht verringert werden, was Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand und das psychische Wohlbefinden zulässt.

Im Gegensatz zu vielen anderen Beispielen aus nichtdemenzgerecht ausgestatteten Pflegeeinrichtungen scheinen sich die Bewohnerinnen und Bewohner in Grafenwörth gut einzuleben und sich in ihrer neuen Umgebung wohlzufühlen.

Das Pflegekonzept

Validation als Grundlage für die Pflege

Die Pflege und Betreuung führt ein in Validation nach Naomi Feil® ausgebildetes Pflegeteam durch. Die Validationsmethode berücksichtigt stärker die spezifischen Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner, fördert die Zufriedenheit der Bewohnerinnen und Bewohner, beugt Konflikt- und Aggressionspotenzial vor. Ein würdevoller Umgang und hohe Wertschätzung für die Bewohnerinnen und Bewohner sind außerdem Basis der Validation. Die Veränderungen erfolgen zwar langsam und fluktuieren von Tag zu Tag, dennoch sind sie nachvollziehbar. Resultate regelmäßiger Validation sind z. B. aufrechtere Sitzhaltung, verstärkte soziale Kontrolle sowie Steigerung des verbalen und nonverbalen Ausdrucksvermögens. Zustände wie Schreien, Auf- und Abgehen sowie Schlagen nehmen ab, der Gang verbessert sich und es sind weniger medikamentöse oder andere Freiheitseinschränkungen erforderlich. Die Bewohnerinnen und Bewohner werden zufriedener, ihre Kommunikation verbessert sich.

Aktivierende Pflege, Basale Stimulation und Kinästhetik als Ergänzung

Ergänzt wird das Pflegekonzept in Grafenwörth durch Aktivierende Pflege, Basale Stimulation, Aromapflege und Kinästhetik. Für alle Bewohnerinnen und Bewohner wird ein individueller Pflegeprozess erstellt. Die persönliche Biografie spielt dabei eine zentrale Rolle: Gemeinsam mit den Angehörigen erfassen die SeneCura-Pflegerinnen und Pfleger die Lebensgeschichte der dementen Bewohnerinnen und Bewohner, um sie besser verstehen zu lernen und sich in sie hineinfühlen zu können. Ergänzt wird die Lebensgeschichte durch Erzählungen und Erinnerungssplitter der Bewohnerinnen und Bewohner selbst.

Individualisierende Pflege: Konsenspapier der Österreichischen Alzheimer Liga

Ein weiterer Leitfaden im pflegerischen Konzept ist neben der hauseigenen Forschung auch das Konsenspapier der Österreichischen Alzheimer Liga, deren Board-Mitglied Prof. Peter Fasching auch Leiter des wissenschaftlichen Beirates in Grafenwörth ist, mit ihren Empfehlungen hinsichtlich den unterschiedlichsten Bereichen wie zu kognitivem Training, Psychotherapie, Nahrungsergänzungsmitteln etc. Individualisierte Pflege lautet hier das Schlagwort – auf das SeneCura mit seinem vielschichtigen Pflegekonzept in der Demenzstation maßgeschneidert eingeht.

Das Pflegepersonal: Bezugspflege mit Validationsausbildung

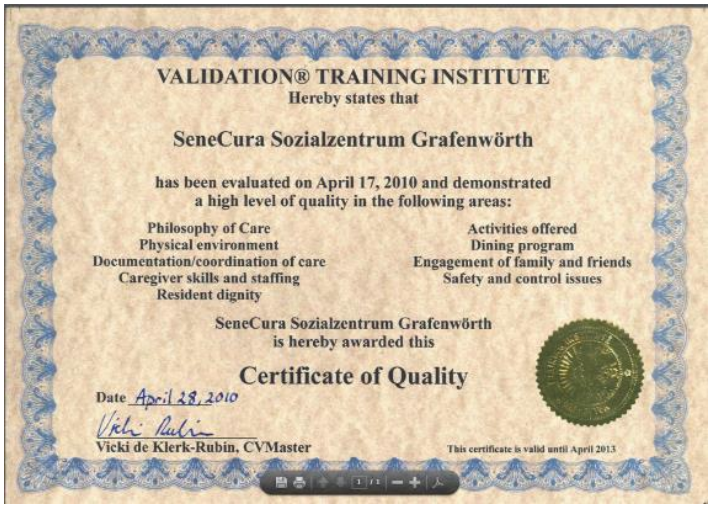
Das Pflegeteam besteht aus geprüften Validationsanwenderinnen und -anwendern. In regelmäßigen Intervallen werden immer wieder Validationskurse für die Pflegenden angeboten. Auch Supervision ist ein wichtiger Bestandteil des Angebots an das Pflegepersonal. Gleichzeitig besteht auch die Möglichkeit, eine Auszeit zu nehmen und auf die normale Pflegestation zu wechseln, wenn die persönliche Belastungsgrenze erreicht ist. Auch die Größe des Pflege- und Betreuerteams ist in diesem Wohnbereich höher als auf der normalen Pflegestation. Durch die kurzen Wegstrecken und übersichtlich gestalteten Wohneinheiten hat das empathische Pflegeteam jederzeit einen guten Überblick über die Bewohnerinnen und Bewohner. In regelmäßigen, bewohnerbezogenen Besprechungen der Pflegedienstleitung mit dem Betreuungspersonal versucht das Team gemeinsam, für jede Bewohnerin und jeden Bewohner das passende Umfeld zu schaffen. Regelmäßige Dienstbesprechungen und Supervision sorgen für regen Informationsaustausch im gesamten interdisziplinären Team.

Nicht nur das Pflegepersonal, sondern sämtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des SeneCura Sozialzentrums Grafenwörth sind in Validation geschult und haben den 5-tägigen Grund- und Aufbaukurs absolviert. Die Arbeit des Teams wird ergänzt durch die Unterstützung von Physio- und Musiktherapeutinnen und -therapeuten. Für die Sauberkeit auf der Station sorgt ein Team von Heimhelferinnen und Heimhelfern sowie Reinigungskräften.

Einbeziehung der Angehörigen

Das Sozialzentrum Grafenwörth ist lizensierte Ausbildungsstätte im Bereich Validation und bietet gemeinsam mit dem Roten Kreuz Grund- und Aufbaukurse sowie Workshops an. Dieses Angebot richtet sich neben den SeneCura Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern auch an **Ehrenamtliche und interessierte** Angehörige. Alle, die mit unseren Bewohnerinnen und Bewohnern zu tun haben, profitieren von der Validationsausbildung. Man lernt die älteren Menschen mit Demenz besser zu verstehen und es erleichtert den Umgang mit ihnen.

Einreichungen des laufenden Projektes mit Auszeichnungen



Das Bau- und Raumkonzept

Die baulichen Maßnahmen

Eines der zentralen Merkmale bei Demenz sind räumliche, zeitliche und situative Orientierungsstörungen. Sie sind oft die ersten Symptome einer solchen Erkrankung und verstärken sich während des weiteren Verlaufs. Der Gegenwartsbezug geht immer mehr verloren und es gelingt den dementen Menschen kaum noch, sich in der jeweiligen Realität zu orientieren. Diese kognitiven Beeinträchtigungen machen spezielle räumliche Adaptierungen notwendig, um den Bewohnerinnen und Bewohnern Sicherheit zu bieten und damit ihr Selbstwertgefühl, ihr Wohlbefinden und ihre Selbstständigkeit zu fördern bzw. bestmöglich zu erhalten.

- Eine **übersichtliche bauliche Struktur** mit einer ebenerdigen, klar strukturierten Anlage mit kurzen Wegen hilft den Bewohnerinnen und Bewohnern sich zu orientieren und unterstützt gleichzeitig das Pflegepersonal, das dadurch jederzeit einen guten Überblick über das Geschehen im Wohnbereich hat.
- **Spezielle Farb- und Lichtkonzepte**, entsprechende Bodenbeläge sowie markante Orientierungshilfen nehmen Rücksicht auf die verminderte Orientierungsfähigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner.
- Die **Sicherheit der Bewohnerinnen und Bewohner** bei gleichzeitiger Ermöglichung einer größtmöglichen Selbständigkeit wird gewährleistet: Die Bewegungsfreiheit der Bewohnerinnen und Bewohner wird gefördert, nicht eingeschränkt.
- Eine angemessene **Anregung der Sinne** verhindert eine Überreizung ebenso wie eine Reizverarmung.
- Die **Herkunft der Bewohnerinnen und Bewohner** wird in die baulichen Gegebenheiten einbezogen, zum Beispiel durch Möblierung mit altbekannten Traditionsstücken.
- Auf **verschiedene Demenzstadien** mit unterschiedlichen Orientierungsstörungen wird Rücksicht genommen.

Das Raumkonzept

Grundlage für die bauliche Adaptierung der Station war das Pflege- und Betreuungskonzept. Dabei wurde die Validationsmethode von Naomi Feil als zentrales Modell zugrunde gelegt.

Die Wohngruppen: Familiäre Nähe mit Rückzugsmöglichkeit

In jeder der mittlerweile 6 Wohngruppen sind je 10 Bewohnerinnen bzw. Bewohner mit unterschiedlichen Stadien der Demenz untergebracht. Die gesamte Station befindet sich im Erdgeschoß des Sozialzentrums und liegt damit ebenerdig. Auch bei der Zimmerstruktur wurden das jeweilige Stadium der Demenz und die damit verbundenen Bedürfnisse nach Nähe und Geborgenheit berücksichtigt. Je nach Stadium der Demenz bzw. Anspruch der Betroffenen stehen in der Demenzstation Grafenwörth 1-Personen-, 2-Personen- oder Familienzimmer zur Verfügung. Alle Zimmer sind direkt vom großen Wohnraum mit Gemeinschaftsküche aus begehbar.

Der Endlos-Rundweg: Abwechslung für „Wanderer“

Ein häufig beobachtetes Phänomen bei dementen Bewohnerinnen und Bewohnern ist ihr gesteigerter Bewegungsdrang. Sie sind unablässig auf der Suche nach Vertrautem. Deshalb wurde in der Demenzstation Grafenwörth darauf geachtet, ihnen möglichst viel Raum zu geben, damit sie diesen Bewegungsdrang ungehindert ausleben können. Gleichzeitig wurden Ruheoasen geschaffen.

Im Wohnbereich gibt es einen Rundgang mit Sinnesecken wie z.B. eine Busstation, eine Waldlichtung, ein Stüberl u.a. Alle diese Orte sind den Bewohnerinnen und Bewohnern aus ihrer Lebensbiografie bestens vertraut. Ein spezielles Soundsystem bringt die typische Geräuschkulisse. In den Sinnesecken gibt es die Möglichkeit sich auszuruhen. Durch moderne technische Hilfsmittel werden diese Orte sinnlich erlebbar gemacht. Spezielle Duftsensoren verbreiten den typischen Geruch von Tannennadeln und Harz, der Wind rauscht und man hört Vögel zwitschern.

Der Memory-Garten – Anregung aller Sinne

Im Außenbereich befindet sich der Memory-Garten. Jede Wohngruppe besitzt einen direkten Zugang zu diesem speziellen Therapiegarten, der insgesamt eine Fläche von rund 4.300 m² umfasst. Der Garten ist auf die Bedürfnisse pflegebedürftiger Menschen mit Demenz ausgerichtet und bietet zahlreiche Stimuli für alle Sinne. Der Weg durch die Grünoase ist in Schlaufen angelegt, die alle in der Mitte des Gartens zusammenlaufen. Die Wege sind mit Handläufen gesichert. Verschiedene Obstbäume, Beerensträucher und Gemüsebeete laden zum Schmecken ein. Kräutergarten und Blumeninseln aktivieren den Geruchssinn. Klangspiele, spezielle Gräser und Halme rauschen im Wind und stimulieren das Gehör. Für Bewohnerinnen und Bewohner, die gerne aktiv sind, bietet der Garten zahlreiche Beschäftigungsmöglichkeiten. Beim Ernten der Beeren oder beim Jäten im Kräuter- und Blumenbeet können sie geliebten Hobbys weiter nachgehen.

Ergebnisse und Ausblick

Die Demenzstation als Pilotprojekt kann bisher für das Haus insgesamt als erfolgreich bezeichnet werden. Untersucht man die Eignung des Projekts zur Lösung der Demenzproblematik und der Herausforderung, schwer demente Menschen zu betreuen, so können wir bestätigen, dass unser Modell viele Probleme lösen kann. Wir können zeigen, dass durch die Mitwirkung des Pflegeteams, der wissenschaftlichen Begleitung und dem Einsatz von Ärztinnen und Ärzten, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, Validationsanwenderinnen und -anwendern, Therapeutinnen und Therapeuten usw. im Bereich des Demenzverlaufs positive Ergebnisse im Sinne einer vorübergehenden Stabilisierung/Verzögerung des Fortschreitens erreicht werden konnten. Daneben wurde durch die verbesserte, effizientere Versorgung und Betreuung sowohl für die Bewohnerinnen und Bewohner als auch für ihre Angehörigen mehr Wohlbefinden erzielt.

Als Leiter der Einrichtung erkenne ich vor allem, dass der Heimalltag im Zusammenleben mit schwer dementen Menschen, pflegebedürftigen Menschen, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und Angehörigen mit der Integration einer im Haus befindlichen Demenzstation sehr harmonisch sein kann. Die

Begleitung durch das Team des wissenschaftlichen Beirats war ein sehr wichtiger Schritt, um auch externe Meinungen zu erhalten, die uns dabei helfen, den richtigen Weg einzuschlagen.

Die umfangreichen erfassten Daten sollen auch in Zukunft für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Ärztinnen und Ärzte sowie Therapeutinnen und Therapeuten Grundlage für die Entwicklung weitere Verbesserungsmaßnahmen im Bereich Pflege, Betreuung und ärztlicher Versorgung sein. Hier übernimmt SeneCura eine Vorreiterrolle in Österreich und schafft wertvolle Basisdaten und Informationen im immer wichtiger werdenden Bereich der Demenzbetreuung. Als in Österreich einzigartiges Projekt können unsere Ergebnisse als Fundament für andere Einrichtungen und weitere Demenzforschung dienen.

Wir freuen uns, 2010 von Vicki de Klerk, Tochter der Validationsbegründerin Naomi Feil und Europa Managerin des Validation Training Institute, für unser Betreuungskonzept ausgezeichnet worden zu sein – und das als erste Einrichtung Österreichs und erst zweite weltweit! 2011 kam erneut hoher Besuch in unser Haus, und zwar aus Südafrika: Rayne Stroebel, Partner der Eden-Alternative – einer Philosophie mit dem Ziel, die Lebensqualität von Menschen mit Demenz nachhaltig zu verbessern–, hatte von unserem einzigartigen Projekt erfahren und wollte sich selbst ein Bild machen. Darüber hinaus besichtigten Delegationen aus mittlerweile allen Kontinenten – sogar aus China – unser Sozialzentrum und zeigten sich von unseren Wohngruppen für demente Menschen begeistert. Eine schöne Bestätigung unserer laufenden und engagierten Arbeit für das Wohlbefinden dementer Bewohnerinnen und Bewohner.

Unser Haus steht für Interessierte sehr gerne offen. Der Austausch von Wissen ist uns ein großes Anliegen. Wir informieren die Öffentlichkeit mit Pressearbeit, bei Heimfesten oder auch auf Publikumsmessen wie dem Wiener Alzheimertag über unser einzigartiges Betreuungsangebot. Anregungen und Ideen nehmen wir gerne auf – denn nur in enger Kooperation mit dementen Menschen, ihren Angehörigen und fachlichen Expertinnen und Experten können wir unser hohes Betreuungsniveau für unsere Bewohnerinnen und Bewohner auch in Zukunft weiter ausbauen.

Brigitte Scheffel, MSc

Pflegedienstleitung SeneCura Sozialzentrum Grafenwörth
Validationsanwenderin Level 1, Demenznurse

10 Jahre Demenzstation aus der Sicht der Pflege

Das Resümee nach 10 Jahren Pflege von Menschen mit Demenz und herausfordernden Verhalten in Wohngruppen im SeneCura Sozialzentrum in Grafenwörth: Auch nach zehn Jahren der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz und herausfordernden Verhalten (Halek, Bartholomeyczik, 2006; Höwler, 2008) auf der Demenzstation im SeneCura Sozialzentrum Grafenwörth kann man sagen, dass die Herausforderung für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Wesentlichen gleich geblieben ist.

Immer wieder wurde mir bestätigt, dass sich der Einfluss der Ausbildung zur Validationsanwenderin bzw. zum Validationsanwender sehr positiv auswirkt. Die innere Haltung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die Belastbarkeit durch das gesteigerte Verständnis für die Bewohnerinnen und Bewohner und ihr Krankheitsbild und das Geschick, mit angespannten Situationen richtig umzugehen, sind für diesen Wohnbereich unverzichtbar geworden. Die validierende Grundhaltung geht den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Laufe der Zeit regelrecht ins Blut über.

Sehr wertvoll für das Wohlbefinden der Bewohnerinnen und Bewohner sind die regelmäßigen Treffen in Validationsgruppen. In diesen Gruppen hat jede Teilnehmerin und jeder Teilnehmer ihre bzw. seine – der Biografie angepasste – Rolle, die sie bzw. er in diesem Rahmen ausleben kann. Menschen, die oft im Alltag schon verstummt sind, schaffen es hier, in ihrer Rolle z. B. flammende Begrüßungsreden zu halten.

Nach wie vor entsteht der Eindruck, dass die Entwicklung sich in Richtung frontotemporaler Demenz verschiebt. Waren unsere Erstbewohnerinnen und -bewohner zumeist an klassischer Demenz vom Alzheimer-Typ erkrankt, so steigt die Zahl jener, bei denen die

Symptomatik eines Frontalhirnsyndroms im Vordergrund steht. Der Pflege- und Betreuungsaufwand ist für diese Betroffenen noch um einiges intensiver als der für Menschen mit Symptomen einer klassischen Alzheimer-Demenz.

Die Tagesaktivitäten in den Wohngruppen wurden an diese neue Herausforderung angepasst. So ist es mit Bewohnerinnen und Bewohnern mit Demenz vom Alzheimer-Typ noch möglich, den Weingarten aufzusuchen und viele nehmen in Begleitung an den hausinternen Freizeitangeboten (Messe, Rosenkranz, Kino, Bewegungsrunde, Basteln etc.) teil. Bewohnerinnen und Bewohner mit Frontalhirnsyndrom können hingegen trotz Begleitung nur noch sehr eingeschränkt an den Aktivitäten des Hauses teilnehmen, vielmehr werden hier vermehrt Tier- und Musiktherapie und vor allem Einzelbetreuungen benötigt. Die begleitende Betreuung der Angehörigen ist bei dieser rasch fortschreitenden Erkrankung eine wesentliche Aufgabe der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Auch bei der Ernährung musste ein Umdenken stattfinden. Während Menschen mit Alzheimer-Demenz häufig noch in der Lage sind, mit Messer und Gabel zu essen, so ist der Gebrauch dieser Instrumente Menschen mit Frontalhirnsyndrom meist nicht mehr geläufig. Wenn die Bewohnerinnen und Bewohner auch nicht mehr in der Lage sind, einen Löffel zu gebrauchen, steht ihnen jetzt Fingerfood zur Verfügung, sodass genussvolle „selbständige“ Ernährung möglichst lange gewährleistet ist. In dieser Phase der Demenz wird Fingerfood von den Betroffenen sehr gerne angenommen.

Die im 3-Jahres-Bericht erwähnten Schwierigkeiten beim Einzug neuer Bewohnerinnen oder Bewohner haben sich über den gesamten Beobachtungszeitraum nicht verändert. Die Reaktion einzelner Bewohnerinnen und Bewohner bzw. die darauffolgende positive oder negative Dynamik der Wohngruppe richtet sich nach den Verhaltensauffälligkeiten der Neuzugänge. Erhöhter Wandertrieb und die Tendenz zur Zerstörung steigen allerdings mit der Diagnose der Frontalhirnsymptomatik an. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben im Laufe der Jahre Strategien entwickelt, die es ihnen ermöglichen, die Gruppe relativ rasch wieder zu stabilisieren. Sehr hilfreich hat sich hierbei das Erinnerungszimmer erwiesen. Die Möglichkeit, neue Bewohnerinnen und Bewohner hierhin umzuleiten, hat schon so manche unruhige Nacht im wahrsten Sinne des Wortes einschlafen lassen. Eine weitere Hilfe zur rascheren Eingewöhnung sind die Kindergartengruppen. Da die Kinder unvoreingenommen auf die Bewohnerinnen und Bewohner zugehen, können sich diese rascher beruhigen und akklimatisieren. Sie fühlen sich schnell akzeptiert und oftmals auch gebraucht („Kinderbetreuung“).

Durch den oft anhaltend hohen Bewegungsdrang trotz körperlichem Abbau und allgemeiner Schwäche bei einigen Bewohnerinnen und Bewohnern mussten wir geeignete Maßnahmen treffen, um diese vor vermehrten Sturzgeschehen zu schützen. Herkömmliche Gehhilfen werden immer wieder irgendwo vergessen und bieten keine Unterstützung. Der Einsatz von Sensormatten oder Raumsensoren vor dem Bett hat vielfach mitgeholfen, vor allem nächtliche Stürze zu vermeiden, da die alarmierte Kollegin bzw. der

alarmierte Kollege zumeist noch vor dem Sturzgeschehen bei der Bewohnerin bzw. dem Bewohner eintrifft und bei der Mobilisation behilflich sein kann. Als wahres Geschenk für Menschen mit hohem Bewegungsdrang bei gleichzeitiger Schwäche und Mobilitätseinschränkung haben sich „Walker“ erwiesen. Die Bewohnerinnen bzw. Bewohner stehen in einem Laufwagen, mit dem sie sich beinahe ungehindert fortbewegen können. Er bietet einen fixen Rahmen zum Festhalten und verfügt zudem über eine stabile Sitzfläche mit Rückenlehne, die jederzeit genutzt werden kann. Vielfach wurden Bewohnerinnen und Bewohner durch die Verwendung des Walkers so weit gekräftigt, dass selbstständige Mobilität auch ohne Hilfsmittel wieder möglich wurde. Der Walker verhindert also Stürze und fördert die Kräftigung der Beine und die Gangsicherheit.

Eine weitere Methode, um Bewohnerinnen und Bewohner vor folgenreichen Verletzungen zu schützen, sind Protektorhosen, die bei einem Sturz den oft so fatalen Oberschenkelhalsbruch verhindern können. In puncto Freiheitseinschränkung gibt es noch immer nur die Maßnahme der elektronischen Überwachung durch das Anlegen einer „Demenzuhr“, die beim Verlassen des geschützten Areales ein Signal an das Telefon der Betreuerin bzw. des Betreuers sendet.

Der Eindruck, dass die Bewohnerinnen und Bewohner der Wohngruppen durch die geschützte Atmosphäre und die ständige Anwesenheit einer Pflegekraft ausgeglichen und zufrieden wirken, hat sich auch nach 10 Jahren bestätigt. Die ebenerdige Anbindung an den Garten und das Maximum an Bewegungsfreiheit reduzieren auf ganz natürliche Weise Aggressionen, die bei Menschen entstehen, die sich eingesperrt oder überwacht fühlen.

Die baulichen Gegebenheiten der Wohngruppen im SeneCura Sozialzentrum in Grafenwörth, der individuelle Tagesablauf und die Pflege und Betreuung durch speziell geschultes Personal sind – wie die nunmehr 10-jährige Erfahrung zeigt – sowohl für Menschen mit Alzheimer-Demenz im klassischen Sinn als auch für jene mit Frontalhirnsymptomatik ein optimaler Lebensbereich, in dem sie unter anderem ihrem Wandertrieb nachgehen können.

Auch wenn die Bewohnerinnen und Bewohner einander nicht immer verstehen (aufgrund des Sprachverfalls), findet soziale Interaktion statt, ohne dass es zu aggressiven oder ablehnenden Übergriffen kommt, wie es auf Integrationsstationen zwischen desorientierten und orientierten Bewohnerinnen und Bewohnern immer wieder zu beobachten ist.

Literaturhinweise

HALEK, Margareta; BARTHOLOMEYCZIK, Sabine (2006): Verstehen und Handeln – Forschungsergebnisse zur Pflege von Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten. Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH &Co.KG.

HÖWLER, Elisabeth (2008): Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz. Verlag W. Kohlhammer.

Eva Wagensommerer, MSc (Palliative Care)

Validationsanwenderin Level 1 und Level 2
Begleitung von Anwenderkursen
Seelsorgerin

Erfahrungen in der Ausbildung in Validation®: Validationsanwenderinnen bzw. -anwender nach Naomi Feil

Zur Implementierung von Validation haben Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen zentrale Bedeutung. Das Sozialzentrum Grafenwörth ist seit 2006 lizenzierte Ausbildungsstätte und bietet Schulungen für Einzelvalidation an. Zwei unterschiedliche Ausbildungsformen sind auf die Bedürfnisse und Anforderungen der jeweiligen Zielgruppen abgestimmt. Demnach gibt es für die Einzelvalidation Grund- und Aufbaukurse sowie Zertifikatslehrgänge zum Validationsanwender Level 1.

Grund- und Aufbaukurs

Diese zurzeit dreitägige Kursform wird einmal jährlich organisiert und allen neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern (sämtlicher Qualifikationen – also auch Personal aus den Bereichen Reinigung, Heimhilfe, Büro, Seniorenbetreuung, Haustechnik, PA, FSOB und DGKP) angeboten und ist als verpflichtend anzusehen. Pro Kurs werden etwa 18 Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer (intern und extern) geschult. Grundkenntnis der Methode Validation tragen nicht nur zum besseren Verständnis für den Umgang mit desorientieren Heimbewohnerinnen und -bewohnern bei, auch befähigen sie zu sinnvoller Kooperation mit den zertifizierten Validationsanwenderinnen und -anwendern.

Zertifikatslehrgang für Einzelvalidation – Level 1 nach Naomi Feil

In Kooperation mit dem österreichischen Roten Kreuz werden im Haus Lehrgänge für Einzelvalidation (Level 1 nach Naomi Feil) angeboten. Sie halten sich an die vom Validation Training Institute (VTI)[1] vorgegebenen Standards, werden von 2 Validationslehrerinnen geleitet und schließen mit Prüfung und Zertifikatsverleihung ab. Der Lehrgang für Validationsanwenderinnen und -anwender besteht aus 5 zweitägigen Ausbildungsblöcken (10 Tage), die sich über neun Monate erstrecken. Zwischen den einzelnen Blöcken sammeln die Teilnehmerinnen und Teilnehmer praktische Erfahrung in der Anwendung von Validation. Die Zertifizierungskriterien gelten weltweit.

Das Zertifikat Level 1 – Einzelvalidationsanwenderin bzw. -anwender

Das Zertifikat berechtigt:

- zur Ausübung von Einzelvalidation
- zur kurzen Präsentation von Validation vor kleinen Gruppen
- zur Unterstützung von Interessentinnen und Interessenten beim Kennenlernen der Methode

Die Lehrgänge sind offen für Interessierte und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von anderen Institutionen, für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus Grafenwörth gilt naturgemäß der Heimvorteil.

Im Juni 2018 wurde der 11. Lehrgang abgeschlossen. Der Kurs für das Arbeitsjahr 2018/2019 ist bereits ausgebucht.

Bis dato haben im Sozialzentrum Grafenwörth 193 Personen den Kurs mit abschließender Prüfung absolviert und dürfen sich offiziell als zertifizierte Validationsanwenderin bzw. als zertifizierter Validationsanwender bezeichnen.

Die Kurse sind grundsätzlich aus mehreren Berufsgruppen zusammengesetzt, am stärksten vertreten war bis jetzt die Gruppe der Pflegehelferinnen und -helfer bzw. der

[1] 1983 gründete Feil das Validation Training Institute (VTI) mit einem hauptamtlichen Vorstand, um die Unterstützung und Organisationsform zu erhalten, die sie notwendig fand. Seither hat das VTI, eine in den USA ansässige gemeinnützige Organisation, kontinuierlich Zertifizierungsstandards und Trainingsprogramme entwickelt und ein Netzwerk regionaler, nationaler und internationaler Validations-Organisationen geformt. Naomi Feil ist Geschäftsführer des VTI, Vicki de Klerk-Rubin ist Europa-Manager. Die **E**uropean **V**alidation **A**ssociation ist eine Dachorganisation für Organisationen, Personen und Einrichtungen, die sich intensiv mit der Validationsmethode beschäftigen (www.validation-eva.com).

Pflegeassistentinnen und -assistenten (104), gefolgt von diplomiertem Pflegepersonal (54), 6 Seniorenbetreuerinnen und Vertreterinnen und Vertretern aus dem sozialpädagogischen und therapeutischen Bereich.

Der aktuelle Personalstand im Sozialzentrum Grafenwörth beträgt 105 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, 80 davon in der Pflege. 89 Prozent des Personals hat Fortbildungen zum Thema Validation besucht und hat somit zumindest Grundkenntnisse in dieser Methode, 33 Personen haben das Zertifikat Level 1 für Einzelvalidation und 2 Personen sind zur Gruppenvalidation berechtigt (Level 2).

Neu eingetretenes Personal wird für den jeweils nächsten Grundkurs eingeplant und verpflichtet.

Umfrage unter Absolventinnen und Absolventen

Um ein Bild über die Nachhaltigkeit zu bekommen, wurde 2009 unter ausgebildeten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eine Umfrage mittels Fragebogen gemacht. Folgend eine Zusammenfassung der Ergebnisse, wobei einige Aussagen wörtlich zitiert sind.

1. Im Rückblick gesehen – wie hilfreich war diese Ausbildung für meine Arbeit?

Hier wurde einstimmig die Note 1(= sehr) vergeben.

2. Was hat sich durch die Ausbildung geändert?

a) Für mich selbst:

„Ich kann mich in die gegebene Situation des Bewohners einfühlen, aber auch besser Grenzen setzen."

„Durch Validation fühle ich mich gut, weil Erfolg ersichtlich."

„Ich habe ein besseres Verständnis für ‚anstrengendes Verhalten', aber auch ein besseres Verständnis für das eigene Leben und eine allgemein tolerantere Einstellung zu den Mitmenschen."

„Ich gehe ganz anders auf die Bewohner zu – versuche mich in ihre Lage zu versetzen."

„Der Dienst ist wesentlich leichter geworden, da ich vieles mit anderen Augen sehen kann." „Bewohner geben vieles zurück. Es macht Spaß zu validieren."

„Ich verstehe jetzt mehr, aber auch generell veränderte sich der Umgang mit Patienten für mich."

„Ich reagiere bei manchen Fragen oder Handlungen ruhiger."

b) Für die Heimbewohnerinnen und -bewohner:

„Es ist mehr Zufriedenheit, Ausgeglichenheit zu erkennen, sie fühlen sich offensichtlich zu Hause."

„Die Bewohnerinnen und Bewohner profitieren sehr davon, dass wir nicht mehr so leicht in Stress kommen, man kann es auch spüren – und so fühlen auch wir uns wohler."

„Die Heimbewohnerinnen und -bewohner sind ruhiger und entspannter, weil sie so angenommen werden, wie sie sind."

c) Für das Team:

„Je mehr die Ausbildung haben, desto besser geht es – wir sprechen im Team oft darüber!"

„Durch die Validationsausbildung fühlen wir uns nicht mehr so schnell persönlich angegriffen – das hat eine Auswirkung auf das Team, wir tauschen oft aus, wenn einer einen guten Weg zum Heimbewohner gefunden hat."

Auch wenn diese Aussagen nicht durch Zahlen und Fakten belegbar sind, wird doch eine große Steigerung der Zufriedenheit am Arbeitsplatz spürbar. Die positiven Auswirkungen auf die betreuten Personen, deren Angehörige und auch auf die Kolleginnen und Kollegen werden sehr oft betont. Ebenso wird die Bedeutung der Ausbildung mit ihren Inhalten für den eigenen Lebensweg immer wieder hervorgehoben. Validation bedeutet Wertschätzung und kann zu einer alles bereichernden Haltung werden. Im Umgang mit desorientierten Menschen ist zudem die Stressreduktion ein häufig genannter Faktor, der sich auf alle Beteiligten auswirkt und demnach große Bedeutung hat. Als wünschenswert und sinnvoll wird daher die Ausbildung möglichst vieler KollegInnen auch in der Zukunft gesehen.

Gruppenvalidation – Level 2 nach Naomi Feil

Zum Zeitpunkt des Berichts haben 2 Personen aus dem Pflegebereich die Ausbildung zur Validationsgruppenleiterin bzw. -leiter (Level 2 nach Naomi Feil), diese wurde in Wien absolviert. Beide hatten zuvor das Zertifikat für Einzelvalidation in einem der hauseigenen Kurse erworben.

Level 2: Validations-Gruppenleiterin bzw. -leiter

Um ein Zertifikat zu erlangen, muss man:

- den Nachweis der abgelegten Anwenderprüfung vor Beginn der Ausbildung erbringen
- am Lehrgang teilnehmen
- die Leitung einer Validationsgruppe über mindestens 6 Monate dokumentieren
- eine schriftliche und praktische Prüfung (Live oder Video) bestehen

Das Zertifikat berechtigt:

- zur Leitung von Validationsgruppen
- zur Unterstützung (Praxisanleitung) von Kolleginnen und Kollegen in Stufe 1 und zu kurzen Präsentationen für kleine Gruppen von an Validation Interessierten

  (http://www.validation-eva.com/)

Die Validationsgruppe soll desorientierten Menschen ermöglichen, in einer Atmosphäre der Geborgenheit miteinander in Kontakt zu kommen, die Kommunikationsfähigkeiten zu erhalten bzw. zu verbessern und ihnen das Gefühl der Zugehörigkeit und des Angenommenseins vermitteln.

> *„Eine Gruppe funktioniert gut mit zeitverwirrten Personen und solchen mit sich wiederholenden Bewegungen. Personen in Phase 2 und 3 haben wenig Energie und Konzentrationsvermögen für Gespräche unter vier Augen. In einer Gruppe schauen Menschen einander an, sitzen nahe beieinander, berühren sich beim Tanzen und Händehalten. Energie verteilt sich im Raum. Die Gruppe beschwört Erinnerungen an Rollen in der Familie, an frühere Gruppenrollen und soziales Verhalten herauf. Die Menschen beginnen zuzuhören, und das Sprechvermögen wird besser.“ (Naomi Feil, Vicki de Klerk-Rubin: Validation. Reinhardt Verlag, 9. Auflage, 2010, S. 106)*

Einrichtung einer Validationsgruppe im Sozialzentrum Grafenwörth

Im Zuge der oben erwähnten Ausbildung konnte im März 2010 eine Validationsgruppe gestartet werden. Sie setzt sich zusammen aus Heimbewohnerinnen und -bewohnern der 3 Wohngruppen. Sie befinden sich im Stadium der Zeitverwirrtheit (Stadium 2 nach N. Feil) bzw. im Übergang zum Stadium der sich wiederholenden Bewegungen (Stadium 3 nach N. Feil). Die Zusammensetzung ist seit Gruppengründung sehr stabil, 5 von den 7 Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer sind seit Anfang an dabei.

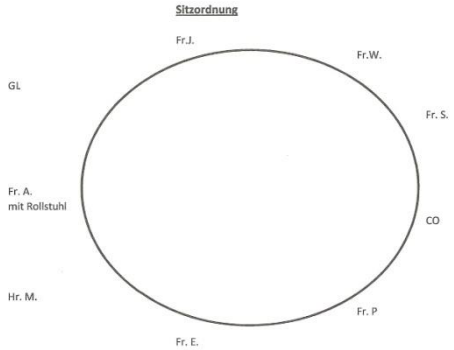


Abbildung 1: Beispiel für Sitzordnung

Die Verantwortung haben die ausgebildeten Pflegepersonen, die sich in der Leitung bzw. Co-Leitung abwechseln. Eine ehrenamtliche Mitarbeiterin bzw. ein ehrenamtlicher Mitarbeiter steht zur Unterstützung bereit und übernimmt die Rolle der Co-Leitung in Urlaubs- und Ausfallszeiten. So ist die unbedingt erforderliche Regelmäßigkeit ermöglicht.

Die wöchentlichen Gruppensitzungen sind geprägt von einer rituellen Struktur, einer gleichbleibenden Sitzordnung und einer sorgfältig ausgewählten Rollenverteilung. Jedes Gruppenmitglied hat eine Rolle; die Zuteilung dieser Rolle resultiert aus der Biografie der Person, deren Neigungen und Fähigkeiten. So wird zum Beispiel aus einer Frau, die früher bei einem Chor gesungen hat, die Vorsängerin, die die Lieder anstimmt, oder eine Person, die in der Vergangenheit eine wichtige Funktion in einem Verein hatte, ist zuständig für die Begrüßung und Verabschiedung der Gruppe. Die ehemalige Pfarrerköchin ist vertraut mit der Gastgeberrolle, sie teilt das vorbereitete Essen und Getränke aus.

Durch das Zurückrufen gewohnter Rollen soll und kann das Selbstwertgefühl der alten Menschen wiederhergestellt werden. Durch gleichbleibende Abläufe wird die Gruppe sehr vertraut, selbst wenn die Teilnehmerinnen und Teilnehmer nicht fähig sind, von der Gruppe als solcher zu erzählen oder sich an Einzelheiten zu erinnern. Durch die Atmosphäre der Geborgenheit entsteht Sicherheit und durch die Ausübung von Rollen sind alle mit einbezogen. In einer Validationsgruppe gibt es Musik, Gespräch, Bewegung und Essen. Der Einsatz von Musik, Singen und Bewegung aktiviert und ist energiefördernd. Im Gesprächsteil geht es in erster Linie um Gefühle und gegebenenfalls um gemeinsame Problemlösung. Zum Beispiel wird besprochen: „Frau M. ist traurig, wie könnten wir ihr helfen?“ Im Gesprächsteil geht nicht um reale Fakten, hierbei grenzt sich eine Validationsgruppe klar von einer Erinnerungsgruppe ab.

In Zusammenarbeit mit der Co-Leitung ist die Gruppenleiterin bzw. der Gruppenleiter verantwortlich für den Ablauf des Treffens, die Verbindung zwischen den einzelnen Teilen und fordert vor allem die Interaktion zwischen den Gruppenmitgliedern. Wichtig sind die Information und Aufklärung der Angehörigen. Dies geschieht sowohl in Einzelgesprächen als auch durch kurze Vorträge bei Angehörigenabenden. Der Einladung zum Zuschauen sind bereits einige Angehörige sowie auch Schülerinnen und Schüler sowie Praktikantinnen und Praktikanten gefolgt. Das Treffen dauert etwa 50 Minuten ohne Vor- und Nachbereitungszeit. Die Dokumentation und Auswertung erfolgt auf speziellen Dokumentationsblättern, auf denen der Verlauf des Treffens, die Sitzordnung in der Gruppe und das Verhalten der Mitglieder notiert wird. Vor allem wird das Augenmerk auf die Erfüllung der Rolle, das soziale Verhalten und die Kommunikationsfähigkeit gerichtet. Zusätzlich werden Hauptthemen und Ereignisse kurz beschrieben sowie Bemerkungen und Empfehlungen für die nächste Zusammenkunft notiert.

Zwei Beispiele sollen mögliche Auswirkungen auf die Verfassung desorientierter alter Menschen veranschaulichen:

Name	Spricht in der Gruppe	Blick Kontakt	Berührung	Sozial mit anderen	Rolle ausgeübt	Aktive Teilnahme	Ph.	Rolle
Fr. J.	3-4	3-4	4	3-4	3-4	3-4	II	Mahlzeit
Fr. W.	2	3-4	3-4	3	3-4	3-4	II	Getränke
Fr. S.	3-4	3	3-4	3	3-4	3-4	II	Begrüßer
Fr. P.	3	3-4	3-4	3-4	3-4	3-4	I-II	Servietten
Fr. E.	3-4	3-4	4	4	4	4	II	Bewegungsl.
Hr. M.	3-4	3-4	3-4	3	4	4	II	Berater
Fr. A.	3	4	4	4	3-4	3-4	II	Vorsängerin
Hr. M. spricht sehr viel, aber undeutlich								

0 = nie, 1 = selten, 2 = gelegentlich, 3 = häufig, 4 = immer

Abbildung 2: Ausschnitt aus der Dokumentation Validationsgruppe vom 27.9.2010, Grafenwörth

Frau S. wohnt seit Oktober 2006 im Sozialzentrum Grafenwörth. Sie ist 1926 geboren, hat kaum Kontakte mit ihrer Familie. Aus ihrer Biografie ist bekannt, dass sie bis zum Pensionsalter Buchhalterin war. Vom Personal wird sie einstimmig als sehr zurückhaltend und ängstlich beschrieben und weist sowohl körperliche als auch psychische Charakteristika von Stadium 2 nach Naomi Feil auf.

Frau S. ist seit Gründung der Gruppe ein Mitglied. Sie hat den Platz neben der jeweiligen Co-Leiterin, die ihr Halt gibt. Bei an sie gerichteten Fragen stellte sich sehr bald heraus, dass Frau S. eine vornehme Ausdruckweise hat und ihre Worte sehr gewählt einsetzt. So wurde ihr die Rolle der Begrüßung und Verabschiedung der Gruppe übertragen.

Im Dokumentationsverlauf März bis September 2010 zeigt sich, dass sie laut Beobachtung der Validationsanwenderinnen bzw. -anwender in dieser Rolle immer sicherer wird – mit der Voraussetzung, dass man ihr Zeit lässt und die Co-Leiterin sie berührt, d. h. ihr die Hand auf den Rücken legt. Sie nimmt sichtlich mit Freude an der Gruppe teil, im Lauf der Zeit bringt sie sich auch selbständig ein und erstaunt mit meist sehr gewählten Worten.

Zusätzlich bestätigt das Pflegeteam in der Wohngruppe Veränderungen im Verhalten im Wohnbereich, im normalen Heimalltag. Frau S. ist viel kommunikativer, nimmt von sich aus mit anderen Kontakt auf und kommt wesentlich leichter aus der Isolation heraus.

Frau E. wurde anfangs mit dem Rollstuhl in den Gruppenraum gebracht und blieb auch während des Treffens darin sitzen. Die Gruppe erlebt sie vorerst einmal sehr unsicher, sie schimpft viel, redet ständig von ihrer Tochter, lässt wenig Berührung und Blickkontakt zu. Nachdem eine Rolle für sie gefunden ist, nämlich die der „Bewegungsanleiterin“, ändert sich ihr Verhalten zusehends. Heute, 20 Monate später, kommt sie zu Fuß in die Gruppe, hat Freude an der Anleitung zur Bewegung, zeigt viel Humor und hört den anderen zu.

Schlussfolgerung

Die Dokumentationsverläufe erlauben den Rückschluss, dass durch Teilnahme an der Validationsgruppe die Ergebnisse von Einzelvalidationssitzungen verstärkt und stabilisiert werden, vor allem das soziale Verhalten zeigt deutliche Verbesserungen. Die Gruppenleiterinnen und -leiter stellen Stressreduktion und Entspannung für alle Beteiligten fest.

Gruppenvalidation ist als Ergänzung zu regelmäßiger Einzelvalidation zu sehen und kann nicht losgelöst von anderen Maßnahmen beurteilt werden. Die Aufzeichnungen und Beobachtungen bestätigen die Annahme, dass sie auf jeden Fall einen wesentlichen Beitrag zu verbesserter Kommunikationsfähigkeit leistet und hilft, das Abgleiten in ein schlechteres Stadium zu vermeiden.

Dr. Andrea Schöllhammer-Pirich

Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie

Aktualisierte Darstellung der neurologisch-psychiatrischen fachärztlichen Tätigkeit an der Demenzstation des Sozialzentrums Grafenwörth

Seit 12 Jahren betreue ich als Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie die Demenzstation des Sozialzentrums Grafenwörth. Die Diagnose neurologischer und psychiatrischer Erkrankungen, die Beurteilung ihres Schweregrades und die Erstellung und Anpassung des Behandlungskonzeptes im medizinischen und sozialen Kontext sind Schwerpunkte meiner fachärztlichen Tätigkeit. Nach einer ausführlichen Anamnese, Außenanamnese mit der Stationsschwester (teils mit den Angehörigen der Patientin bzw. des Patienten) und der Durchsicht der vorhandenen Arztbriefe und Vorbefunde erfolgt die neurologische und psychiatrische Statuierung.

In den letzten Jahren lässt sich ein zunehmender Anteil an Patientinnen und Patienten beobachten, die sich bereits einer fachärztlichen Begutachtung in einer ambulanten oder stationären Einheit der spitalsärztlichen Versorgung oder im niedergelassenen fachärztlichen Bereich mit den Symptomen demenzieller Erkrankungen unterzogen haben. Die Zusammenführung der Anamnese, Klinik im zeitlichen Verlauf und erhobener Labor- und bildgebender Befunde führt bei diesen Patientinnen und Patienten zu der Sicherung und Bestätigung der Diagnose, die gerade im Kontext der Komplexität der Krankheitsbilder bei älteren Patientinnen und Patienten und deren Multimorbidität anspruchsvoll ist. Die Therapiekonzepte verlangen eine neurologisch-psychiatrische und eine geriatrische, gesamtheitliche Betrachtung der Patientinnen und Patienten.

Die im letzten Bericht erwähnte Erweiterung des neurologisch-psychiatrischen Erkrankungsspektrums hat sich fortgesetzt. Einerseits kam es bei den Bewohnerinnen und Bewohnern zu einem Fortschreiten der Demenz mit Zunahme von Verhaltensauffälligkeiten, andererseits wurden vermehrt Patientinnen und Patienten mit seltenen Demenzformen (z. B. frontotemporale Demenz, Creutzfeld-Jakob-Krankheit) betreut. Neben der anspruchsvolleren initialen Differenzialdiagnostik ist dabei der pflegerische Aufwand erhöht. Diesem Aspekt wird durch die begleitende pflegewissenschaftliche Evaluation der Versorgungsprozesse Rechnung getragen.

Die Multimorbidität und die Berücksichtigung der geänderten Arzneimittel-Pharmakokinetik bei Patientinnen und Patienten verlangen ein langsames, schrittweises Vorgehen bei der medikamentösen Therapie der Symptomatik dieser Patientinnen und Patienten in enger Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal der Demenzstationen. Im Pflegeheim wohnende Patientinnen und Patienten werden in regelmäßigen Abständen untersucht, die Medikamente, deren Indikation und mögliche Wechselwirkungen überprüft und die für die Weiterverordnung nötigen ärztlichen Berichte verfasst. Eine genaue Dokumentation der Indikationen für die Auswahl von Antidementiva, Neuroleptika und Tranquilanzien ist medizinisch und juridisch von hoher Relevanz und wird deshalb in regelmäßigen Abständen vorgenommen und im Bewohnerakt vermerkt.

Die telefonische Erreichbarkeit einer Fachärztin bzw. eines Facharztes stellt eine wichtige Komponente in der Bewältigung der Betreuung von Patientinnen und Patienten mit schwierigen Krankheitsverläufen oder akuter neurologisch-psychiatrischer Verschlechterung dar. Befunde und schriftliche Unterlagen werden von mir zur Verfügung gestellt, sodass sich eine valide und zuverlässige Beurteilung der klinischen Gesamtsituation auch in Hinblick auf eine Änderung der Einstufung für das Pflegegeld oder auf die Notwendigkeit des Einsatzes von Physio-, Ergo-, Musiktherapie und Logopädie sowie Heilbehelfen (z. B. Spezialrollstühle) ergibt.

Assoc. Prof. Dr. Manfred Wieser, MSc

Mitglied des wissenschaftlichen Beirates des Projektes
Demenzstation des SeneCura Sozialzentrums Grafenwörth
Facharzt für Innere Medizin, Kardiologie und Geriatrie
ÖÄK Diplom Palliativmedizin

Kognitive Verlaufsuntersuchungen

Eines der Leitsymptome von demenziellen Erkrankungen ist der kognitive Abbau, eine Abnahme des Denk- und Leistungsvermögens. Dies stellt nicht nur eine zentrale Entität der Erkrankung dar, sondern auch die Angehörigen und betreuenden Fachkräfte – neben anderen ebenso im Bericht aufgeführten Krankheitszeichen – vor besondere Herausforderungen.

Die derzeit bekannten und verfügbaren medikamentösen Therapiemaßnahmen können diese Prozesse allenfalls verzögern, ermöglichen aber keine kausale Therapie. Umso mehr sind daher ganzheitliche Konzepte der Betreuung und Therapie demenzerkrankter Patientinnen und Patienten notwendig.

Als in Grafenwörth ansässiger Facharzt für Innere Medizin und Geriatrie habe ich mit großer Freude und großem Interesse das Entstehen und Wirken des SeneCura Sozialzentrums im Ort mitverfolgt. Gerne habe ich auch das Angebot, mich als Arzt vor Ort im wissenschaftlichen Beirat der neuen und auch baulich besonderen Demenzstation einzubringen, angenommen. Das war vor mittlerweile mehr als 10 Jahren. In dieser Zeit habe ich auch wiederholt Bewohnerinnen und Bewohner der Wohngruppen besucht, um serielle kognitive Verlaufsuntersuchungen mittels Mini-Mental State Examination (MMSE) – parallel zur laufenden Betreuung und ohne direkte Einflussnahme auf Betreuung und (medikamentöse) Therapie – durchzuführen. In diesem Bericht finden Sie nun die extern ausgewerteten Erfahrungen und Ergebnisse der ersten 10 Jahre.

Die Zusammensetzung der Bewohnerinnen und Bewohner bezogen auf ihre Demenzform entspricht im Wesentlichen der Häufigkeit des Vorkommens der Erkrankung. Eine

spezielle Auswahl an bestimmten Erkrankungsformen kann also ausgeschlossen werden, sodass eine Vergleichbarkeit des Kollektivs mit der Literatur erlaubt ist. Die in Grafenwörth betreuten Bewohnerinnen und Bewohner weisen durchschnittlich ein fortgeschrittenes Stadium der Erkrankung auf.

Auch die Analyse der Ergebnisse der betreuten Bewohnerinnen und Bewohner über 10 Jahre zeigt (ähnlich den Erfahrungen nach 5 Jahren), dass mittels des gewählten Katalogs an speziellen Maßnahmen und Betreuungsangeboten eine lange stabile kognitive Phase erreicht werden kann. Die kognitiven Fähigkeiten der Bewohnerinnen und Bewohner können im Verlauf initial praktisch konstant gehalten werden. Dies ist sehr beeindruckend und steht im Gegensatz zu den aus der Literatur bekannten Daten der laufenden Progression von demenziellen Erkrankungsbildern.

Für Patientinnen und Patienten in diesem doch weit fortgeschrittenen Stadium der demenziellen Erkrankung ist ein erheblicher Betreuungsaufwand notwendig. Weiters kommt erschwerend hinzu, dass die Bewohnerinnen und Bewohner eine erhebliche Streuung ihrer Erkrankungsstadien aufweisen. Es mischen sich in den Wohngruppen Bewohnerinnen und Bewohner mit eher leichten bis hin zu sehr weit fortgeschrittenen Stadien der Erkrankung. Hier würde man sich ein großes Konfliktpotenzial erwarten. Dass dies nicht der Fall ist, ist im Bericht der PDL Brigitte Scheffel, MSc, ab Seite 18 beschrieben.

Offenbar ist es gelungen, durch die getroffenen Maßnahmen den Verlauf der Erkrankung nicht nur etwas zu verzögern, sondern zumindest für eine gewisse Zeit in einem sehr stabilem „Steady State“ zu halten. Den Bewohnerinnen und Bewohnern (und ihren Angehörigen) werden dadurch zusätzliche Lebensjahre ohne weiteren kognitiven Abbau ermöglicht. Dennoch ist auch durch die hochspezialisierte Betreuung kein anhaltender Krankheitsstopp oder eine anhaltende Besserung der kognitiven Fähigkeiten möglich.

Mein höchster Respekt gilt den Betreibern der Einrichtung, aber insbesondere der Leitung und dem Betreuungsteam vor Ort für das außerordentliche Engagement und den Einsatz, mit welchem die Betreuung von Bewohnerinnen und Bewohnern mit dieser schweren Erkrankung erfolgt. Man spürt bereits beim Betreten der Wohngruppen das besondere Flair, welches sich deutlich von anderen Betreuungseinrichtungen unterscheidet.

Meines Erachtens ist dieses in diesem Bericht vorgestellte und analysierte spezielle Betreuungskonzept in seiner Ganzheit eine Besonderheit, die ihresgleichen sucht – und dazu kann man nur herzlich gratulieren!

Prim. Univ.-Prof. Dr. Peter Fasching

Leiter des wissenschaftlichen Beirates des SeneCura Sozialzentrums Grafenwörth, Demenzstation

10-Jahres-Bericht zur medizinisch-wissenschaftlichen Begleitung des Projektes „Demenzstation Grafenwörth“

Einleitung und Rahmenbedingungen

Aufbauend auf meine beruflichen Erfahrungen im Bereich der geriatrischen Langzeitbetreuung als Abteilungsvorstand einer 200-Betten-Abteilung des Geriatriezentrums Baumgarten von 1997 bis 2007 übernahm ich im Jahr 2006 gerne und mit großem persönlichem und wissenschaftlichem Interesse die Leitung des multidisziplinären wissenschaftlichen Beirates des Projektes „Demenzstation des Sozialzentrums Grafenwörth“. Seit 2007 bin ich als Ärztlicher Abteilungsvorstand der 5. Medizinischen Abteilung mit Endokrinologie, Rheumatologie und Akutgeriatrie des Wilhelminenspitals der Stadt Wien tätig.

Das Projektteam nahm im 2. Halbjahr 2006 seine Arbeit auf und begleitete das Projekt 10 Jahre lang.

Besonders eindrucksvoll war die Tatsache, dass in Absprache mit den zuständigen Sozialbehörden des Landes Niederösterreich bereits bei Planung und Bau des Sozialzentrums Grafenwörth eine besondere Betreuungseinheit für an Demenz erkrankte Bewohnerinnen und Bewohner und betreuungsbedürftige Personen angedacht wurde. Denn gerade die Gruppe dementer Personen, welche in erster Linie spezielle Anleitung, Anhaltung und Betreuung brauchen, findet im klassischen Pflegeheimbereich zu wenig

spezifische Beachtung bzw. konkrete Betreuungsangebote. Dieser besondere Planungsansatz schlug sich in einer spezifischen architektonischen Ausgestaltung des Wohn- bzw. Aufenthaltsbereiches der an Demenz erkrankten Bewohnerinnen und Bewohner nieder, wobei zusätzlich neben dem „Demenzrundgang“ und speziellen Ruheräumen auch ein Therapiegarten angelegt wurde. Da sich die übliche Wohnform von isolierten Einbett- bzw. Zweibettzimmern für die Aufrechterhaltung der sozialen Aktivität und einer geeigneten Tagesstrukturierung nicht eignete, wurden architektonisch „Wohngruppen“ gestaltet, in denen eine überschaubare Anzahl von 10 Bewohnerinnen und Bewohnern in familiärer Atmosphäre unter besonderer Anleitung und Supervision betreut werden.

Als geeignetes Kommunikations- und Betreuungsinstrument wurde die Validation nach Naomi Feil gewählt. Aus diesem Grund wurde der wissenschaftliche Beirat neben dem ärztlichen Personal, Pflegepersonen und administrativen Kräften auch mit Validationsexpertinnen und -experten besetzt. Entsprechend dieser Aufgabenstellung und den besonderen Charakteristika der zu betreuenden Personen war man seit Projektbeginn in der Personalauswahl bemüht, den Anteil der in Validation geschulten Betreuungspersonen möglichst hoch anzusetzen. Das angepeilte Ziel wurde zu 100 % mit ausgebildeten Validationsanwenderinnen bzw. -anwendern festgesetzt. Als Ausdruck und Bestätigung dieser Bemühungen wurde dem Sozialzentrum Grafenwörth 2010 als erster europäischer Institution und zweiter Institution weltweit das Qualitätsgütesiegel für Validation verliehen. Weiteres wurde das SeneCura Sozialzentrum Grafenwörth mit dem Pflege-Management Award 2015 in der Kategorie Langzeitpflege ausgezeichnet.

Da der Bedarf an spezifischer Fachpflege geringer angenommen wurde als an einer normalen Pflegestation mit vergleichbarer durchschnittlicher Pflegegeldstufe, wurde diplomiertes Pflegepersonal vor allem zur Anleitung nicht diplomierter Pflegekräfte, zur Pflegeplanung und für jene besonderen Tätigkeiten vorgesehen, welche ausschließlich diplomierten Pflegekräften obliegen.

Das Projekt Demenzstation wurde langsam, aber kontinuierlich von einer ersten Wohngruppe über einen Zeitraum von knapp einem Jahr auf 3 Wohngruppen aufgestockt, wobei auch zahlreiche sogenannte Problembewohnerinnen bzw. Problembewohner von anderen niederösterreichischen Betreuungseinrichtungen übernommen wurden. Aufgrund des nachweislichen Erfolges dieses Betreuungskonzeptes sind derzeit 6 Wohngruppen in Betrieb.

Bereits mit dem ersten betreuten Bewohner im Jahre 2006 wurde eine ausführliche Dokumentation medizinischer, pflegerischer und psychologischer Kennzahlen begonnen. Dabei wurde im besonderen Maß entsprechend der Stufeneinteilung der Validation auf Aktivität, soziale Integration und Lebensqualität geachtet. Außerdem wurden klassische geriatrische Einstufungskriterien (Geschlecht, Alter, Hauptdiagnosen und Demenzform) sowie Mini-Mental State Examination (MMSE) und die Einstufung der Aktivitäten des

täglichen Lebens (ADL nach dem Barthel-Index) regelmäßig erhoben. Zudem wurde auch der notwendige Medikamenteneinsatz, insbesondere der Einsatz psychotroper Medikamente (Antidepressiva, Antipsychotika, Antidementiva), welche ausschließlich durch eine Fachärztin bzw. einen Facharzt für Neurologie und Psychiatrie verordnet werden, dokumentiert. Ergänzend festgehalten wurden Sturzhäufigkeit, externe Krankenhausaufenthalte, herausforderndes Verhalten (Wandertrieb, aggressives Verhalten, Nachtaktivität) und von den Bewohnerinnen bzw. Bewohnern durchgeführte Aktivitäten (z. B. Besuch des Demenzgartens, Tätigkeiten in der Therapieküche und Teilnahme an allgemeinen Aktivitäten).

In regelmäßigen, etwa halbjährlichen Besprechungen des Projektteams wurden die gesammelten Ergebnisse zusammengefasst, ausgewertet und diskutiert. Dabei ergaben sich in den analysierten circa 10 Jahren deutliche Hinweise auf eine Stabilisierung bzw. Verzögerung des Fortschreitens des geistigen Abbaus bzw. des Pflegebedarfs im Vergleich zu Kontrollgruppen aus der wissenschaftlichen Literatur (Details dazu siehe Pflegewissenschaftliche Auswertung der Daten von Laura Kinsperger, BScN und MMag. Martina Koller). Weiters wurden bei diesen Besprechungen zusätzliche aktivierende Therapieformen, wie z. B. Musiktherapie und Tiertherapie vorgestellt, besprochen und in das Gesamtkonzept der Demenzstation eingebaut. Im Dezember 2011 wurde vom Projektteam nach mehr als 5-jähriger Laufzeit ein zusammenfassender (Zwischen-)Bericht der erhobenen und diskutierten Ergebnisse gelegt.

Methodik – Erarbeitung der Daten

Auch wenn seit Beginn des Projekts „Demenzstation Grafenwörth“ feststand, dass eine interdisziplinäre wissenschaftliche Begleitung des Projektes erfolgen sollte, war die Methodik anfangs nicht im Detail geklärt.

Nach Konstituierung des wissenschaftlichen Projektbeirates im Jahre 2006 wurde in den ersten Sitzungen die Vorgangsweise festgelegt. Da kein konkretes Forschungsbudget bereitstand, war es aus finanziellen und personellen Gründen erforderlich, die im Rahmen der Routinebetreuung erhobenen Daten und Befunde möglichst strukturiert und vollständig elektronisch zu erfassen, um eine statistische Auswertung für gewisse Beobachtungszeiträume zu ermöglichen. Es wurde dabei bedacht, auch jene Daten zu nutzen, die aufgrund der gesetzlich verpflichtenden Pflegedokumentation und der erforderlichen Administration in jeden Fall erhoben werden. Im Sinne des interdisziplinären Demenzprojektes war es aber natürlich geboten, zusätzliche – über den normalen Pflegealltag hinausgehende – Befunde zu erheben. So wurde von Dr. Manfred Wieser (Allgemeinmediziner und Facharzt für Innere Medizin) zusätzlich zur standardisierten Begutachtung durch Dr. Andrea Schöllhammer-Pirich (Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie) in regelmäßigen Abständen die Mini-Mental State Examination (MMSE) bei allen Bewohnerinnen und Bewohnern der Demenzgruppe durchgeführt. Auch die im Rahmen

der Validationseinstufung gemachten Beobachtungen wurden fortlaufend systematisch in elektronischer Form dokumentiert. Diesbezüglich erlaube ich mir auf den erläuternden Bericht unserer Validationsexpertin Eva Wagensommerer ab Seite 22 zu verweisen.

Medizinische Befunde zur Diagnose der jeweiligen Demenzform und die fachärztlich vorgeschriebene Therapie (indizierte antidementive Präparate; begleitende psychotrope Medikamente nach individueller fachärztlicher Verschreibung) wurden individuell und entsprechend dem Datenschutz für die Auswertung anonymisiert und von der behandelnden Fachärztin Dr. Schöllhammer-Pirich dokumentiert. Die Anonymisierung verhindert Rückschlüsse auf einzelne Bewohnerinnen oder Bewohner und wird prinzipiell bei allen Auswertungen und Präsentationen des Demenzprojektes vorgenommen. Die Ergebnisse zu den zuerkannten Pflegegeldstufen der Bewohnerinnen und Bewohner der Demenzstation sowie zu aufgetretenen Stürzen und zur Teilnahme an allgemeinen Aktivitäten im Haus werden von vom diplomierten Pflegepersonal und der Verwaltung zur Verfügung gestellt.

Studiendesign

Falls man die begleitende wissenschaftliche Begleitung und Evaluierung des Projektes als Studie im engeren Sinn bezeichnen will, so handelt es sich um eine prospektive Beobachtungs(Observations)-Studie betreffend die an der Demenzstation Grafenwörth betreuten Personen.

Die Etablierung einer „echten“ (= randomisierten, d. h. nach dem Zufallsprinzip zugeteilten) Kontrollgruppe war aufgrund der Zielsetzung und des Aufbaus des gemeinsam mit der niederösterreichischen Landesregierung initiierten Pflegeprojektes „Demenzstation Grafenwörth“ nicht möglich. Zudem waren auch die dafür erforderlichen wissenschaftlichen Rahmenbedingungen (Einreichung und begleitende Kontrolle des Projektes durch eine Ethikkommission, Einwilligungserklärung der betreuten Personen bzw. deren Sachwalterinnen bzw. Sachwalter, zusätzliches professionelles wissenschaftliches Personal zur Durchführung der Untersuchungen und Tests) weder zum Zeitpunkt des Projektstarts 2006 realisierbar, noch von den Projekt-Auftraggeberinnen und Auftraggebern gewünscht.

Als mögliche virtuelle Vergleichsgruppen stehen Studienergebnisse aus der einschlägigen Literatur zur Verfügung. In der Projektgruppe wurde auch ein Vergleich mit den normalen Pflegestationen des Pflegeheimes Grafenwörth diskutiert. Aufgrund der unterschiedlichen Kriterien für die Aufnahme in die Demenzstation, der nicht identen Personalausstattung und des unterschiedlichen Betreuungsansatzes erscheint dieser Vergleich aber nur bedingt zulässig und wenn überhaupt nur für wenige Punkte (z. B. demografische Daten wie Alter, Geschlecht, mittlere Verweildauer, Pflegegeldstufen) zulässig.

Rekrutierung des Studienkollektivs

Prinzipiell hat die Demenzstation Grafenwörth einen klaren Versorgungsauftrag im Sinne der Betreuung dementer pflegebedürftiger Personen aus Niederösterreich, welche in anderen Pflegeinstitutionen oder zu Hause nicht adäquat bzw. nicht optimal betreut werden können.

Speziell in der ersten Phase nach Eröffnung der Demenzstation mit Konstituierung der ersten Wohngruppe wurden demente Bewohnerinnen und Bewohner aus anderen niederösterreichischen Pflegeinstitutionen übernommen, welche dort meist aufgrund von Verhaltensauffälligkeiten wie Aggressivität und Wandertrieb auffällig waren. Es ist somit davon auszugehen, dass es sich in den ersten Jahren des Projektes um ein eher schwierig zu betreuendes Klientel gehandelt hat, welches durch gezielte Zuweisung zur Aufnahme kam. In weiterer Folge wurden vor allem Bewohnerinnen und Bewohner aus den Bezirken Tulln und Krems sowie vereinzelt aus Wien aufgenommen. Aus diesem Blickwinkel sind auch die präsentierten Ergebnisse der pflegewissenschaftlichen Auswertung zu sehen, welche in Summe doch von einer Stabilisierung des psychischen und somatischen Zustandsbildes der an der Demenzstation betreuten Bewohnerinnen und Bewohner sprechen.

Elektronische Datenerfassung, Auswertung und Darstellung der Ergebnisse

Wie weiter oben ausgeführt, werden prinzipiell alle erhobenen Befunde in der erweiterten elektronischen Routine-Dokumentation der Bewohnerinnen und Bewohner festgehalten. Zur Auswertung und Darstellung der Ergebnisse des Projektes war es nun erforderlich, einerseits eine Anonymisierung der individuellen Patientendaten zu gewährleisten und andererseits eine übersichtliche Datendarstellung zu ermöglichen. Die individuellen Daten wurden daher aus der Routinedokumentation anonymisiert in eine Auswertungs-EDV überspielt, welche die Ergebnisse je nach Aufenthaltsdauer ab Erstaufnahme in monatlichen Zeitintervallen standardisiert. Dies heißt, dass der „Zeitpunkt Null“ den Aufnahmezeitpunkt in die Pflegestation Grafenwörth für alle beobachteten Personen bedeutet, der „Zeitpunkt 3 Monate“ die Befundeinschätzung nach 3 Monaten Aufenthaltsdauer widerspiegelt und die „Ergebnisse 120 Monate“ die Resultate nach 10 Jahren Aufenthaltsdauer an der Demenzstation Grafenwörth zeigen. Da natürlich nur für wenige Bewohnerinnen bzw. Bewohner eine Gesamtaufenthaltsdauer von 10 Jahren vorliegt (das sind jene Personen, die gleich zu Beginn des Projektes aufgenommen wurden und seither über 10 Jahre betreut wurden), ist die mittlere Aufenthaltsdauer für die gesamte Gruppe deutlich niedriger.

Nachdem im 5-Jahres-Bericht aus dem Jahr 2011 die Ergebnisse und die grafische Aufarbeitung aus einer eigenen Datenanalyse stammten, wurde für den 10-Jahres-Bericht

das Institut für Pflegewissenschaft der Universität Wien (Leitung: Univ.-Prof. Mag. Dr. Hanna Mayer) beauftragt, eine pflegewissenschaftliche Auswertung der Daten des 10-Jahres-Monitorings der Demenzstation Grafenwörth durchzuführen. Unter der wissenschaftlichen Projektleitung von Univ.-Prof. Dr. Mag. Mayer wurde die Datenanalyse und Interpretation im Lichte der einschlägigen Literatur in beeindruckender Weise von MMag. Martina Koller und Laura Kinsperger, BScN durchgeführt und publikatorisch zusammengestellt. Diese professionelle wissenschaftliche Arbeit wurde natürlich in unseren vorliegenden 10-Jahres-Bericht mit entsprechendem Stellenwert aufgenommen.

Erfasste Parameter im Rahmen des Evaluierungsprojektes

- Demografische Daten (Alter bei Eintritt, Geschlecht)
- Mittlere Verweildauer an der Demenzstation, Abgänge durch Verlegung bzw. durch Tod der Patientin bzw. des Patienten an der Demenzstation
- Pflegegeldstufen bei Aufnahmen und deren Verlauf
- Validationseinstufung nach Naomi Feil und deren Verlauf
- Validation (Einstufung Sprache, Blickkontakt, Berührungen)
- Demenztestung nach Mini-Mental State Examination und Verlauf
- Medikamente (3 Spezifikationen: allgemein, Psychopharmaka, Antidementiva)
- Krankenhausaufenthalte
- Stürze in der Abteilung
- Bedarf an freiheitsbeschränkenden Maßnahmen in der Abteilung
- Teilnahme an allgemeinen Aktivitäten im Haus
- Pflegebedürftigkeit im Verlauf evaluiert nach dem Bartel-Index

Zusammenfassung

Die bisher nach 10 Jahren Beobachtungszeit vorliegenden Ergebnisse sprechen für günstige Effekte des an der Demenzstation Grafenwörth gewählten interdisziplinären Betreuungsansatzes für an Demenz erkrankten Pflegebewohnerinnen und -bewohner.

Mögliche Limitierungen der Interpretation der Daten liegen im Umstand einer „Single Center Observation“, in der nicht allzu großen Gesamtanzahl an inkludierten Individuen, an einer limitierten Beobachtungsdauer im Einzelfall und im Fehlen einer echten randomisierten Kontrollgruppe. Da eine wirkliche Kontrollgruppe aus organisatorischen und ethischen Gründen nicht etabliert werden konnte, müssen für die abschließende Publikation der Ergebnisse der Demenzstation Grafenwörth Vergleiche aus der Literatur herangezogen werden.

Die Interpretation der 10-Jahres-Ergebnisse hinsichtlich Kausalität und Effektivität der einzelnen gesetzten Maßnahmen des Projektes „Demenzstation Grafenwörth“ ist schwierig bis unmöglich, da es sich beim gewählten Betreuungsansatz um eine multidimensionale, komplexe Intervention handelt, die analytisch nicht oder kaum auf Einzelinterventionen herunterzubrechen ist. Aus den bisherigen Analysen ist meiner Meinung nach aber zweifelsfrei zu schließen, dass das spezifische Angebot der Demenzstation Grafenwörth eine wichtige und derzeit vermutlich einzigartige Betreuungsalternative für an Demenz erkrankte Menschen darstellt, wenn diese nicht mehr in ihrem häuslichen Umfeld betreut werden können.

Mein besonderer Dank geht an dieser Stelle an alle Mitglieder des Projektteams, an alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Sozialzentrums SeneCura Grafenwörth und an das pflegewissenschaftliche Team des Instituts für Pflegewissenschaft der Universität Wien – alles höchst engagierte Menschen, ohne die dieser vorliegende 10-Jahres-Bericht nicht zustande gekommen wäre.

Anhang

10 Jahre Demenzstation im SeneCura Sozialzentrum Grafenwörth

Auswertung der Daten des Monitorings der Demenzstation

Dieser Bericht wurde vom Institut für Pflegewissenschaft der Universität Wien im Auftrag der SeneCura Kliniken- und HeimebetriebsgmbH Wien erstellt.

Wissenschaftliche Projektleitung
Univ.-Prof. Mag. Dr. Hanna Mayer

Wissenschaftliche Mitarbeit und Datenmanagement
MMag. Martina Koller

Laura Kinsperger, BScN

Institut für Pflegewissenschaft
Alser Straße 23/12
A-1080 Wien
Telefon: +43 1 4277-49801
pflegewissenschaft@univie.ac.at

Inhalt

1Einleitung……...….. 46

2 Herausforderungen in der Betreuung von Menschen mit Demenz 48

3 Demenzstation Sozialzentrum SeneCura Grafenwörth 51

3.1 Bauliche Struktur 51

3.2 Pflege- und Betreuungskonzept – Validation® nach Naomi Feil 54

3.3 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter 54

3.4 Umgebungsfaktoren (Angehörige, Ärztinnen und Ärzte) 55

3.5 Wissenschaftliche Begleitung 55

4 Illustrative Beschreibung der Demenzstation Grafenwörth aus einer subjektiven Perspektive 57

4.1 Die subjektive Perspektive von zwei Pflegepersonen 58

4.2 Die subjektive Perspektive von zwei Angehörigen 61

5 Datenmonitoring 64

5.1 Datenmonitoring in Grafenwörth 64

5.2 Beschreibung des Datenpools 64

5.3 Vorgehensweise bei der Auswertung der Daten des Monitorings 66

6 Ergebnisse 68

6.1 Soziodemografische Beschreibung der Bewohnerinnen u. Bewohner…68

6.2 Spezielle Aktivitätsangebote für Menschen mit Demenz 69

6.3 Validation 73

6.4 Demenz: Form und Verlauf 83

6.5 Pflegebedürftigkeit 90

6.6 Medikation 94

6.7 Stürze 99

6.8 Krankenhausaufenthalte 101

6.9 Herausforderndes Verhalten 102

7 Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse und Reflexion Anhand des Vergleichs mit ähnlichen Interventionen 106

8 Literatur 110

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Relative Häufigkeiten ausgewählter Wirkstoffgruppen 98

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Demenzprävalenz in Prozent der GKV-Daten des Jahres 2002 (Zielger und Doblhammer) und in verschiedenen Metastudien (Ziegler & Doblhammer, 2009)..... 46
Abb. 2: Subjektive Perspektive auf die Pflege- und Betreuungsansätze auf der Demenzstation des Sozialzentrums SeneCura Grafenwörth..... 57
Abb. 3: Überblick analysierter Daten..... 65
Abb. 4: Alter bei Aufnahme und Geschlecht..... 68
Abb. 5: Aufenthaltsdauer und Entlassungsgrund 69
Abb. 6: Teilnahme an Aktivitäten (Zeitpunkt 0)..... 70
Abb. 7: Validationseinstufung nach Naomi Feil (Zeitpunkt 0) 74
Abb. 8: Validationseinstufung nach Naomi Feil (Verlauf)..... 75
Abb. 9: Validationsscore – Einzelaspekte (Zeitpunkt 0)..... 76
Abb. 10: Validationsscore (Zeitpunkt 0) 77
Abb. 11: Validationsscore (Verlauf)..... 78
Abb. 12: Validationsscore – Einzelaspekte (Verlauf)..... 78
Abb. 13: Kontaktierbarkeit nach Ausgangswert..... 79
Abb. 14: Kontaktierbarkeit nach Geschlecht 80
Abb. 15: Demenzform..... 84
Abb. 16: Relevante Diagnosen 84
Abb. 17: MMSE (Zeitpunkt 0)..... 85
Abb. 18: MMSE (Verlauf) 86
Abb. 19: MMSE-Verlauf nach Ausgangswert 86
Abb. 20: MMSE-Verlauf nach Demenztyp..... 87
Abb. 21: MMSE-Verlauf nach Frontalhirnsyndrom 87
Abb. 22: MMSE-Verlauf nach Parkinson..... 88
Abb. 23: Verlauf der globalen Kognition bei unterschiedlichen Demenzformen (AD = alzheimer disease) (Boyle et al., 2013, S. 486)..... 89
Abb. 24: Verlauf der Kognition erhoben mit dem MMSE bei Menschen mit Lewy-Körperchen-Demenz (DLB) und Alzheimer-Demenz (AD) (Hanyu et al., 2009, S. 214) 90
Abb. 25: Barthel-Index (Zeitpunkt 0) 91
Abb. 26: Barthel-Index (Verlauf)..... 92

Abb. 27: Barthel-Index-Verlauf nach Geschlecht 92
Abb. 28: Barthel-Index-Verlauf nach Ausgangswert 93
Abb. 29: Barthel-Index-Verlauf nach MMSE 93
Abb. 30: Anzahl Medikamente (Zeitpunkt 0) 95
Abb. 31: Anzahl Medikamente (Verlauf) 96
Abb. 32: Medikamentenart (Zeitpunkt 0) 96
Abb. 33: Medikamente – Verlauf nach Aufenthaltsdauer 97
Abb. 34: Medikamente – Verlauf nach Ausgangswert 97
Abb. 35: Stürze im Quartal 100
Abb. 36: Anzahl Tage im Krankenhaus / Aufenthalt 101
Abb. 37: Herausforderndes Verhalten (Zeitpunkt 0) 103
Abb. 38: Nachtaktivität (Zeitpunkt 0) 103
Abb. 39: Wandertrieb (Zeitpunkt 0) 103
Abb. 40: Prävalenz von herausforderndem Verhalten – eigene Darstellung, Quellen: Bartholomeyczik et al. (2014, S. 12) und Mirakhur et al. (2004, S. 1037) (eigene Darstellung) 104

1 Einleitung

Demenz ist ein Syndrom, welches meist die Folge von chronischen oder fortschreitenden Krankheiten des Gehirns ist. Es beeinflusst das Gedächtnis, das Denken, die Orientierung, die Lernfähigkeit, die Sprache, das Urteilsvermögen und die Fähigkeit, Aktivitäten des täglichen Lebens durchführen zu können. Oft verändern sich das soziale Verhalten und die emotionale Kontrolle der Betroffenen. Am häufigsten kommt das Syndrom bei der Alzheimer-Krankheit vor. Weitere oft vorkommende Erkrankungen sind zerebrovaskuläre Störungen und die Lewy-Körperchen-Erkrankung (ICD-10 zit. nach Deuschel & Maier, 2009).

In den letzten Jahrzehnten hat sich die Altersstruktur in der Bevölkerung verändert. Zum einen ist die Lebenserwartung gestiegen, zum anderen steigt der Anteil der älteren bis hochaltrigen Menschen in der Bevölkerung überproportional. Da Demenz hauptsächlich ältere Menschen betrifft, steigt mit diesem demografischen Wandel auch die Zahl der Menschen mit Demenz (Ziegler & Doblhammer, 2009). Im Jahr 2010 lebten in Österreich 112.000 Menschen mit Demenz, bis zum Jahr 2050 wird sich diese Zahl mehr als verdoppeln und auf 260.000 Personen ansteigen (Wancata, 2015). Abbildung 1 zeigt, dass der Anteil der Menschen mit Demenz an der Gesamtbevölkerung mit steigendem Alter zunimmt. Während bei den unter 74-Jährigen weniger als 5 % an Demenz leiden, sind es bei den über 94-Jährigen über 30 %.

Abb. 1: Demenzprävalenz (in Prozent) in den GKV-Daten für das Jahr 2002 (Ziegler und Doblhammer 2008) und in verschiedenen Meta-Studien

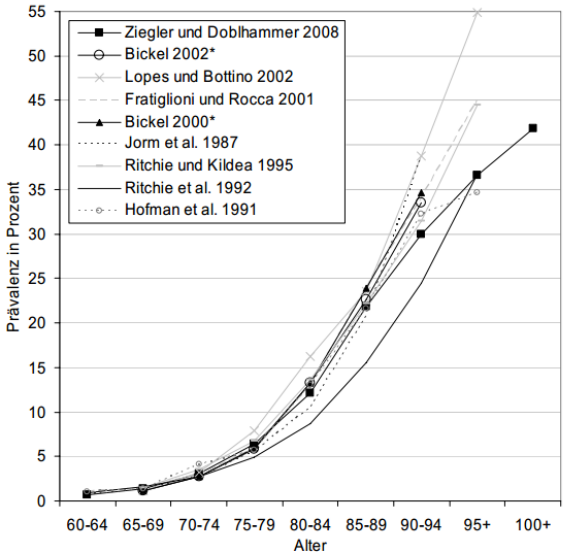


Abb. 1: Demenzprävalenz in Prozent der GKV-Daten des Jahres 2002 (Zielger und Doblhammer) und in verschiedenen Metastudien (Ziegler & Doblhammer, 2009)

Bis heute ist Demenz nicht heilbar, und auch mit den neuesten Medikamenten lässt sich der Fortschritt der Demenz langfristig nicht aufhalten. Oberste Priorität in der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Demenz hat deswegen die Verbesserung bzw. Erhaltung der Lebensqualität (George & Whitehouse, 2014).

Der Großteil der Betroffenen ist auf Betreuung, Pflege und Unterstützung angewiesen und zukünftig wird Demenz einer der Hauptgründe für die Entwicklung von Pflegebedürftigkeit sein. Die Pflege in einer Form zu gewährleisten, dass den Menschen mit Demenz ein würdevolles und lebenswertes Leben ermöglicht werden kann, stellt eine zentrale gesundheitspolitische Herausforderung der nächsten Jahr(zehnt)e dar.

Noch leben viele Menschen mit Demenz in einem privaten Umfeld – die Pflege und Betreuung übernehmen dabei meist die Angehörigen. Unterschiedliche Gründe werden in den nächsten Jahren jedoch dazu führen, dass immer mehr Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen betreut werden. So sind beispielsweise immer mehr Frauen, welche bis dato überwiegend die Pflege in der Familie übernehmen, berufstätig. Zudem steigt der Anteil der kinderlosen Menschen und die räumliche Distanz zwischen den Familienmitgliedern wird aufgrund der erhöhten Mobilität größer (Schneider & Deuert, 2015).

Wenn Menschen mit Demenz Verhaltensweisen zeigen, wie zielloses Herumwandern oder Aggressionen, und eine Betreuung rund um die Uhr benötigen, stoßen Angehörige an ihre Grenzen. Das führt oft zum Einzug in ein Pflegeheim. Bereits jetzt ist Demenz der Hauptgrund für Aufnahmen in Pflegeheime und unter den angeführten demografischen und sozialen Veränderungen wird mit einer weiteren Zunahme der Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen zu rechnen sein (Schneider & Deuert, 2015). Schätzungen des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz zufolge leben momentan ca. 47.000 Menschen mit Demenz in Pflegeheimen (Juroszovich, 2015).

Menschen mit Demenz beeinflussen maßgeblich den Alltag und das Leben im Pflegeheim. Sie benötigen neben der körperlichen Pflege fast immer Unterstützung in der Gestaltung des täglichen Lebens und der sozialen Teilhabe. Ihr Verhalten und ihre Form der Kommunikation sind oft nicht einfach zu verstehen und belasten die Pflegepersonen genauso wie die Mitbewohnerinnen und Mitbewohner.

Um diesen Herausforderungen zu begegnen und sowohl pflegebedürftigen Menschen ohne kognitive Einschränkungen als auch Menschen mit Demenz ein lebenswertes Leben zu ermöglichen, wurde bei SeneCura Grafenwörth bereits im Jahr 2006 auf die Situation reagiert und ein neues Wohn- und Betreuungskonzept für Menschen mit Demenz geschaffen.

2 Herausforderungen in der Betreuung von Menschen mit Demenz

In Österreich leisten Angehörige nach wie vor ca. 80 % der Pflege- und Betreuungsarbeit. Bei Menschen mit Demenz reduziert sich der Anteil der Angehörigenpflege auf rund 50 % (Hoffmann, Kaduszkiewicz, Glaeske, van den Bussche & Koller 2014). Das kann auf die besonderen Herausforderungen, welche die Betreuung von Menschen mit Demenz an die pflegenden Personen stellt, zurückgeführt werden.

Mit dem Fortschreiten der Demenz nehmen die Alltagsfertigkeiten der Menschen mit Demenz ab. Sie benötigen Hilfestellungen bei der Strukturierung des Tages, bei der Aufrechterhaltung sozialer Teilhabe und bei der Initiierung sowie Durchführung von Aktivitäten und Beschäftigungen. Sie sind zunehmend in allen Belangen des menschlichen Lebens auf Unterstützung angewiesen und bedürfen oft einer permanenten Betreuung.

Zudem verändert sich bei vielen Menschen im Verlauf der Demenz das Verhalten, sodass es vielfach als nicht situationsgerecht oder sozial unangepasst empfunden wird. Zu solchen Verhaltensweisen zählen beispielsweise zielloses Herumwandern, Unruhe, Schreien, Aggressivität und Antriebslosigkeit. Oftmals wissen die betreuenden Personen nicht, wie sie auf derartige Verhaltensweisen reagieren sollen. Besonders Vokalisationen wie Schreien, Rufen oder andere Geräusche werden als belastend empfunden. Wenn sich das Verhalten auch nach Interventionen nicht ändert, löst es bei Pflegepersonen und Angehörigen vielfach Frustration, Angst, Ärger oder Abwehr aus. Die Menschen mit Demenz fühlen sich unverstanden und abgelehnt, was oftmals zu einer Verstärkung der Verhaltensweisen führt. In weiterer Folge distanzieren sich die pflegenden Personen von den Menschen mit Demenz. Das Verhalten der Menschen mit Demenz ändert sich häufig in Art, Dauer und Intensität und bleibt ein Stück weit unvorhersehbar, wodurch die Pflegesituation zusätzlich belastet wird und als herausfordernd empfunden wird (Halek & Bartholomeyczik, 2006).

In der pflegerischen Fachsprache spricht man bei diesen Verhaltensweisen von „herausforderndem Verhalten“. Dazu zählen Gereiztheit, Angst, Erregung, Apathie, Euphorie, Enthemmung, abweichendes motorisches Verhalten, Wahnvorstellungen und Halluzinationen. Der Begriff fokussiert diejenigen, die sich durch das Verhalten herausgefordert fühlen – z. B. Pflegepersonen und Angehörige –, und nicht die Menschen mit Demenz (Bartholomeyczik et al., 2006). Ihr Verhalten stellt oft eine Form der Kommunikation dar. Menschen mit Demenz versuchen damit unbefriedigte Bedürfnisse wie Hunger, Durst oder Harndrang oder auch Schmerzen auszudrücken. Aufgrund der demenzbedingten Veränderungen der Orientierung, des Personseins und der Kontaktierbarkeit können sie jedoch ihre Bedürfnisse vielfach nicht mehr so kommunizieren, wie sie es in der Gesellschaft gelernt haben, und wählen andere Kommunikationsformen, die ihnen angemessen erscheinen. So können beispielsweise Unruhe, Agitation und Herumwandern ein Ausdruck für Schmerzen sein (Bartholomeyczik et al., 2006).

Um diese Form der Kommunikation zu verstehen, bedarf es einerseits einer hohen Fachexpertise und andererseits eines großen Maßes an Empathie der pflegenden Personen. Insbesondere der kommunikativen Kompetenz kommt in diesem Setting eine große Bedeutung zu. Zahlreiche Pflegekonzepte beruhen auf speziellen Kommunikationsstrategien, die es ermöglichen sollen, das Verhalten des Menschen mit Demenz zu verstehen. Sie basieren auf der Annahme, dass die Verhaltensweisen weniger werden, wenn die dadurch kommunizierten Bedürfnisse erfüllt werden. Beispielsweise kann es sein, dass ein Mensch mit Demenz aufhört repetitive Bewegungen durchzuführen, wenn man ihn zur Toilette begleitet hat.

Allerdings müssen nicht alle herausfordernden Verhaltensweisen eine psychosozial bedingte Form der Kommunikation sein. Manchmal sind sie auch Symptome psychischer Erkrankungen, weswegen Pflegepersonen eine differenzierte Kenntnis dieser Krankheitszeichen benötigen, um sie gegebenenfalls zu erkennen (Bartholomeyczik et al., 2006).

Vor weitere Herausforderungen werden Angehörige und Pflegepersonen gestellt, wenn Menschen mit Demenz Appetitstörungen entwickeln oder sich ihr Tag-Nacht-Rhythmus verändert. Dann gilt es, Alternativen in der Nahrungszubereitung zu finden, wie beispielsweise Fingerfood, die den Menschen mit Demenz zusagen. Nicht selten haben Menschen mit Demenz auch einen veränderten Tag-Nacht-Rhythmus, dem mit angemessener Tagesstrukturierung und Rahmenbedingungen begegnet werden kann.

Für die Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz bedarf es neben einer hohen fachlichen, kommunikativen und sozialen Kompetenz auch viel Empathie, Humor und Kreativität, um ihnen das Gefühl zu geben, dass sie verstanden werden, wertvoll sind und ihnen die Möglichkeit zu geben, den Alltag selbstbestimmt und lebenswert zu gestalten.

Um diesen Anforderungen gerecht zu werden, bedarf es Einrichtungen, die auf die speziellen Bedürfnisse der Menschen mit Demenz eingehen. Gerade im stationären Langzeitpflegebereich sind nach wie vor viele Institutionen nicht auf die Betreuungserfordernisse von Menschen mit Demenz ausgelegt (Juroszovich, 2015). Die Pflegeheime sind in ihrer baulichen und pflegerischen Struktur oft auf pflegebedürftige, ältere Menschen zugeschnitten, die keine kognitiven Einschränkungen aufweisen. Dadurch ist eine bedarfsgerechte Betreuung von dementen Bewohnerinnen und Bewohnern schwer realisierbar. Meist erfolgt in der historisch gewachsenen Kultur der Altenpflege eine Reduktion auf körperliche Gesichtspunkte. Psychosoziale Bedürfnisse, denen bei der Betreuung von Menschen mit Demenz eine besondere Bedeutung zukommt, wurden hintenangestellt (Schneider & Deuert, 2015). Auch gestaltet sich, wie SeneCura in anderen Wohnhäusern beobachten konnte, das Zusammenleben von Menschen mit und ohne Demenz in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen als problematisch. Einerseits fällt es kognitiv nicht beeinträchtigten, aber pflegebedürftigen Menschen schwer, sich ständig auf ihre verwirrten Mitbewohnerinnen und Mitbewohner einzustellen. Andererseits bemerken die Menschen mit Demenz deutlich den Unmut, der ihnen entgegengebracht

wird, und fühlen sich abgelehnt. Von den daraus resultierenden Spannungen des Zusammenlebens sind die Bewohnerinnen und Bewohner genauso betroffen wie das Pflegepersonal und die Angehörigen.

Die Betreuung von Menschen mit Demenz stellt nicht nur besondere Anforderungen an die Pflege, sondern auch an die baulichen und organisatorischen Strukturen eines Pflegeheims.

3 Demenzstation Sozialzentrum SeneCura Grafenwörth

Im Sozialzentrum SeneCura Grafenwörth erkannte man vor 10 Jahren, dass das enge Zusammenleben von Menschen mit und ohne Demenz sowie die gegebenen baulichen und organisatorischen Strukturen Probleme mit sich brachten. Deswegen wurde ein eigenes Wohn- und Betreuungskonzept für Menschen mit Demenz entwickelt, das in der Demenzstation des Sozialzentrums SeneCura Grafenwörth umgesetzt wurde. Die Station wurde 2006 eröffnet.

Ziel der Demenzstation Sozialzentrum SeneCura Grafenwörth ist es, dreißig dementen Bewohnerinnen und Bewohnern ein Altern in Würde zu ermöglichen. Dabei wird großen Wert darauf gelegt, ihre Lebensqualität zu erhalten und ein Fortschreiten der Demenz und des Pflegebedarfs zu verhindern oder zu verlangsamen. Zudem sollen Belastungen der Betreuung für das Pflegepersonal und die Angehörigen reduziert werden.

Um das zu erreichen, wurde in Grafenwörth ein umfassendes Konzept entwickelt, bei dem für die Betreuung von Menschen mit Demenz ein mehrdimensionaler Ansatz gewählt wurde. Die Basis dafür bildet die Architektur der Station, deren bauliche Struktur sich an den Bedürfnissen der Menschen mit Demenz orientiert. Des Weiteren wurde auf der Demenzstation systematisch die Validation nach Naomi Feil als Pflege- und Betreuungsansatz eingeführt. Dessen Umsetzung erfolgt durch eigens geschulte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Zudem werden auch Personen im näheren Umfeld der Bewohnerinnen bzw. Bewohner, wie Angehörige und Ärztinnen bzw. Ärzte, im Umgang mit Menschen mit Demenz geschult. Die Demenzstation wird darüber hinaus seit Bestehen von einem wissenschaftlichen Beirat begleitet.

Die einzelnen Interventionen sind vielschichtig und miteinander verflochten. Sie werden als Gesamtpaket betrachtet, da sie nur in Kombination optimal wirken können. In der (Pflege-)Wissenschaft spricht man in diesem Zusammenhang von komplexen Interventionen (Craig et al., 2008).

Die Demenzstation kann als komplexe Intervention verstanden werden, da sie aus vielen interagierenden Komponenten besteht, bei denen Effekte nicht auf einzelne Teile der Maßnahmen zurückgeführt werden können, sondern nur die komplexe Intervention als Gesamtes beurteilt werden kann. Die auf der Demenzstation Grafenwörth implementierten Interventionen umfassen zahlreiche Dimensionen, betreffen mehrere Berufsgruppen und Organisationseinheiten, bedürfen eines hohen Grades der Flexibilität zur Anpassung an die individuellen Situationen und wirken sich auf viele Outcome-Parameter aus.

Bauliche Struktur

Die Gestaltung der Wohnbereiche bietet Menschen mit Demenz in den unterschiedlichen Stadien ihrer Erkrankung eine Umgebung, in der sie sich wohlfühlen.

Der Demenzbereich ist räumlich vom allgemeinen Pflegetrakt des Sozialzentrums getrennt und gliedert sich in drei Wohnbereiche. Die Errichtung eines eigenen Bereichs für Menschen mit Demenz ermöglicht es, speziell auf ihre Bedürfnisse einzugehen. Daten einer nationalen Pflegeheim-Untersuchung in den USA (Luo, Fang, Liao, Elliott, & Zhang, 2010) ergaben, dass Bewohnerinnen und Bewohner von Demenzstationen häufiger spezialisierte Pflege(pläne) haben als Menschen mit Demenz in traditionellen Pflegheimen. Auf den Demenzstationen ist die Wahrscheinlichkeit, Dekubiti und Harnkatheter zu benötigen, geringer. Es wird stattdessen eher Toilettentraining durchgeführt. Es kommt zudem weniger häufig zu Gewichtsverlusten. Darüber hinaus haben Demenzstationen einen positiven Einfluss auf soziale Kontakte, Aktivitäten und den Einbezug von Freiwilligen in die Pflege von Menschen mit Demenz (Weyerer, Schaufele, & Hendlmeier, 2010). Auch herausfordernde Verhaltensweisen, wie Agitation, Aggressionen, Angst und Depressionen, kommen auf spezialisierten Demenzstationen weniger häufig vor (Kok, Berg, & Scherder, 2013).

Die drei Wohngruppen bestehen aus Ein-, und Zweibett- sowie Familienzimmern, die um einen großen Wohnraum mit Gemeinschaftsküche angesiedelt sind. Gemeinschaft und Kommunikation werden dadurch genauso wie ein privater Rückzugsraum ermöglicht (Marquardt, 2011). Die Struktur bietet eine familiäre Atmosphäre, in deren Anlehnung eine Tagesstrukturierung erfolgt und soziale Kontakte ermöglicht werden (Dettbarn-Reggentin, 2005). Jeder Wohnbereich bietet Platz für 10 Bewohnerinnen bzw. Bewohner. Ein solches Wohngruppenmilieu, in dem eine häusliche Umgebung herrscht, kann die Selbstständigkeit (te Boekhorst, Depla, de Lange, Pot, & Eefsting, 2009) und die physische Aktivität (Anderiesen, Scherder, Goossens, & Sonneveld, 2014) von Menschen mit Demenz fördern. Außerdem verbringen die Bewohnerinnen und Bewohner in einer haushaltsähnlichen Umgebung mehr Zeit in Gemeinschaftsräumen und sind vermehrt aktiv und engagiert in der Wohngruppe (Morgan-Brown, Newton, & Ormerod, 2013).

Die kleine, übersichtliche, eingeschoßige bauliche Struktur der Demenzstation in Grafenwörth erleichtert den Bewohnerinnen und Bewohnern die Orientierung. Die überschaubare Gruppengröße und der nicht-institutionelle Charakter der Wohngruppe fördern Vertrautheit (Marquardt, 2011). Eine logische Raumsyntax und eine entsprechende Möblierung begünstigen die Orientierung. Empfohlen werden Grundrisse, die keine Richtungsänderung haben oder zirkulär angelegt sind (Marquardt & Schmieg, 2009). Die Demenzstation des Sozialzentrums SeneCura Grafenwörth verfügt über einen solchen zirkulären Aufbau und kleine, übersichtliche Wohneinheiten. Kurze Wege zwischen Zimmer und Küche oder Gemeinschaftsräumlichkeiten helfen den Menschen mit Demenz zudem, sich zu orientieren, und Wohneinheiten bieten den Pflegepersonen die Möglichkeit, den Überblick über die Bewohnerinnen und Bewohner zu behalten. Alle Zimmer sind durch den Gemeinschaftsbereich begehbar, der neben den Wohn- und Essräumen auch eine Therapieküche enthält, die für gemeinsame Aktivitäten genutzt werden kann (z. B. Salatzubereitung, Weihnachtsbäckerei …). Eine barrierefreie, sichere und kompensatorische Architektur sowie der Einsatz von Orientierungshilfen unterstützen die Bewohnerinnen und Bewohner in ihrer Unabhängigkeit. Die Zimmer der Bewohnerinnen

und Bewohner und sämtliche weitere Räume sind klar und einfach verständlich gekennzeichnet. Die Gestaltung der Demenzstation entspricht weitgehend den Empfehlungen der aktuellen wissenschaftlichen Literatur (Marquardt, 2011).

Die Demenzstation kann durch eine automatische Schiebetür betreten und verlassen werden, es gibt keine geschlossenen bzw. versperrten Türen auf der Station. Bewohnerinnen und Bewohner, die einen erhöhten Wandertrieb haben, tragen einen Bewegungssensor in Form einer Armbanduhr, der signalisiert, wenn sie die Station verlassen. Dies gibt den Pflegepersonen die Möglichkeit, die Menschen mit Demenz wieder sanft auf die Station zurückzugeleiten und sie trotzdem ihren Wandertrieb ausleben zu lassen. Ein solches System trägt zur Steigerung der Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner bei (Wigg, 2010).

Ein speziell abgestimmtes Farb- und Materialkonzept soll zudem die Orientierung und das Wohlbefinden der Bewohnerinnen und Bewohner fördern. Durch die Gestaltung der Räume werden die Sinne in einem angemessenen Ausmaß angeregt – eine Reizverarmung soll genauso vermieden werden wie eine Reizüberflutung (Marquardt & Schmieg, 2009). Die Herkunft und die Biografie der Bewohnerinnen und Bewohner werden in das Wohnkonzept über eine entsprechende Möblierung mit altbekannten Traditionsstücken einbezogen.

Zudem verfügt die Station über einen Endlosrundgang, einen Garten und einen Snoezelenraum.

Der Garten ist von jeder Wohngruppe direkt erreichbar. Die schlaufenartige Weganlage bietet viel Platz für „Wanderer“, zudem sind auf dem Weg zahlreiche Stimuli für alle Sinne zu finden (Kräutergarten, Obstbäume, Klangspiele …). Die Integration einer derartigen Gartenanlage in eine Demenzstation kann Agitation und Aggressionen der Bewohnerinnen und Bewohner reduzieren (Calkins, Szmerekovsky, & Biddle, 2008; Detweiler, Murphy, Meyers, & Kim, 2008). Zudem wird beschrieben, dass die Menschen mit Demenz in dieser Umgebung offener auf ihre Mitmenschen zugehen und die Interaktion erleichtert wird (Whear et al., 2014).

Der Endlos-Rundweg ist zirkulär angelegt und verbindet die drei Wohnbereiche miteinander. Hier können die Menschen den Bewegungsdrang ungehindert und vor allem auch sicher ausleben. Er bietet viel Raum zum Gehen und ist mit Ruheoasen und Sinnesecken, wie einer Busstation, einer Waldlichtung und einer Almwiese, ausgestattet.

Das Konzept Snoezelen stammt aus den 70er-Jahren und wurde im Behindertenbereich entwickelt. Über die Stimulierung unterschiedlicher Reize wird eine angenehme Atmosphäre geschaffen, die je nach Bedürfnis beruhigend oder aktivierend gestaltet werden kann. Die Sinne werden basal über ein Wasserbett, visuell über verschiedene Lichtinstallationen und olfaktorisch über diverse Düfte aktiviert. Menschen mit Demenz werden in dieser Umgebung oft ruhiger, agitiertes und aggressives Verhalten können reduziert und Zuwendung leichter erfahrbar gemacht werden (Anderson, Bird, Macpherson, McDonough, & Davis, 2011; Maseda et al., 2014).

Pflege- und Betreuungskonzept – Validation® nach Naomi Feil

Der Demenzbereich des Sozialzentrums Grafenwörth ist für Menschen mit Demenz ein Ort, an dem ihre persönliche Wirklichkeit anerkannt wird und ihnen größtmögliche Selbstbestimmung sowie eine Alltagsgestaltung auf Grundlage ihrer Vorlieben, Gewohnheiten und ihrer Biografie ermöglicht wird. Das Pflege- und Betreuungskonzept basiert auf der von Naomi Feil entwickelten Validation®, die eine Methode der Kommunikation mit Menschen mit Demenz darstellt. Kernelement bildet die Akzeptanz und das Verstehen eines Individuums bzw. seines Verhaltens. Jedes Verhalten hat eine Bedeutung, auch wenn diese für die Beobachterin bzw. den Beobachter nicht ersichtlich ist, und soll nicht korrigiert werden. Durch eine empathische Haltung wird versucht, die Welt aus der Sicht des desorientierten Menschen zu sehen und die Gründe für das Verhalten zu verstehen.

Den theoretischen Rahmen für die Validation bildet die klientenzentrierte Gesprächsführung von Carl Rogers (Halek, Bartholomeycik, 2006). Carl Rogers betont in seiner Arbeit die Einzigartigkeit eines jeden Individuums. Interkation soll in einem ganzheitlichen Sinn stattfinden. Das bedeutet, dass nicht nur die verbale Kommunikation, sondern vor allem auch die nonverbale und die emotionale Ebene miteinbezogen werden. Eine positive, wohlwollende und empathische Grundhaltung ist dafür unabdinglich (Halek & Bartholomeyczik, 2006). Feil beschreibt vier Stadien der Desorientierung, an die sich die Kommunikation mit dem Menschen mit Demenz jeweils anpasst: mangelhafte Orientierung, Zeitverwirrtheit, sich wiederholende Bewegungen, Vegetieren.

Durch eine an die Phase der Desorientierung angepasste Kommunikation können Aggressionen verringert und soziale sowie funktionale Aktivitäten gefördert werden (Slavik, 1995). Pflege und Interaktion, die sich an der einzelnen Person orientieren, ermöglichen es, die Menschen mit Demenz besser zu verstehen. Ein personenzentrierter Ansatz kann die Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner erhöhen und Agitation verringern (Chenoweth et al., 2014).

Ergänzend zur Validation® wird aktivierende Pflege, basale Stimulation und Kinästhetik angeboten. Um die Pflege auf die Bedürfnisse der einzelnen Bewohnerinnen und Bewohner abzustimmen, werden individuelle Pflegepläne erstellt, welche die Biografie berücksichtigen. Pflegerische Interventionen bauen auf den individuellen Ressourcen, Zielen und Bedürfnissen auf.

Regelmäßig werden bewohnerbezogene Besprechungen des Betreuungspersonals mit der Pflegedienstleitung abgehalten, sodass versucht wird, im Team für jede Bewohnerin bzw. jeden Bewohner individuell ein passendes Umfeld und einen adäquaten Pflegeplan zu schaffen.

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Hauses werden in Validation nach Naomi Feil geschult. Die Mitglieder des Pflege- und Betreuungsteams sind geprüfte Validationsanwenderinnen und -anwender. Damit das Konzept jedoch das ganze Haus durchdringen

kann, werden nicht nur die Pflegepersonen, sondern alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter geschult. Sämtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, wie Portiere, Reinigungskräfte usw., erhalten mindestens einen fünftägigen Grund- und Aufbaukurs.

Durch das Validationstraining verändern sich die Kommunikationsstrategien der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und sie passen sie verstärkt an die jeweilige Situation an (Wimberger, 2014). Die Kommunikationskompetenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Umgang mit Menschen mit Demenz wird gestärkt. Situationen, die oftmals Stress ausgelöst haben, können nun besser gemeistert werden. Ferner können dadurch vielfach freiheitsbeschränkende Maßnahmen reduziert werden und die Arbeitszufriedenheit steigt (Kuske et al., 2009; Schrijnemaekers, van Rossum, Candel, et al., 2002).

Die Validationsschulungen werden in regelmäßigen Abständen im Haus angeboten. Das SeneCura Sozialzentrum Grafenwörth ist lizensierte Validations-Ausbildungsstätte in Kooperation mit dem Ausbildungszentrum des Roten Kreuzes.

Des Weiteren ist die Zahl der Pflegepersonen im Verhältnis zu den Bewohnerinnen und Bewohnern auf der Demenzstation höher als auf Normalstationen. Das soll die Umsetzung des Pflege- und Betreuungskonzeptes ermöglichen. Darüber hinaus finden regelmäßig Supervisionen für das Pflegepersonal statt.

Umgebungsfaktoren (Angehörige, Ärztinnen und Ärzte)

Um das Wohn- und Betreuungskonzept möglichst ganzheitlich leben zu können, wird auch die Umgebung miteinbezogen. Die Bewohnerinnen und Bewohner profitieren davon, dass alle Menschen, mit denen sie in Kontakt treten, einen ähnlichen Zugang wählen – Verwirrung wird reduziert und das Wohlbefinden gefördert. Ärztinnen und Ärzte, ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie Angehörige werden dafür mit dem Pflege- und Betreuungskonzept vertraut gemacht. Die regelmäßig stattfindenden Validationskurse sind deswegen auch für diese Menschen geöffnet.

Wissenschaftliche Begleitung

Die Demenzstation des Sozialzentrums Grafenwörth wird seit Bestehen wissenschaftlich begleitet. Der interdisziplinär besetzte Demenzbeirat unterstützt das Team in Grafenwörth mit seiner fachlichen Expertise. Die beratende Funktion nimmt der Beirat auch nach der Entwicklungs- und Einführungsphase weiter wahr und er entwarf ein eigenes Konzept zum Monitoring der Wirkung der pflegerischen und baulichen Innovationen auf die Lebenssituation der Bewohnerinnen und Bewohner. Im Zuge des Monitorings werden in regelmäßigen Abständen Daten erhoben und evaluiert. Neben Daten aus der Pflegedokumentation werden zudem weitere pflegerische, medizinische und psychosoziale Daten der Bewohnerinnen und Bewohner dokumentiert. Die standardisierte Erhebung erfolgt ca. dreimonatlich, teilweise mit validen Assessmentinstrumenten. Ein besonderes Augenmerk wird auf die Stufeneinteilung nach der Validation, soziale Integration und Aktivität gelegt. Die Auswertung erfolgt anonymisiert. In halbjährlichen Besprechungen des wissenschaftlichen Beirats werden die gesammelten Daten diskutiert. Eine genaue Beschreibung des Datenmonitorings befindet sich in Kapitel 5.

Dem ständigen wissenschaftlichen Beirat gehören folgende Personen an:

- Vorsitz: Prim. Dr. Peter Fasching
- OA Dr. Manfred Wieser Manfred
- Dr.^{in} Schöllhammer-Pirich Andrea, FÄ für Neurologie und Psychiatrie
- Dr.^{in} Barbara Pichler, Wiener Rotes Kreuz, Ausbildungsverantwortliche
- Eva Wagensommerer, MSc, Expertin für Validation, Validations- und Gruppenvalidationsanwenderin
- Dir. Werner Bernreiter, Direktor SeneCura SZ Grafenwörth, Regionaldirektor SeneCura Niederösterreich
- Brigitte Scheffel, MSc, Pflegedienstleiterin SeneCura SZ Grafenwörth

Anlassbezogen wird der wissenschaftliche Beirat um folgende Personen ergänzt:

- Mag.^{a} Gabriele Richter, ehem. Geschäftsführerin SeneCura Österreich
- Mag. Johannes Wallner, Leiter Sonderprojekte SeneCura Österreich

4 Illustrative Beschreibung der Demenzstation Grafenwörth aus einer subjektiven Perspektive

Eine sachliche Beschreibung der Demenzstation kann deren Besonderheiten nie so verdeutlichen wie die anschaulichen Erzählungen von Menschen, welche die Station erlebt haben. Deswegen folgen nun die Berichte von zwei Pflegepersonen und zwei Angehörigen, die anhand ihrer eigenen Geschichten schildern, was sie an der Einrichtung sowie an der Pflege und Betreuung in Grafenwörth besonders schätzen.

Die befragten Personen sind sich einig, dass die Ermöglichung einer individuellen Betreuung einer jeden Bewohnerin bzw. eines jeden Bewohners allen Personen in Grafenwörth ein großes Anliegen ist. Das Wohlbefinden der Bewohnerinnen und Bewohner wird zu jedem Zeitpunkt gefördert. Da die Bewohnerinnen und Bewohner ihre Bedürfnisse aufgrund der Demenzerkrankung nicht immer direkt kommunizieren können, werden besondere Maßnahmen eingesetzt, um diese zu erkennen. Als Basis für eine gelingende Betreuung sehen die Befragten die bauliche Struktur der Demenzstation. Die Kleingruppen sind übersichtlich und vermitteln eine familiäre Atmosphäre. Aufbauend darauf greifen die Pflegepersonen auf eine Auswahl an pflegerischen Techniken und Instrumenten zurück, die sie in der jeweiligen Situation individualisiert für die Bewohnerinnen und Bewohner einsetzen können. Gerne nutzen sie dafür die zahlreichen Aktivitätsprogramme.

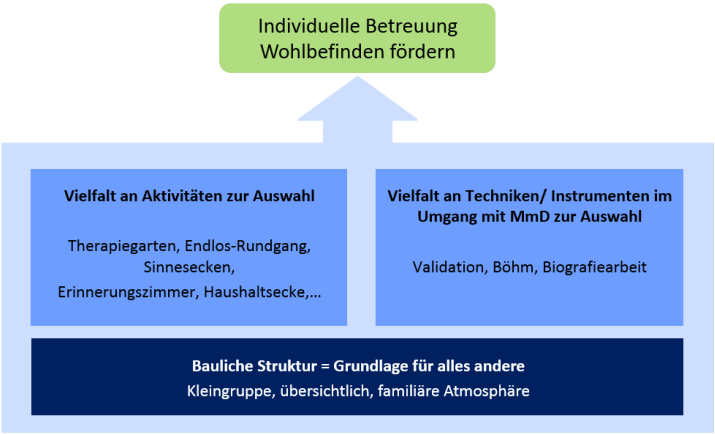


Abb. 2: Subjektive Perspektive auf die Pflege- und Betreuungsansätze auf der Demenzstation des Sozialzentrums SeneCura Grafenwörth

Die subjektive Perspektive von zwei Pflegepersonen

Es werden die Erlebnisse und Erfahrungen von Frau A und Frau B beschrieben. Beide arbeiten seit über fünf Jahren auf der Demenzstation des Sozialzentrums SeneCura Grafenwörth. Sie haben sich bewusst für eine Arbeitsstelle entschieden, die es ihnen ermöglicht, mit Menschen mit Demenz zu arbeiten. Beide haben zuvor andere Berufe ausgeübt und als Pflegehelferinnen in keinen anderen Einrichtungen gearbeitet.

Frau A

Frau A ist Pflegehelferin und arbeitet seit einigen Jahren auf der Demenzstation. Sie meint, dass sie vom ersten Tag an gewusst hat, dass sie nie mehr woanders arbeiten möchte. Sie bezeichnet die Bewohnerinnen und Bewohner als ihre zweite Familie, die ihr durch den langen und intensiven Kontakt sehr ans Herz gewachsen sind.

Frau A schätzt die familiäre Atmosphäre auf der Demenzstation sehr. Die kleinen Gruppen sind ihrer Einschätzung nach die Voraussetzung dafür, dass alle weiteren pflegerischen Betreuungsansätze realisiert werden können. So können die Bewohnerinnen und Bewohner in dieser Umgebung das Leben nach ihren individuellen Bedürfnissen gestalten und werden von den Pflegepersonen weitestgehend darin unterstützt.

> *„Manche Bewohner sind es gewohnt, um vier Uhr aufzustehen, weil sie in einer Bäckerei gearbeitet haben, und dann gibt es welche, die bis 12 Uhr auf sind, und welche, die die Tag-Nacht-Umkehr haben. Und das kann man in einer Demenzstation, wie es in Grafenwörth ist, total gut umsetzen. Sie können aufstehen, wenn sie munter werden, und dann können sie frühstücken oder wenn sie wollen noch weiterschlafen. Man kann da total gut auf den Menschen eingehen."*

Frau A ist es wichtig, die Pflege individuell zu gestalten und auf die Bedürfnisse der Bewohnerinnen einzugehen. So gibt sie manchen beispielsweise kleine Aufgaben, wie Bandagen wickeln oder Tisch abwischen, mit anderen geht sie spazieren oder führt Einzelgespräche. Wichtig ist dabei zu beachten, dass jeder Tag anders ist und die Bewohnerinnen dementsprechend, wie jeder Mensch, verschiedene Bedürfnisse haben.

Die Kommunikation mit den Bewohnerinnen und Bewohnern ist aufgrund der Demenz oftmals erschwert, sie können ihre Bedürfnisse oft nicht direkt mitteilen, und es ist nicht immer einfach, ihr Verhalten zu deuten und Bedürfnisse zu erkennen. Dafür benötigt man spezielle Schulungen, Erfahrung und Empathie. Frau A hat vor allem mit Validation nach Naomi Feil gute Erfahrungen gemacht. Die Schulungen zur Validationsanwenderin und zur Gruppenvalidation helfen ihr im Alltag mit den Bewohnerinnen und Bewohnern. Sie sieht das herausfordernde Verhalten nun aus einer anderen Perspektive. Validation hilft ihr, herausfordernde Verhaltensweisen gut aufzulösen, und nimmt ihr das Gefühl der Hilf- und Machtlosigkeit. Die positive Bewältigung einer solchen Situation macht sie stolz.

> *„Weil die Bewohner verarbeiten Früheres noch einmal. Das sind meist ungelöste Aufgaben, die damals nie verarbeitet wurden, die kommen dann wieder. Dann kann man die Validation anwenden. Mit den W-Fragen: War das immer so?*

Was war da? Und dann merkt man, das wird ein gutes Gespräch. Und dann geht man raus und ist stolz auf sich.“

Als eine der Leiterinnen der Gruppenvalidation hat sie auch damit gute Erfahrungen gesammelt. Nach diesen Sitzungen beobachtet sie, dass die Bewohnerinnen und Bewohner ruhiger, aufnahmefähiger und aktiver sind. Frau A ist davon überzeugt, dass sie den Bewohnerinnen und Bewohnern guttun.

Darüber hinaus arbeiten Frau A und ihre Kolleginnen und Kollegen viel mit der Biografie der Bewohnerinnen und Bewohner, da viele Verhaltensweisen durch die Lebensgeschichte der Bewohnerinnen und Bewohner erklärt werden können. Zudem können die in der Biografiearbeit erhobenen Vorlieben der Bewohnerinnen und Bewohner in die Pflege und Betreuung mit einfließen und so kann das Wohlbefinden der Menschen mit Demenz gefördert werden. Zu diesem Zweck arbeiten sie eng mit den Angehörigen zusammen, die die primäre Informationsquelle für die Biografie und Präferenzen der Bewohnerinnen und Bewohner darstellen. Die Arbeit mit Angehörigen empfindet Frau A bei der Pflege von Menschen mit Demenz als besonders wichtig, da es Angehörigen oft schwerfällt, in dem dementen Menschen ihren Angehörigen zu sehen. Sie und ihre Kolleginnen und Kollegen können Angehörige in dieser schwierigen Zeit unterstützen und ihnen helfen zu lernen, einen Zugang zu ihren Angehörigen mit Demenz zu finden.

Sie beschreibt ihre Arbeit als fordernd und nicht einfach. Allerdings erhält sie durch die Arbeit mit den Menschen mit Demenz auch viel zurück, betont sie. Das Team hilft ihr, den Alltag zu meistern. In der Pflege von Menschen mit Demenz ist es wichtig, dass man sich im Team gegenseitig unterstützt, sich aufeinander verlassen und Situationen auch mit Humor meistern kann.

Frau B

Frau B arbeitet seit einigen Jahren als Pflegehelferin auf der Demenzstation im Sozialzentrum Grafenwörth. Sie hat die Station bereits durch ein Praktikum in ihrer Ausbildung kennengelernt und hat direkt nach dem Abschluss hier zu arbeiten begonnen. Über ihre Arbeitsstelle sagt Frau B, dass es ihr hier so gut gefällt, dass sie nie in Betracht gezogen hat, woanders zu arbeiten. Einerseits arbeitet sie sehr gerne mit Menschen mit Demenz, andererseits bietet ihr die Demenzstation im Sozialzentrum Grafenwörth gute Bedingungen, um nach ihren Vorstellungen von einer guten Pflege arbeiten zu können. Hilfreich dabei ist neben dem guten teaminternen Zusammenhalt und dem gleichen Verständnis von Pflege und Betreuung auch die bauliche Struktur der Demenzstation. Die übersichtliche Anordnung der Wohngruppe erlaubt es ihr, auch bei einer individuellen Betreuung den Überblick über alle Bewohnerinnen und Bewohner zu behalten. Die kleine Größe der Wohngruppe schafft eine familiäre Atmosphäre und ermöglicht es den Pflegepersonen, sich Zeit für jede einzelne Bewohnerin und jeden einzelnen Bewohner zu nehmen. Die individuelle Betreuung, die von den Ressourcen, der Biografie und den Vorlieben der Menschen mit Demenz geprägt ist, liegt Frau B besonders am Herzen. Sie schätzt es sehr, dass sie auf der Demenzstation die Möglichkeit hat, aus einer Vielzahl von Betreuungs- und Beschäftigungsangeboten das jeweils passende für die Bewohnerin bzw. den Bewohner und sich auszuwählen. Beispielsweise nutzt sie gerne die Haushaltsecke,

die Bauernstube und den Garten. Sie betont, dass die Pflege- und Betreuungsansätze immer für die Bewohnerin bzw. den Bewohner und die Pflegeperson in der jeweiligen Situation passen müssen – nur dann kann sie authentisch sein und Wohlbefinden erzeugen. Oft sind es kleine Aufgaben, wie Knöpfe sortieren oder Bandagen wickeln, die Bewohnerinnen und Bewohner mit Freude übernehmen. Jeden Nachmittag finden unterschiedliche Programmpunkte statt, wie Motogeragogik oder Hundetherapie, die sie als Bereicherung für den Alltag der Bewohnerinnen und Bewohner empfindet. Besonders hebt sie das Engagement der Ehrenamtlichen hervor.

> *„Validation, die Sinnesecken. Jeder Pflegende ist auch irgendwie anders und es muss auch für einen selbst passen. Die Bushaltestation, die wird oft genutzt. Die Bauernstube, die ist heimelig, da können sie sich zurückziehen, wenn sie eine Ruhe haben wollen. Die Haushaltsecke mit dem Bügeltisch. Und der Garten ist vor allem im Sommer super. Die Angebote werden wirklich genutzt. Und die Angebote durch die Ehrenamtlichen – der Rosenkranz, die Messe oder das Kino mit alten Filmen – das wird schon angenommen."*

Dadurch, dass Menschen mit Demenz ihre Bedürfnisse oft anders kommunizieren, ist es nicht immer einfach, einen Zugang zu ihnen zu bekommen. Gerade wenn eine Bewohnerin bzw. ein Bewohner neu einzieht, benötigt es Zeit, bis sich die Pflegepersonen und die Bewohnerin bzw. der Bewohner kennengelernt und aneinander gewöhnt haben. Die Arbeit mit der Biografie der Bewohnerinnen und Bewohner und auch Validation helfen, mit den neuen Bewohnerinnen und Bewohnern in Kontakt zu treten. Frau B ist, wie die meisten ihrer Kolleginnen und Kollegen, Validationsanwenderin – den Kurs dazu hat sie vor einigen Jahren absolviert. Sie berichtet, dass Validation hilft, das Verhalten des Menschen mit Demenz anders zu interpretieren und die Kommunikation anders zu gestalten. Besonders schön, beschreibt sie, sei es mitanzusehen, wie die Bewohnerinnen und Bewohner in Gruppenvalidationen aufleben, wie sie beginnen, mehr zu sprechen und Aufgaben zu übernehmen.

Frau B erzählt auch, dass sie viel Wert auf die Arbeit mit Angehörigen legt. Zu einer ganzheitlichen Pflege zählt für sie auch die Betreuung der Familie der Bewohnerinnen und Bewohner. Zu sehen, wie sich ein nahestehender Mensch aufgrund der Demenz stark verändert, sodass es schwerfällt, ihn zu betreuen und ihn schlussendlich in ein Pflegeheim „geben zu müssen", ist für viele Angehörige belastend. Loslassen zu können und darauf zu vertrauen, dass die Bewohnerin bzw. der Bewohner gut versorgt und betreut wird, fällt den meisten schwer. Frau B ist sich dessen bewusst und versucht eine partnerschaftliche Beziehung mit den Angehörigen der Bewohnerinnen und Bewohner herzustellen und dadurch gegenseitiges Vertrauen aufzubauen. Davon profitiert nicht zuletzt die Bewohnerin bzw. der Bewohner. In diesem Zusammenhang bietet das Sozialzentrum Grafenwörth neben Angehörigenabenden auch Validationskurse für die Angehörigen an. Diese helfen ihnen, das Verhalten des Menschen mit Demenz zu verstehen.

Die subjektive Perspektive von zwei Angehörigen

Es werden die Erlebnisse und Erfahrungen von Frau X und Frau Z mit der Demenzstation des Sozialzentrums SeneCura Grafenwörth beschrieben. Der Gatte von Frau X verbrachte seine letzten Lebensjahre auf der Demenzstation, er ist mittlerweile verstorben. Die Mutter von Frau Z lebt seit einiger Zeit auf der Demenzstation. Beide Frauen sind mehrmals pro Woche auf der Demenzstation.

Frau X und ihr Mann

Als der Mann von Frau X an Demenz erkrankte, war eine Betreuung zu Hause irgendwann nicht mehr möglich. Sein Verhalten, insbesondere der Drang, ständig in Bewegung sein zu müssen, gehen zu müssen, brachten sie an die Grenzen ihrer Belastbarkeit. Über eine Bekannte erfuhr sie von der Demenzstation im Sozialzentrum Grafenwörth. Frau X konnte beobachten, dass sich ihr Mann im Sozialzentrum viel freier bewegen konnte als zu Hause. Wenn er gehen wollte, konnte er gehen.

> *„Mein Mann hat die Demenz mit Weglaufen und dorthin gehen und gehen, gehen, gehen ... Und das hat er hier in Grafenwörth ganz toll können. Es gibt fast keine Tür, die zu ist, und wenn, dann konnte er sie aufmachen. […] Er hat sich da dann sehr viel wohler gefühlt als zu Hause. Zu Hause war immer alles zugesperrt. […] Da hat er nicht diese Freiheit gehabt wie hier. Und das war für mich ganz wichtig. Und man merkt es dann auch – als er hierhergekommen ist, ist er viel ruhiger geworden. Es hat ihn niemand aufgehalten. Er hat das Leben, das er in der Demenz geführt hat, wo er auch nicht gewusst hat, was er macht, das hat er hier jetzt machen können."*

Besonders schätzt sie an der Demenzstation Grafenwörth die bauliche Struktur, die durch die kleinen Wohngruppen und die zentrale Wohnküche eine familiäre Atmosphäre bietet. Das half ihrem Mann, sich zu orientieren. Die Betreuung und Pflege empfand sie als liebevoll und respektvoll. Viel wird dabei mit der Biografie der einzelnen Menschen gearbeitet. Jeder Mensch wird individuell betrachtet. So erlebte Frau X beispielsweise, dass die Schluckstörungen ihres Mannes mit dem Pflegeteam, der Küche und ihr besprochen wurden und dass versucht wurde, eine speziell auf ihn zugeschnittene Kost zu finden, damit auch er wieder mit Appetit essen konnte, ohne sich dabei zu verschlucken.

Frau X verbrachte viel Zeit bei ihrem Mann. Sie erzählt, dass sich das Verhalten ihres Mannes durch die Demenz stark verändert hat und dass die Validation ihr geholfen hat, damit umzugehen. Frau X denkt, dass sich die Menschen mit Demenz durch diesen aufrichtigen und wertschätzenden Umgang angenommen fühlen und glücklicher sind.

> *„Das war für mich so was von wichtig, weil ich habe meinen Mann auch nicht verstanden. Und ich habe mit der Krankheit auch nicht gewusst, was ist jetzt. Ich meine, wir waren fünfzig Jahre verheiratet, und dann stehst du da und der macht Sachen, wo du denkst, das ist doch nicht mein Mann. Und ich habe dann diese Validationskurse gemacht. Dann haben wir auch wieder viel besser umgehen können miteinander. […] Mein Mann hat zum Beispiel immer gesagt: ‚Na, gehen wir jetzt.' Und ich habe immer gesagt: ‚Jetzt bleib doch einmal sitzen.'*

Erst bleibt er auch sitzen, aber irgendwann will er wirklich aufstehen. Und er kann es ja nicht verstehen, dass er vielleicht stürzt. Man kann einfach sagen: ‚Wo willst du hingehen?' Dann denkt er gar nicht mehr so an dieses Aufstehen. Durch dieses Abholen – ‚Was stellst du dir vor?' –, diese Validation: das ist das Beste, was es für Demenzkranke gibt."

Nicht immer war es für Frau X einfach, ihren durch die Demenz veränderten Mann zu sehen. In diesen Augenblicken hatten die Pflegepersonen Zeit für ein Gespräch mit ihr. Sie suchten oft von sich aus das Gespräch mit ihr, informierten sie über die Geschehnisse des Tages und halfen ihr, die Situation zu akzeptieren. Die Arbeit und Gespräche mit Angehörigen schienen ihr für die Pflegepersonen selbstverständlich zu sein.

Frau X beschreibt, dass sie und ihr Mann die vielen Angebote für Aktivitäten gern genutzt haben. Besonders denkt sie in diesem Zusammenhang an den angebauten Kindergarten, die Tanznachmittage, Fernsehabende mit Fußballübertragungen und den Garten, den sie viel mit ihrem Mann nutzte.

„Und dann gab es einen Tanznachmittag. Die Leute singen mit, sie tanzen, sie sind glücklich. Da geht dir das Herz auf. Und wenn es nur für eine halbe Stunde war. Dann waren sie genau da glücklich. Und das ist das Schöne. Man muss es erleben. Wie glücklich Menschen sein können, obwohl sie vom Geist so weit weg sind."

Seit dem Tod ihres Mannes arbeitet Frau X nun ehrenamtlich auf der Demenzstation und kann ihr Wissen und ihre Erfahrungen in die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner mit einfließen lassen.

Frau Z und ihre Mutter

Die Mutter von Frau Z ist an Demenz erkrankt. Sie hat bereits in anderen Pflegeheimen zur Kurzzeitpflege gelebt, bevor sie in die Demenzstation in Grafenwörth eingezogen ist. Frau Z besucht ihre Mutter zweimal pro Woche. Nach anfänglicher Skepsis hat Frau Z das Gefühl, dass sich der Zustand ihrer Mutter in der neuen Umgebung positiv verändert hat. Sie beschreibt, dass ihre Mutter dort Menschen hat, die mit ihr reden und ihr zuhören. Die Mutter geht nun herzlicher auf andere zu und zeigt ihre Gefühle offener.

Frau Z denkt, dass besonders die familiäre Atmosphäre in den kleinen Wohngruppen das Wohlbefinden der Menschen mit Demenz fördert. Frau Z erinnern die Wohngruppen an Wohngemeinschaften – WGs. Allerdings betont sie auch den positiven Einfluss der individuellen und herzlichen Betreuung. Sie hat das Gefühl, dass den Pflegepersonen das Wohlergehen jeder einzelnen Bewohnerin und jedes einzelnen Bewohners am Herzen liegt. Dies zeigt sich dadurch, dass sie sich Zeit für jede Einzelne und jeden Einzelnen nehmen und Betreuungsangebote individuell gestalten. Die Vielfalt der Beschäftigungsmöglichkeiten und Therapien nutzt Frau Z gerne mit ihrer Mutter. Besonders hebt sie den Endlos-Rundgang mit den Sinnesecken, das Erinnerungszimmer, den Garten und die Hundetherapie hervor. Auch die Einbettung des Kindergartens in die unmittelbare Nachbarschaft der Demenzstation empfindet Frau Z als bereichernd. Sie ist begeistert, wie offen Kinder auf Menschen mit Demenz zugehen. Darüber hinaus beschreibt

sie, wie gern ihre Mutter an Aktivitäten wie Kino, Messen, Rosenkranzbeten und diversen Festen teilnimmt.

> *„Überhaupt diese ganzen Feste, meine Mutter mag die total gern. Da wird gesungen und meine Mutter kennt ja die ganzen Texte von den Liedern, die ich gar nicht kenne. Da freut sie sich richtig. Weil sie schon Jahrzehnte sowas nicht gehabt hat. […] Sie genießt das total. Ich habe das Gefühl, sie ist glücklich."*

Auch als Angehörige fühlt sich Frau Z immer auf der Demenzstation willkommen und gut aufgehoben. Sie beschreibt, wie die Pflegepersonen sie als Unterstützung bei der Betreuung ihrer Mutter ansehen. Frau Z kann mit wertvollen Details aus dem Leben ihrer Mutter helfen, die Pflege an die Biografie der Mutter anzupassen. Durch den Einbau von Vertrautem in den Alltag kann das Wohlbefinden der Mutter gefördert werden. Frau Z glaubt nicht an die Mythen von Pflegeheimen, in denen man sich nicht um die Bewohnerinnen und Bewohner kümmert – sie erlebt es im Sozialzentrum Grafenwörth anders.

> *„Ich denke nicht, dass man sich vor dem Pflegeheim fürchten muss, das glaube ich nicht. Nicht mehr. Sicher, es ist die letzte Station im Leben. Aber es ist schön, dass sie es genießen kann."*

5 Datenmonitoring

Die Grundlage für den vorliegenden Bericht sind die Daten zum Qualitätsmonitoring der Demenzstation Grafenwörth. Im folgenden Abschnitt werden sowohl das Datenmonitoring, die erfassten Daten als auch die Vorgehensweise bei der Auswertung beschrieben.

Datenmonitoring in Grafenwörth

Parallel zur Einrichtung der Demenzgruppen in der SeneCura Sozialstation Grafenwörth vor 10 Jahren wurden auch Überlegungen angestellt, wie die Betreuung von an Demenz erkrankten Bewohnerinnen und Bewohnern laufend wissenschaftlich begleitet werden kann. Es wurde ein Demenzbeirat eingerichtet, der in regelmäßigen Treffen aktuelle Entwicklungen und Potenziale diskutiert. In diesem Beirat wurde auch ein regelmäßiges Monitoring der betreuten Bewohnerinnen und Bewohner anhand ausgewählter Parameter beschlossen. Dieses Datenmonitoring wurde mit dem Ziel eingeführt, erste Rückschlüsse auf die Wirkung der komplexen Intervention der Demenzstation ziehen zu können. Es soll aufgezeigt werden, wie sich die Menschen mit Demenz in dieser Umgebung entwickeln, wie sie auf die gesetzten Maßnahmen reagieren und inwieweit ein Fortschreiten der Demenz sowie des Pflegebedarfs verhindert bzw. verlangsamt werden kann.

Für das Qualitätsmonitoring wurde eine Datenbank entwickelt, die es erlaubt, zusätzlich zur Pflegedokumentation ausgewählte Parameter zu erfassen. Eine Pflegeperson ist dafür verantwortlich, in regelmäßigen Abständen die Parameter zu erfassen. Zu Beginn wurde festgelegt, dass die Daten in einem Abstand von 3 Monaten erfasst werden sollen. Bei der Auswertung zeigte sich allerdings, dass diese Abstände nicht immer eingehalten werden konnten. Die Tendenz geht jedoch nicht in Richtung seltenerer Abstände, sondern es wurde häufiger als ursprünglich festgelegt erhoben.

In Bezug auf die Datengrundlage, vor allem aber was die spätere Darstellung von Verläufen betrifft, erscheint es noch wesentlich, zu erwähnen, dass zwischen der Aufnahme in eine Demenzgruppe und dem ersten Eintrag in die Datenbank eine gewisse Zeitspanne liegt. Diese liegt im Durchschnitt bei rund 3 Monaten, wobei für einen sehr großen Prozentsatz der Bewohnerinnen und Bewohner schon früher ein erster Eintrag gemacht wird. Dies gilt es zu bedenken, wenn in der Auswertung die Verläufe dargestellt werden – der häufig erwähnte „Zeitpunkt 0“ kann nicht generell mit dem Beginn der Betreuung in Grafenwörth gleichgesetzt werden.

Beschreibung des Datenpools

Die Entscheidung, welche Parameter Teil des regelmäßigen Qualitätsmonitorings sein sollten, wurde im Demenzbeirat getroffen. Basis für diese Entscheidung bildeten Überlegungen dazu, welche Informationen über Menschen mit Demenz notwendig sind, um kontinuierliche Entwicklungen ablesen zu können.

In die statistische Datenanalyse konnten generell alle Daten miteinbezogen werden, die regelmäßig und strukturiert für alle Bewohnerinnen und Bewohner zu einem einheitlichen Zeitpunkt erfasst wurden. Aus der Analyse ausgeschlossen mussten all jene Daten werden, die zu individuellen Zeitpunkten für einzelne Bewohnerinnen bzw. Bewohner erfasst wurden und daher nicht für die Gruppe relevant sind (z. B. Pflegedokumentation, Schwererfassung etc.).

Die Abbildung unten zeigt einen Überblick über die ausgewählten Parameter. Als allgemeine Daten liegen Geschlecht, Alter, Aufenthaltsdauer und Entlassungsgrund vor. Weiters enthält die Datenbank auch Informationen darüber, welche Demenzform und welche anderen relevanten Diagnosen bei den Bewohnerinnen und Bewohnern diagnostiziert wurden. Schließlich liegen auch Daten über die Häufigkeiten von Stürzen bzw. Krankenhausaufenthalten vor.

Die Parameter, die Auskunft über die Wirkung der komplexen Intervention in Grafenwörth bzw. über die Entwicklung der Bewohnerinnen und Bewohner geben sollen, sind ebenfalls in der Abbildung unten aufgelistet. Diese sind die Validationseinstufung nach Naomi Feil, ein in Grafenwörth entwickelter Validationsscore, der die Kontaktierbarkeit der Bewohnerinnen und Bewohner misst, der MMSE-Wert oder auch der Barthel-Index. Ebenso wurden die Beteiligung an verschiedenen Aktivitäten, unterschiedliche herausfordernde Verhaltensweisen, Medikamentenanzahl und -art erfasst. Details zu den jeweiligen Parametern bzw. Scores finden sich in den jeweiligen Ergebnis-Kapiteln (vgl. Kapitel 6).

Allgemeine Daten

Geschlecht
Alter
Aufenthaltsdauer
Entlassungsgrund
Demenzform
Relevante Diagnosen
Sturzhäufigkeit
Krankenhausaufenthalte

Parameter zur Messung der Entwicklung der Bewohnerinnen und Bewohner

Validationseinstufung nach Feil
Validationsscore (= Kontaktierbarkeit)
Barthel-Index
MMSE
Aktivitäten (Snoezelenraum, Musiktherapie, Demenzgarten, Therapieküche, allgemeine Aktivitäten)
Herausforderndes Verhalten (Wandertrieb, aggressives Verhalten, Nachtaktivität)
Medikamentenanzahl, Medikamentenart (Antidepressivum, Antipsychotikum, Antidementivum)

Abb. 3: Überblick analysierter Daten

Der für die statistische Datenanalyse vorliegende Datenpool entstand durch die kontinuierliche Erfassung der oben dargestellten Parameter in den letzten 9 Jahren. Die Erfassung erfolgte ohne Veränderungen in den abgefragten Items, was eine retrospektive Auswertung der Daten über den gesamten Zeitraum des Bestehens der Einrichtung erlaubt.

Es liegen insgesamt Daten von 82 Bewohnerinnen und Bewohnern vor. Es wurden die Daten jener Personen für die statistische Analyse verwendet, die in den drei 2006 eröffneten Demenzgruppen betreut wurden. Die 2010 neu hinzugekommenen Wohngruppen werden für das Datenmonitoring nicht mit einbezogen. Personen, die nur zur Kurzzeitpflege in Grafenwörth aufgenommen wurden, wurden ebenso aus der Analyse ausgeschlossen wie jene Bewohnerinnen und Bewohner, die keine Demenzdiagnose hatten.

Vorgehensweise bei der Auswertung der Daten des Monitorings

Ziel dieses Berichts ist die Auswertung der Daten des Monitorings der Demenzstation des Sozialzentrums SeneCura Grafenwörth. Zur Darstellung der Ergebnisse wurden die in den vergangenen 9 Jahren erhobenen Daten quantitativ ausgewertet. Die vorliegende statistische Datenauswertung erfolgt basierend auf dem oben beschriebenen, von SeneCura Grafenwörth zur Verfügung gestellten Datenpool. Die Daten werden rückblickend ausgewertet, verbunden mit dem Ziel, einen Eindruck von den Bewohnerinnen und Bewohnern und möglichen Auswirkungen der Betreuung in den Demenzgruppen zu bekommen.

Die Auswertung der Daten zum Qualitätsmonitoring der Demenzstation erfolgte in den folgenden Schritten:

- Der sehr umfangreiche Datenpool wurde in einem ersten Schritt für die statistische Datenanalyse kontrolliert und aufbereitet. Dies hatte das Ziel, eine einheitliche Datengrundlage für alle Bewohnerinnen und Bewohner zu schaffen bzw. zu gewährleisten, dass es zu keiner verzerrten Darstellung, vor allem in Bezug auf die Verlaufsdaten, kommt. Die Datenaufbereitung umfasste z. B. die Vereinheitlichung der Abstände zwischen den Erhebungszeitpunkten, da nicht bei allen Bewohnerinnen und Bewohnern die Daten einheitlich in einem Abstand von 3 Monaten erfasst wurden, sondern tendenziell öfter. Dieser Schritt war notwendig, um Vergleiche zwischen den Bewohnerinnen und Bewohnern anstellen zu können.
- In einem ersten Analyseschritt wurden die einzelnen Parameter jeweils zu Beginn der Betreuung deskriptiv dargestellt. Somit wird erkennbar, mit welchem Ausgangswert Bewohnerinnen und Bewohner nach Grafenwörth kommen.
- Da die einzelnen Parameter in den letzten neun Jahren kontinuierlich erfasst wurden, ist es in der statistischen Analyse möglich, die Verläufe der jeweiligen Items (z. B. Mini-Mental State Examination, Barthel-Index etc.) darzustellen. Damit soll gezeigt werden, wie sich einzelne Aspekte durch die komplexe Intervention in Grafenwörth entwickeln. Es wird außerdem überprüft, ob sich signifikante Veränderungen einzelner Parameter messen lassen.
- In der Datenanalyse erschien es nicht sinnvoll, den gesamten Verlauf der einzelnen Items darzustellen, sondern nur jene Zeitspanne, in der auch ausreichend Personen für eine statistisch sinnvolle Interpretation zur Verfügung stehen. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Bewohnerinnen und Bewohner liegt in etwa bei 2,5 Jahren, für eine Verweildauer von länger als 3 Jahren liegen die Daten nur für weniger als 30 Bewohnerinnen und Bewohner vor. Da für statistisch relevante Aussagen eine

Fallzahl größer 30 sinnvoll ist, wurden die Verläufe der einzelnen Parameter jeweils nur für die ersten 36 Aufenthaltsmonate dargestellt. Bei den Verläufen ist generell zu beachten, dass natürlich nicht alle Bewohnerinnen und Bewohner eine Aufenthaltsdauer von 36 Monaten in Grafenwörth haben. Deswegen nimmt die Fallzahl „n“ im Monatsverlauf kontinuierlich ab. Dies ist bei der Betrachtung der Ergebnisse zu beachten, da die Basis der Berechnungen nicht durchgehend die gleiche Gruppe von Personen ist, sondern diese Gruppe im Verlauf immer kleiner wird.

- Schlussendlich konnten bei einem Teil der Parameter die Verläufe auch nach verschiedenen Personengruppen verglichen werden (Geschlecht, Aufenthaltsdauer, Alter, Demenzform, relevante Diagnosen, Aufnahme, Ausgangswert). Dies hat zum Ziel, herauszufinden, ob es spezielle Gruppen von Bewohnerinnen und Bewohnern gibt, bei denen sich andere Entwicklungen bezüglich einzelner Parameter zeigen, auf die in der Pflege bzw. Betreuung im Speziellen eingegangen werden könnte.

6 Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Auswertung der Daten zum Monitoring der Demenzstation in Grafenwörth dargestellt. Diese werden jeweils mit zentralen Aspekten aus wissenschaftlicher Literatur verknüpft.

Soziodemografische Beschreibung der Bewohnerinnen und Bewohner

Bei der Aufnahme in Grafenwörth liegt das Alter der Personen zwischen 55 und 97 Jahren, wobei die Bewohnerinnen und Bewohner im Durchschnitt rund 81 Jahre alt sind, also als hochaltrig bezeichnet werden können. Mehr als drei Viertel der Bewohnerinnen und Bewohner sind weiblich, was aber dem Trend in österreichischen Pflegeeinrichtungen entspricht. Sowohl Alter als auch Geschlecht sind in Abb. 4 unten genauer dargestellt.

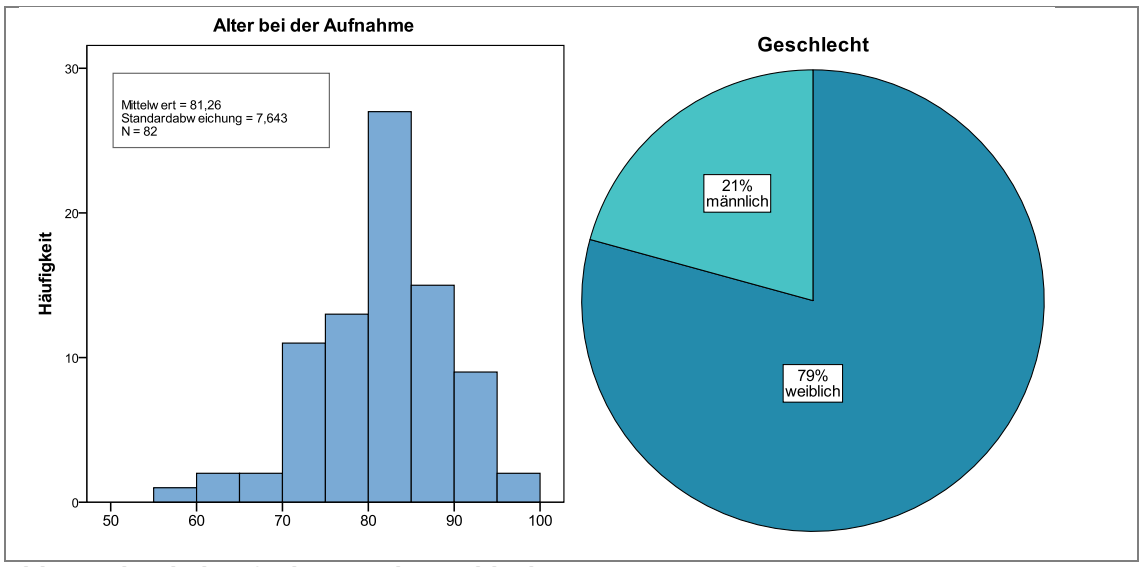


Abb. 4: Alter bei Aufnahme und Geschlecht

Nach der Aufnahme in Grafenwörth leben die Bewohnerinnen und Bewohner im Durchschnitt rund 31 Monate (2,6 Jahre) in der Einrichtung. Die Aufenthaltsdauer liegt zwischen 3 Monaten und 8,5 Jahren. Diese Zahlen beinhalten auch all jene Personen, die derzeit noch in Grafenwörth betreut werden, und deren Aufenthaltsdauer sich dementsprechend noch steigern kann. Mehr als die Hälfte der Bewohnerinnen und Bewohner (56 %) sind bisher in Grafenwörth verstorben, ein weiteres Viertel (27 %) verstarb im Krankenhaus. Nur 18 % der Bewohnerinnen und Bewohner verließen die Demenzgruppen aufgrund eines Wechsels in ein anderes Pflegeheim oder in die Pflege zu Angehörigen nach Hause.

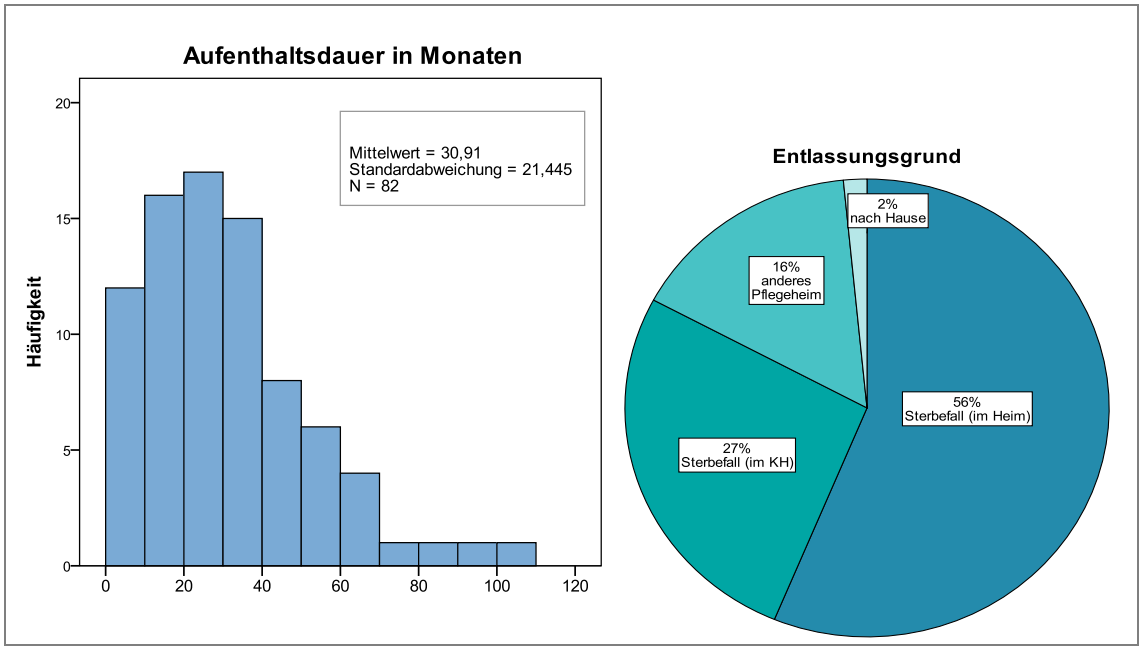


Abb. 5: Aufenthaltsdauer und Entlassungsgrund

Spezielle Aktivitätsangebote für Menschen mit Demenz

Das Konzept der Demenzgruppen von SeneCura Grafenwörth beinhaltet auch eine Vielzahl an Angeboten bzw. Aktivitäten. Dazu zählen ein Snoezelenraum, Musiktherapie (die allerdings mittlerweile durch Motogeragogik ersetzt wurde), ein Demenzgarten, eine Therapieküche und allgemeine Aktivitäten. In regelmäßigen Abständen wird auf einer 3-stufigen Skala (nie – selten – häufig) erfasst, wie oft Bewohnerinnen bzw. Bewohner von den genannten Angeboten Gebrauch machen.

6.1.1 Nutzung von Aktivitätsangeboten im Sozialzentrum SeneCura Grafenwörth

In der Abbildung unten wird die Häufigkeit der Teilnahme bzw. Nutzung spezieller Angebote für Menschen mit Demenz zu Beginn der Betreuung in Grafenwörth dargestellt.

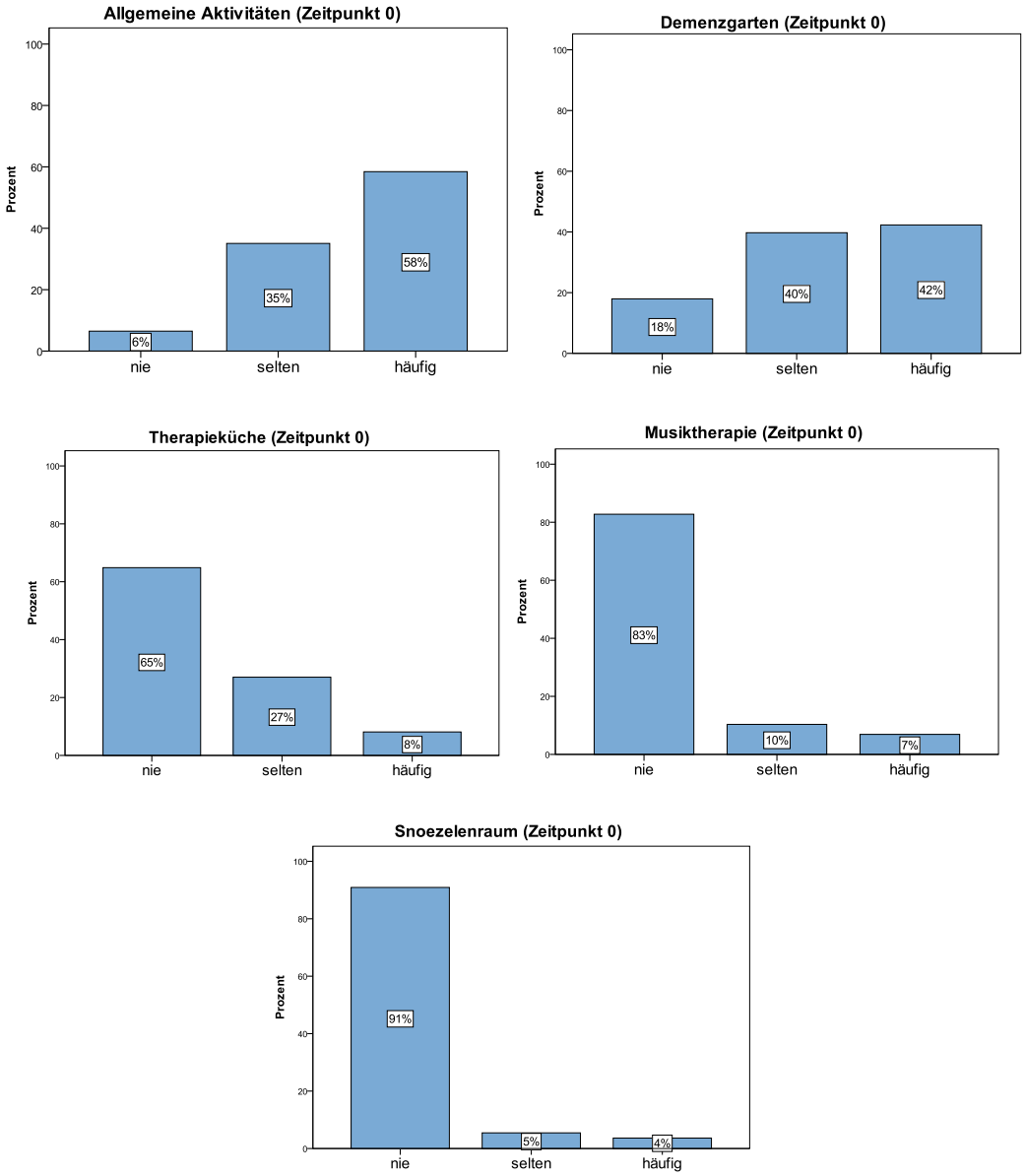


Abb. 6: Teilnahme an Aktivitäten (Zeitpunkt 0)

Am stärksten werden von den Bewohnerinnen und Bewohnern die allgemeinen Aktivitäten wahrgenommen. Mehr als die Hälfte (58 %) nimmt zu Beginn der Betreuung häufig daran teil, ein weiteres Drittel (35 %) zumindest selten. Die Beliebtheit der allgemeinen Aktivitäten bleibt über den gesamten Zeitverlauf von 36 Monaten bestehen. Lediglich nach etwa 30 Monaten erhöht sich der Anteil jener, die nicht an allgemeinen Aktivitäten teilnehmen, leicht. Dies kann aber wahrscheinlich auf eine tendenzielle Verschlechterung des Gesundheitszustandes nach längerer Aufenthaltsdauer zurückgeführt werden.

Auch der Demenzgarten ist bei den Bewohnerinnen und Bewohnern sehr beliebt. Bereits zu Beginn der Betreuung nutzen 42 % dieses Angebot häufig, 40 % halten sich selten im Demenzgarten auf. Der Anteil jener, die den Demenzgarten nie nützen, bleibt von Beginn an über 36 Monate relativ konstant bei rund 20 %. Allerdings zeigt sich auch hier, dass ab einer Aufenthaltsdauer von über 30 Monaten auch diese Aktivität tendenziell nachlässt.

Etwas weniger häufig wird von den Bewohnerinnen und Bewohnern die Therapieküche genützt, nur insgesamt rund ein Drittel der Personen nützt dieses Angebot zu Beginn der Betreuung häufig oder selten, während zwei Drittel nicht davon Gebrauch machen. Im Verlauf betrachtet steigert sich der Anteil jener, die die Küche nie nützen, sogar noch auf über 80 %.

Auch das Angebot der Musiktherapie (die mittlerweile ohnehin nicht mehr angeboten wird), wurde nur sehr vereinzelt von Bewohnerinnen und Bewohnern in Anspruch genommen. Nur 7 % nahmen zu Beginn der Betreuung daran teil, weitere 10 % selten. Der Anteil jener, die sich nie an der Musiktherapie beteiligen, liegt mit 83 % relativ hoch. Die Beteiligung an diesem Angebot nimmt im Verlauf der Betreuung tendenziell leicht zu, nach rund einem Jahr in Grafenwörth nahmen 30 % der Personen an der Musiktherapie teil, nach 21 Monaten sogar 32 %. Allerdings bleibt der Anteil durchgehend eher gering.

Der Snoezelenraum ist ein Raum, in dem durch eine angenehme Atmosphäre sowie Licht- und Musikeffekte versucht wird, die Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner zu steigern. Die Datenauswertung zeigt allerdings, dass dieser Raum vom Großteil der Betreuten weder zu Beginn der Betreuung noch im Verlauf von 36 Monaten genutzt wird. Zum Zeitpunkt 0 wurde bei 91 % der Bewohnerinnen und Bewohner vermerkt, dass mit ihnen „nie“ der Snoezelenraum genützt wurde. Der Anteil jener, für die von diesem Angebot Gebrauch gemacht wird, bleibt im gesamten Zeitverlauf bei nur etwa 10 %.

6.1.2 Wirkung von speziellen Aktivitätsangeboten für Menschen mit Demenz – ein Blick in die aktuelle Forschungslage

Menschen mit Demenz beschreiben in qualitativen Interviews, dass sie Hobbys und Aktivitäten, die sie früher gerne durchgeführt haben, nun nicht mehr ausüben. Als Gründe dafür werden unpassende Räumlichkeiten im Pflegeheim (z. B. kein Schwimmbad in der Nähe) und körperliche Einschränkungen genannt. Sie beschreiben aber auch, dass ihnen vielfach die Motivation zur Selbstinitiative von Aktivitäten fehlt (Tak, Kedia, Tongumpun, & Hong, 2015). 92 % der Menschen mit Demenz sind von Apathie betroffen. Im Verlauf der Demenzerkrankung werden immer mehr Menschen apathisch, auch der Schweregrad der Apathie nimmt zu. Insgesamt betrachtet sind 92 % der Menschen mit Demenz von Apathie betroffen (Ellis, Doyle, & Selvarajah, 2014).

Menschen mit Demenz sind in ihren Aktivitäten großteils von ihrer Umgebung und den Personen, die sie umgeben, abhängig. Die Gestaltung des Pflegeheimes und die Pflegepersonen bestimmen maßgeblich das Angebot und die Durchführung der Aktivitäten

der Bewohnerinnen und Bewohner (Tak et al., 2015). Diese Aktivitäten können den Agitationslevel der Bewohnerinnen und Bewohner signifikant senken. Die Effekte beschränken sich jedoch meist auf den Zeitraum der Durchführung der Maßnahmen, Langzeiteffekte wurden nicht beobachtet. Unklar ist, welche Auswirkungen eine Individualisierung der Maßnahmen hätte (Livingston et al., 2014).

Die Auswirkungen von einem Garten auf Menschen mit Demenz und insbesondere auf diejenigen mit einem verstärkten Wandertrieb wurden in zahlreichen Studien untersucht, die Whear et al. (2014) in einem systematischen Review analysiert. Drei der beinhalteten Studien (Calkins et al., 2008; Cohen-Mansfield & Werner, 1998; Detweiler et al., 2008) untersuchten die Auswirkungen mit dem Cohen-Mansfield Agitation Inventory (Cohen-Mansfield, 1996) und konnten eine Verringerung der Agitation der Menschen mit Demenz feststellen, die sich auf die Nutzung des speziell angelegten Gartens zurückführen lässt ($p < 0{,}01$). Darüber hinaus konnte in qualitativen Studien festgestellt werden, dass sich der Wandertrieb und das „Weggehen-Wollen“ reduzieren. Ein Demenzgarten kann zum Abbau von Aggressionen beitragen. Es wird beschrieben, dass der Garten eine gute Möglichkeit bietet, mit den Menschen mit Demenz in Interaktion zu treten. Die Bewohnerinnen und Bewohner können sich in dieser Umgebung entspannen. Des Weiteren konnte beobachtet werden, dass Medikamente verringert werden konnten und insgesamt betrachtet die Lebensqualität der Menschen mit Demenz verbessert wird (Whear et al., 2014).

Es konnten keine Studien identifiziert werden, die den Einsatz von Therapieküchen in Pflegeheimen bei Menschen mit Demenz untersuchen. Morgan-Brown et al. (2013) beschreiben jedoch, dass die Integration von Küchen in die Stationen eine haushaltsähnliche Gestaltung der Wohnumgebung ermöglicht. Eine derartige Einrichtung hilft den Menschen mit Demenz, sich in ihrer Umgebung zurechtzufinden und fördert das Wohlbefinden. Darüber hinaus kann durch den Einsatz der Küchen leichter auf individuelle Bedürfnisse, wie beispielsweise individualisierte Essenszeiten und Essens- und Getränkewünsche, eingegangen werden.

Der Einsatz von Musiktherapie fördert die soziale Interaktion in Gruppen sowie die Entwicklung von Beziehungen und kann den Bewohnerinnen und Bewohnern das Gefühl vermitteln, dazuzugehören. Die Stimmung der Menschen mit Demenz kann durch die Musiktherapie gehoben werden (Osman, Tischler, & Schneider, 2014). Lin et al. (2011) und Sung, Lee, Li und Watson (2012) konnten in quantitativen Studien beobachten, dass Musiktherapie Agitation, Angst und Aggressionen verringern können. Die Literaturreviews von Gomez-Romero et al. (2014) und Petrovsky, Cacchione und George (2015) stellen zudem fest, dass die Effekte auf die Zeit während der Therapie beschränkt sind und außerhalb davon nicht ermittelt werden konnten.

Der Einsatz eines Snoezelenraums wurde bei Menschen mit Demenz untersucht (Anderson et al., 2011; Maseda et al., 2014; van Weert, van Dulmen, Spreeuwenberg, Bensing, & Ribbe, 2006; Ward-Smith, Llanque, & Curron, 2009). Der Einsatz von Snoezelen fördert einen personenzentrierten Ansatz in der Pflege. Die Bewohnerinnen und Bewohner erleben durch Snoezelen eine stärkere Zuwendung der Pflegepersonen (van Weert et al., 2006). Verbal aggressives und nonverbal aggressives Verhalten konnten

durch den Einsatz eines Snoezelenraums reduziert werden. Auch ein Rückgang im agitierten, unruhigen Verhalten konnte erzielt werden (Anderson et al., 2011; Maseda et al., 2014; Ward-Smith et al., 2009).

Fazit
Allgemeine Aktivtäten, die vom Pflege- und Betreuungsteam laufend organsiert werden, und der Demenzgarten werden von vielen Bewohnerinnen und Bewohnern oft genutzt. Die weiteren Angebote, wie die Therapieküche, der Snoezelenraum und die Musiktherapie, werden weniger häufiger genutzt. Die aktuelle Studienlage zeigt, dass alle Aktivitätsangebote eine positive Auswirkung auf die Bewohnerinnen und Bewohner haben und diese somit von deren Einsatz, unabhängig von der Häufigkeit der Nutzung, profitieren. Ungeklärt ist bislang, warum manche Angebote seltener in Anspruch genommen werden.

Validation

Das Konzept der Validation, das eine auf die jeweilige Person und Situation angepasste Kommunikation fördert, hat einen zentralen Stellenwert in der Betreuung von Menschen mit Demenz in den Wohngruppen in Grafenwörth. Das Konzept wurde ganzheitlich implementiert: Neben der validierenden Grundhaltung, die Menschen mit Demenz von allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern entgegengebracht wird, wurden spezifische Validationsinterventionen, u. a. Gruppenvalidation, realisiert. Darüber hinaus wurden die Bewohnerinnen und Bewohner in die 4 Stadien der Desorientierung nach Naomi Feil eingestuft. Diese Stadien reichen von 1 „mangelhafte Orientierung“ bis 4 „totaler Rückzug nach Innen“.

Die Wirkungsweise von Validation wurde bisher hauptsächlich anhand von Outcome-Parametern wie herausforderndem Verhalten, Änderungen der Medikation etc. gemessen. In Grafenwörth ging man einen neuen Weg: Nachdem Validation dazu dient, durch eine entsprechende Kommunikation die Bedürfnisse der Menschen mit Demenz erkennen und gegebenenfalls auch erfüllen zu können, wurden einige Items entwickelt, welche Aussagen darüber geben, inwieweit die Bewohnerinnen und Bewohner kommunizieren – es wurde die Kontaktierbarkeit anhand der ausgewählte Aspekte Sprache, Blick, Berührung und Verhalten erhoben. Die ersten 3 wurden dabei zu einem „Validationsscore“ zusammengefasst, der den Grad der Kontaktierbarkeit der Bewohnerinnen und Bewohner misst. Es wird davon ausgegangen, dass Bewohnerinnen und Bewohner, die sich verstanden fühlen, die ihre Bedürfnisse als erkannt und erfüllt erleben, mehr kommunizieren und dass diejenigen, die sich unverstanden fühlen, beginnen, sich zurückzuziehen und weniger kommunizieren.

6.1.3 Validationseinstufung nach Naomi Feil für SeneCura Grafenwörth

Zu Beginn des Aufenthalts in Grafenwörth kann der allergrößte Teil der Bewohnerinnen und Bewohner (87 %) in Stufe 2 „Zeitverwirrtheit“ zugeordnet werden. Nur ein sehr kleiner Prozentsatz fällt in die niedrigere Stufe 1 „mangelhafte Orientierung“ (4 %) oder in

die höhere Stufe 3 „wiederholende Bewegungen“. Zu Beginn der Betreuung in Grafenwörth gibt es keine Bewohnerinnen und Bewohner mit einer sehr starken Demenz, die als Stufe 4 „totaler Rückzug nach Innen“ nach Feil bezeichnet werden könnte.

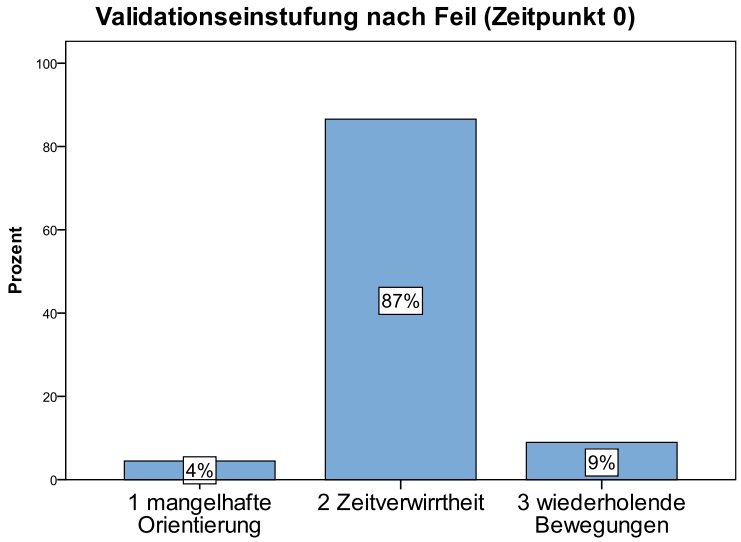


Abb. 7: Validationseinstufung nach Naomi Feil (Zeitpunkt 0)

Im Zeitverlauf betrachtet ergeben sich in Bezug auf die Einstufung nach Feil kaum Veränderungen. Die Stufe 2 „Zeitverwirrtheit“ bleibt über 36 Monate betrachtet die weitaus am stärksten vorkommende Einstufung. Es gibt keine signifikanten Veränderungen im Vergleich zum Zeitpunkt 0 ($p > 0,05$), mit Ausnahme der Einstufung nach 30 und 33 Monaten ($p < 0,05$). Unter jenen Bewohnerinnen und Bewohnern, die bis zu 33 Monate in Grafenwörth betreut wurden, kommt es zu einer signifikanten Veränderung dahingehend, dass etwas weniger Personen in Stufe 2 eingeordnet werden können, während der Anteil der Personen wächst, die in Stufe 3 „wiederholende Bewegungen“ einzuordnen sind. Insgesamt kann also in Bezug auf die Validationseinstufung nach Feil festgehalten werden, dass es bei den Bewohnerinnen und Bewohnern der Demenzgruppen in Grafenwörth gelingt, die Einstufung über einen sehr langen Zeitverlauf konstant zu halten.

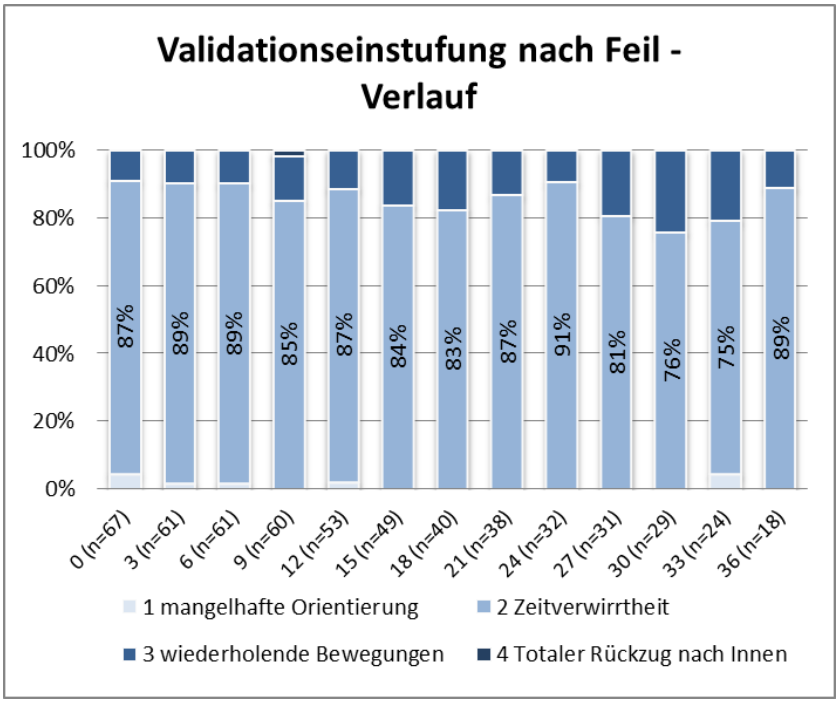


Abb. 8: Validationseinstufung nach Naomi Feil (Verlauf)

Da in Bezug auf die Validationseinstufung nach Feil eine große Stabilität und kaum Veränderungen im Zeitverlauf erkennbar sind, wurde hier auf einen Vergleich der Verläufe nach verschiedenen Untergruppen verzichtet.

6.1.4 Einzelaspekte zur Kontaktierbarkeit

Die Abbildung unten zeigt die Einschätzung der Bewohnerinnen und Bewohner in Bezug auf die 4 Aspekte Sprache, Blick, Berührung und Verhalten zu Beginn der Betreuung in einer Demenzgruppe in Grafenwörth. Diese wurden jeweils auf einer 5-stufigen Skala abgefragt.

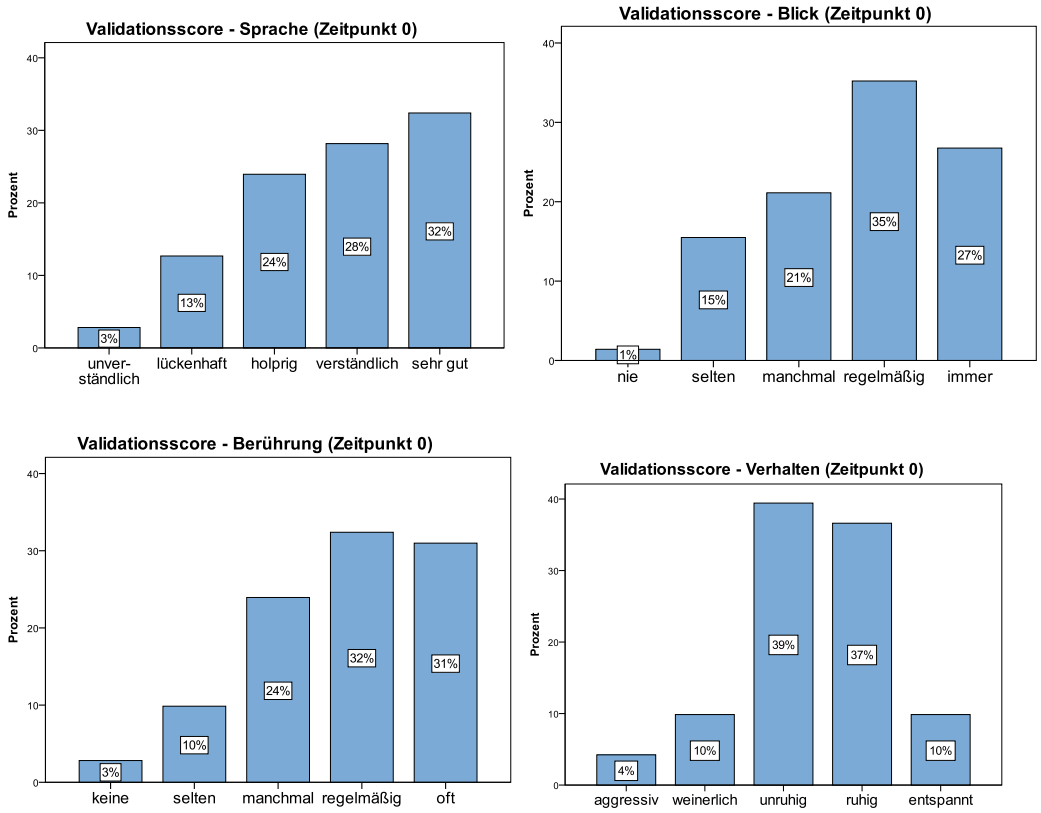


Abb. 9: Validationsscore – Einzelaspekte (Zeitpunkt 0)

In Bezug auf die Sprache der Bewohnerinnen und Bewohner zeigt sich, dass diese zu Beginn bei rund einem Drittel (32 %) noch sehr gut ausgeprägt ist, bei weiteren 28 % verständlich. Bei insgesamt 40 % der Betreuten wird die Sprache als unverständlich, lückenhaft oder holprig eingeschätzt. Ein weiterer Aspekt ist der Blickkontakt, den die Bewohnerinnen und Bewohner zu Beginn ihrer Zeit in einer Demenzgruppe noch zu einem großen Teil immer (27 %) oder zumindest regelmäßig (35 %) halten können. Auch Berührung lässt zum Zeitpunkt 0 ein relativ hoher Prozentsatz von fast zwei Drittel der Personen (63 %) oft oder zumindest regelmäßig zu.

Die Einschätzung des Verhaltens der Bewohnerinnen und Bewohner erfolgte auf einer Skala von „aggressiv“ bis „entspannt“, wobei hier nicht genau festgemacht werden kann, dass sehr ruhiges bzw. entspanntes Verhalten zwangsläufig auch ausschließlich positiv gewertet werden kann. Der Großteil der Bewohnerinnen und Bewohner wird zu Beginn der Betreuung als unruhig (39 %) oder ruhig (37 %) eingestuft.

6.1.5 Kontaktierbarkeit – Ergebnisse des Validationsscores

Die 3 Parameter Sprache, Blick und Berührung wurden jeweils auf einer Skala von 0 bis 4 gemessen, wobei ein höherer Wert jeweils für eine bessere Einschätzung spricht. Die drei Aspekte wurden aber nicht nur einzeln betrachtet, sondern auch durch Summieren

zu einem sogenannten Validationsscore zusammengefasst. Dieser misst auf einer Skala von 0 bis 12 den Grad der Kontaktierbarkeit der Bewohnerinnen und Bewohner. 0 steht dabei für keine Kontaktierbarkeit (weder Sprache, noch Blickkontakt und Berührung sind möglich), 12 für sehr gute Kontaktierbarkeit (Sprache, Blickkontakt und Berührung sind sehr gut möglich). Der ebenfalls erfasste Aspekt „Verhalten“ wurde nicht in den Score miteinberechnet, da hier nicht klar festgelegt werden kann, ob hohe Werte auch tatsächlich mehr Kontaktierbarkeit bedeuten oder ob sehr entspanntes Verhalten nicht auch dagegen sprechen kann.

Die Abbildung unten zeigt den Validationsscore zu Beginn der Betreuung in Grafenwörth. Es wird ersichtlich, dass die Bewohnerinnen und Bewohner zum Zeitpunkt 0 relativ gut kontaktierbar sind, sie erreichen im Durchschnitt einen Score von 8 Punkten.

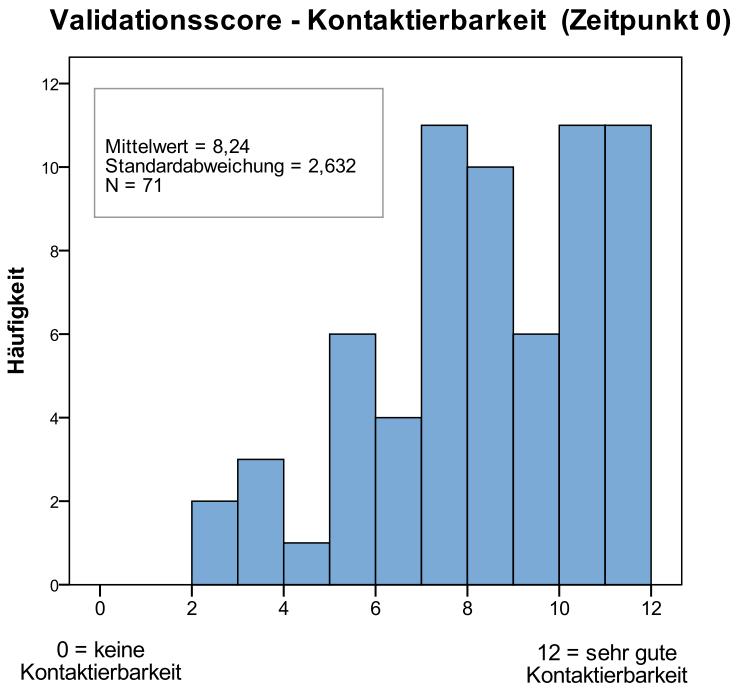


Abb. 10: Validationsscore (Zeitpunkt 0)

Der sehr gute Durchschnittswert in Bezug auf die Kontaktierbarkeit zu Beginn kann in Grafenwörth sehr lange konstant gehalten werden. Erst nach rund 18 Monaten zeigt sich eine Tendenz, dass die Bewohnerinnen und Bewohner etwas weniger kontaktierbar werden, was wahrscheinlich durch ein Fortschreiten der Demenz erklärt werden kann. Nach 30 Monaten kann sogar von einer signifikanten Verschlechterung der Kontaktierbarkeit im Vergleich zum Ausgangswert am Beginn der Betreuung gesprochen werden ($p < 0,05$).

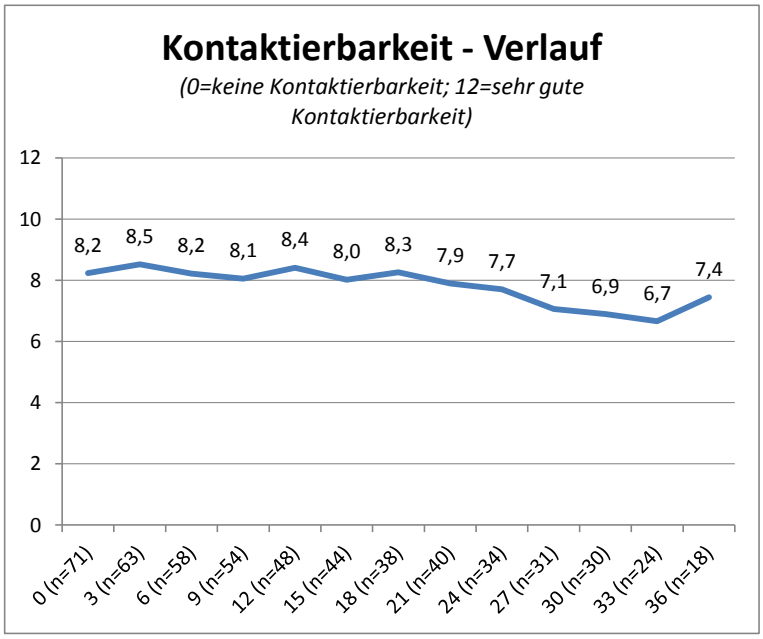


Abb. 11: Validationsscore (Verlauf)

Interessant erscheint auch die Frage, ob alle 3 in den Validationsscore miteinbezogenen Aspekte (Sprache, Blick, Berührung) im Zeitverlauf gleichermaßen stabil bleiben bzw. sich deren Einschätzung unterschiedlich verschlechtert. In der Abbildung unten sind die Verläufe der 3 Parameter separat dargestellt, wobei jeweils der Median, also jener Wert, der die Befragten in 2 Gruppen von jeweils 50 % teilt, angezeigt wird.

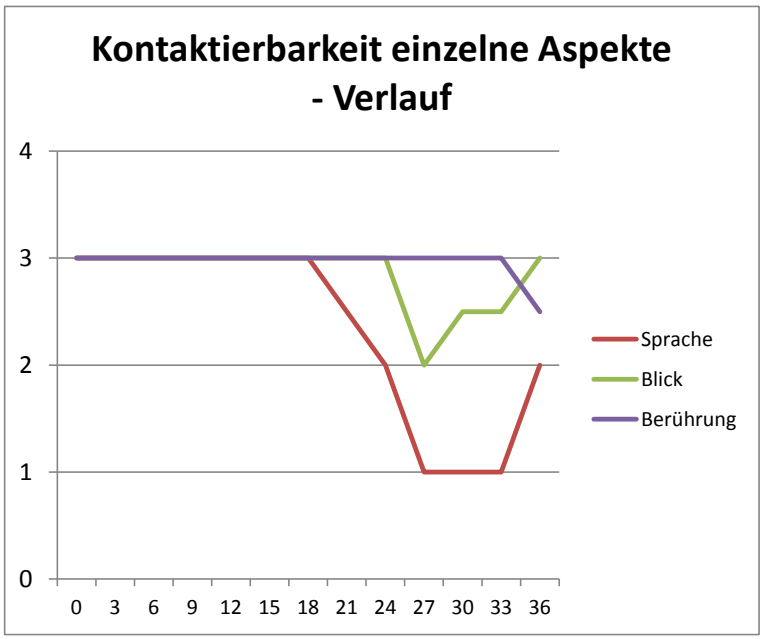


Abb. 12: Validationsscore – Einzelaspekte (Verlauf)

Hier wird sehr schön ersichtlich, dass der Aspekt „Berührung“ mit einem Median von fast durchgehend „3“ am stabilsten bleibt. Im gesamten Verlauf von 36 Monaten ist Berührung bei den Bewohnerinnen und Bewohnern trotz einer möglichen Verschlechterung der Demenz also sehr gut möglich. Auch der Blickkontakt mit den Bewohnerinnen und Bewohnern bleibt im Durchschnitt sehr lange auf einem guten Niveau. Erst ab ca. 24 Monaten zeigt sich eine Tendenz, dass es schwieriger wird, mit den Personen in Blickkontakt zu treten. Allerdings kann auch der Aspekt „Blick“ sehr lange konstant gut gehalten werden.

Deutlich anderes verhält es sich mit der Sprache der Bewohnerinnen und Bewohner. Der Median liegt hier bis zu 18 Monaten zwar auch bei einem Wert von 3, was bedeutet, dass mindestens 50 % der Befragten eine sehr gute oder zumindest verständliche Sprache haben. Nach 1,5 Jahren verschlechtert sich die Sprache im Durchschnitt allerdings deutlich. Die zuvor beschriebene Verschlechterung der Kontaktierbarkeit im Zeitverlauf ist also vorrangig auf eine Verschlechterung der Sprache zurück zu führen.

6.1.6 Vergleiche zwischen den Verläufen

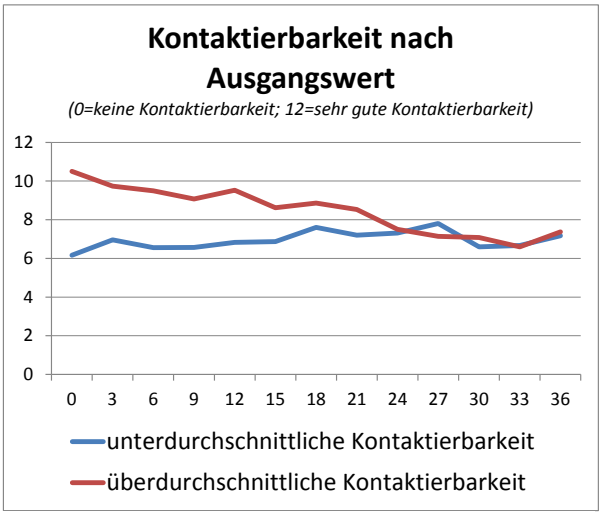


Abb. 13: Kontaktierbarkeit nach Ausgangswert

Zunächst fällt beim Vergleich von Personen mit höherem und niedrigerem Ausgangswert in Bezug auf die Kontaktierbarkeit auf, dass sich die Verläufe deutlich unterscheiden. Personen, die zu Beginn sehr gut kontaktierbar sind (Mittelwert: 10,5) zeigen eine Tendenz, im Zeitverlauf schlechter kontaktierbar zu werden. Dies kann aber wahrscheinlich auf das Fortschreiten der Demenzerkrankung zurückgeführt werden. Jene Personen hingegen, die mit relativ schlechter Kontaktierbarkeit in eine Demenzgruppe aufgenommen werden (Mittelwert: 6,2) können im Durchschnitt nicht nur sehr stabil gehalten werden, sondern werden tendenziell im Zeitverlauf sogar etwas besser kontaktierbar.

Auch im Geschlechtervergleich zeigen sich deutliche Unterschiede im Verlauf der Kontaktierbarkeit. Generell ist erkennbar, dass Frauen von Beginn an und auch über die gesamten 36 Monate deutlich besser kontaktierbar sind als Männer. Gleich ist beiden Geschlechtern hingegen eine relative Stabilität der Kontaktierbarkeit, die erst nach rund 1,5 Jahren im Durchschnitt tendenziell nachlässt.

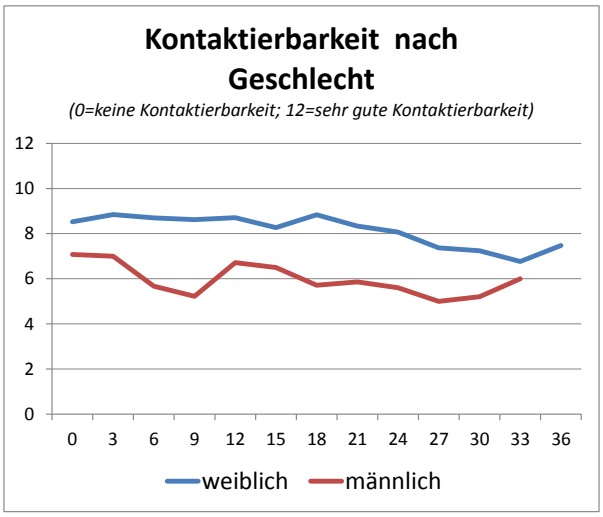


Abb. 14: Kontaktierbarkeit nach Geschlecht

Interessant ist noch zu erwähnen, dass beim Vergleich des Alters ersichtlich wird, dass die jüngste Personengruppe, nämlich jene der Bewohnerinnen und Bewohner bis 75 Jahre, jene ist, die über den gesamten Verlauf von 36 Monaten im Durchschnitt deutlich schlechter kontaktierbar ist als ältere Personen. Die anderen Gruppenvergleiche (Aufenthaltsdauer, Demenztyp, relevante Diagnosen, Aufnahmejahr) zeigen hinsichtlich des Verlaufs der Kontaktierbarkeit keine relevanten Unterschiede und werden daher hier nicht genauer dargestellt.

6.1.7 Wirkung von Validation – ein Blick in die aktuelle wissenschaftliche Forschung

Die Implementierung von Validation wirkt sich auf die Menschen mit Demenz, aber auch auf die Pflegepersonen aus.

Effekte von Validation – Outcome für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen

Einige Studien konnten durch ihre Interventionen keine bis geringe Effekte der Validation auf Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen feststellen (Bleathman & Morton, 1992; Day, 1997; Deponte & Missan, 2007; Finnema et al., 2005; Neal & Barton Wright, 2003; Scanland & Emershaw, 1993; Toseland et al., 1997).

Bleathman und Morton (1992) berichten, dass die Validationstherapie (VT)-Gruppen den Mitgliedern helfen, ungelöste Konflikte aufzuarbeiten und über ihre Gefühle zu sprechen. Sie bemerken jedoch auch, dass außerhalb der Gruppen-Intervention keine Effekte nachgewiesen werden konnten. Durch ein Validationstraining für Pflegepersonen wurde in der Studie von Fine und Rouse-Bane (1995) eine Veränderung in der Kommunikation zwischen Pflegepersonen und Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern bewirkt, welche es zulässt, Konflikten öfter adäquat zu begegnen und sie zu lösen. Auch Soderlund, Cronqvist, Norberg, Ternestedt und Hansebo (2015) beschreiben, dass sich die Kommunikation zwischen den Menschen mit Demenz und den Pflegepersonen durch das Validationstraining verändert.

Ängstliches Verhalten konnte in den Studien von Finnema et al. (2005) und Schrijnemaekers, van Rossum, Candel, et al. (2002) durch die Implementierung von Validation reduziert werden. Finnema et al. (2005) berichten zudem von einer geringeren Verschlechterung im Selbstbild und weniger Unzufriedenheit mit der aktuellen Situation in der VT-Gruppe als in der Kontrollgruppe.

In der Studie von Deponte und Missan (2007) konnte man eine geringe Reduktion der Verhaltensauffälligkeiten und einen leicht gesteigerten Affekt feststellen. Tondi, Ribani, Bottazzi, Viscomi und Vulcano (2007) berichten von einer Reduktion von herausforderndem Verhalten durch den Einsatz von Validation.

Slavik (1995) legt durch die Beschreibung von 3 Single-Cases in unterschiedlichen Stadien der Demenz dar, dass durch eine validierende, an den Verwirrtheitszustand angepasste Kommunikation Aggressionen verringert und soziale sowie funktionale Aktivitäten gefördert werden können. Durch VT konnte in der Untersuchung von Toseland et al. (1997) aggressives Verhalten leicht reduziert werden.

Effekte von Validation – Outcome für Pflegepersonen

Fine und Rouse-Bane (1995) und Wimberger (2014) berichten, dass sich die Kommunikationsstrategien der Pflegepersonen durch Validationstraining verändern und sie ihre Kommunikation vermehrt adäquat an die jeweilige Situation anpassen. In der Studie von Finnema et al. (2005) zeigt sich, dass durch die Verbesserung der Fähigkeiten durch Validationstraining Stressreaktionen der Pflegepersonen reduziert werden. Durch die Implementierung von Validation steigt die Arbeitszufriedenheit (Schrijnemaekers, van Rossum, Candel, et al., 2002) – besonders deutlich tritt dieser Effekt bei Pflegeheimen mit schlechter Implementierung der Validation im Pflegealltag auf. Schrijnemaekers, van Rossum, Candel et al. (2002) führen dies darauf zurück, dass in diesen Heimen die Arbeitszufriedenheit anfangs sehr schlecht war und durch die Implementierung der Validation, wenn auch nur in geringem Umfang, der größte Zufriedenheitszugewinn erreicht werden konnte. Pflegepersonen berichten, dass das Validationstraining vor allem Veränderungen bei jeder Einzelnen bzw. jedem Einzelnen hervorgerufen hat (Einstellung, Kommunikation). Veränderungen auf Organisationsebene konnten nicht festgestellt werden. Zahlreiche Hindernisse bei der Implementierung von VT werden besonders auf organisatorischer Ebene festgestellt (Schrijnemaekers, van Rossum, Heusden, & Widdershoven, 2002).

Mit wissenschaftlichen Studien lassen sich die Effekte der Validation nur eingeschränkt abbilden. Einerseits ist es denkbar, dass durch die eingeschränkte Gedächtnisfunktion der Probandinnen und Probanden Effekte nur während und nicht nach der Therapiesitzung erkennbar sind. Dies beschreiben Bleathman und Morton (1992) in ihren Ausführungen sehr detailliert. Obgleich sich das Verhalten der Teilnehmerinnen und Teilnehmer während der VT-Gruppe ändert, kann kein Einfluss auf das Verhalten im Stationsalltag festgestellt werden. Andererseits bleibt es fraglich, inwieweit eine implementierte Grundhaltung mit statistischen Kennzahlen überprüft werden kann. Dieser Effekt würde noch verstärkt, wenn die Pflegepersonen in den Kontrollgruppen mit Validation in Berührung gekommen wären und eventuell unbewusst validierend arbeiten.

Fazit
Mit den bisher angewandten Methoden zur Evaluation der Validation konnten keine oder nur kurzfristig andauernde Effekte auf die Bewohnerinnen und Bewohner festgestellt werden. Mit dem in Grafenwörth entwickelten Validationsscore werden deshalb neue Wege beschritten und die Wirkung anhand des intendierten Outcomes erhoben. Mit Validation soll durch spezielle Kommunikationsstrategien ein Zugang zu den Bewohnerinnen und Bewohnern erlangt werden. Es wird deswegen in dem eigens entwickelten Score die Kontaktierbarkeit der Bewohnerinnen und Bewohner erhoben und es zeigt sich, dass diese im Zeitverlauf trotz Fortschreiten der Demenz lange stabil gehalten werden kann.

Demenz: Form und Verlauf

Die Kategorisierung der unterschiedlichen Demenzformen erfolgt anhand der „S3 Leitlinie – Demenzen“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) und der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) (Deuschel & Maier, 2009):

- **Demenz bei Alzheimer-Krankheit:** *„Die Alzheimer-Krankheit ist eine primär degenerative zerebrale Krankheit mit unbekannter Ätiologie und charakteristischen neuropathologischen und neurochemischen Merkmalen. Sie beginnt meist schleichend und entwickelt sich langsam, aber stetig über einen Zeitraum von mehreren Jahren“* (ICD-10 zit. nach Deuschel & Maier, 2009).
- **Vaskuläre Demenz:** *„Die vaskuläre Demenz ist das Ergebnis einer Infarzierung des Gehirns als Folge einer vaskulären Krankheit, einschließlich der zerebrovaskulären Hypertonie. Die Infarkte sind meist klein, kumulieren aber in ihrer Wirkung. Der Beginn liegt gewöhnlich im späteren Lebensalter“* (ICD-10 zit. nach Deuschel & Maier, 2009).
- **Gemischte Demenz:** *„Bei Vorliegen einer Alzheimer-Demenz in Kombination mit einer vaskulären Demenz spricht man von einer gemischten Demenz“* (ICD-10 zit. nach Deuschel & Maier, 2009).
- **Frontotemporale Demenz (Morbus Pick):** *„Eine progrediente Demenz mit Beginn im mittleren Lebensalter, charakterisiert durch frühe, langsam fortschreitende Persönlichkeitsänderung und Verlust sozialer Fähigkeiten. Die Krankheit ist gefolgt von Beeinträchtigungen von Intellekt, Gedächtnis und Sprachfunktionen mit Apathie, Euphorie und gelegentlich auch extrapyramidalen Phänomenen“* (ICD-10 zit. nach Deuschel & Maier, 2009).
- **Demenz bei Morbus Parkinson:** *„Eine Demenz, die sich im Verlauf einer Parkinson-Krankheit entwickelt. Bisher konnten allerdings noch keine charakteristischen klinischen Merkmale beschrieben werden“* (ICD-10 zit. nach Deuschel & Maier, 2009).
- **Lewy-Körperchen-Demenz:** *„Zentrales Merkmal ist eine Funktionseinschränkung im Alltag, während das Gedächtnis zu Beginn noch relativ gut erhalten ist. Kernmerkmale sind fluktuierende kognitive Fähigkeiten visuelle Halluzinationen und Parkinson-Symptome. Für eine wahrscheinliche Diagnose muss das zentrale Merkmal mit zwei Kernmerkmalen auftreten“* (ICD-10 zit. nach Deuschel & Maier, 2009).

Veränderungen der Kognition werden häufig mit dem Screening-Instrument Mini-Mental State Examination (MMSE) beurteilt. Entwickelt wurde der MMSE 1975 von Folstein und er besteht aus 11 Items (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975). Der MMSE wurde auch für das Datenmonitoring herangezogen. Die Einschätzung erfolgte durch einen Arzt. Der Score reicht von 0 bis 30, wobei 30 uneingeschränkte und 0 schwerstmöglich geschädigte kognitive Funktion bedeutet.

6.1.8 Demenzformen der BewohnerInnen

Bei fast der Hälfte (49 %) der Bewohnerinnen und Bewohner wurde eine Demenz des Alzheimertyps diagnostiziert. Bei der anderen Hälfte der Betreuten liegt zwar auch eine

Demenzdiagnose vor, diese ist aber nicht näher bezeichnet. 1 % der Bewohnerinnen und Bewohner leidet an einer Korsakow-Demenz.

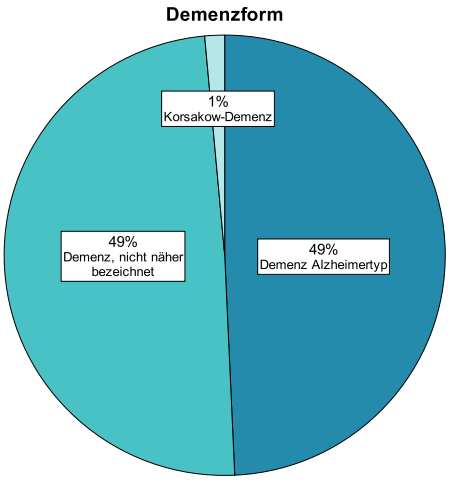


Abb. 15: Demenzform

Der Blick auf weitere in Verbindung mit Demenz relevante Diagnosen zeigt, dass vor allem das Frontalhirnsyndrom sehr häufig, nämlich bei rund einem Drittel der Bewohnerinnen und Bewohner diagnostiziert ist. Auch die durch die Demenz hervorgerufenen psychologischen und verhaltensbezogenen Auffälligkeiten weist rund ein Viertel der Bewohnerinnen und Bewohner (26 %) auf. Weitere häufiger vorkommende Diagnosen sind Depressionen (20 %), paranoide Symptomatik (11 %) und Parkinson (9 %).

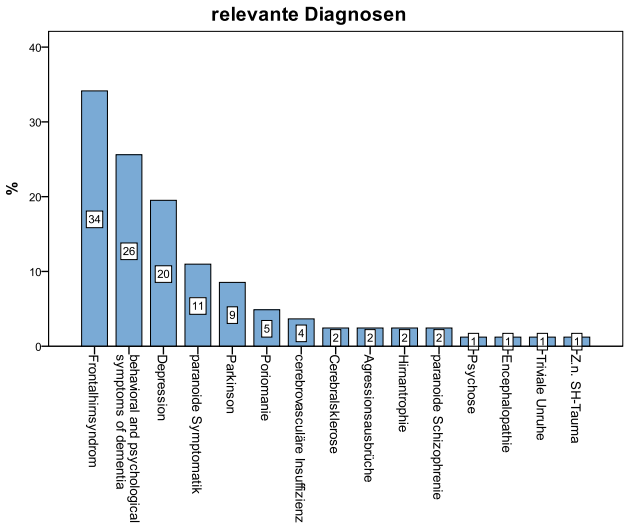


Abb. 16: Relevante Diagnosen

6.1.9 MMSE der Bewohnerinnen und Bewohner

Ein Parameter zur Erfassung des Verlaufs der Demenz stellt der MMSE-Wert dar. Dieser misst das Ausmaß der Schädigung der kognitiven Funktionen auf einer Skala von 0 bis 30. Zu Beginn der Betreuung in Grafenwörth zeigen die Bewohnerinnen und Bewohner

einen MMSE-Wert zwischen 3 und 20, wobei Werte unter 20 als mittelschwere und Werte unter 10 als schwere kognitive Einschränkungen interpretiert werden können. Im Durchschnitt liegt der MMSE zu Beginn bei einem Wert von 11, also zwischen einer mittelschweren und schweren Schädigung der kognitiven Funktionen.

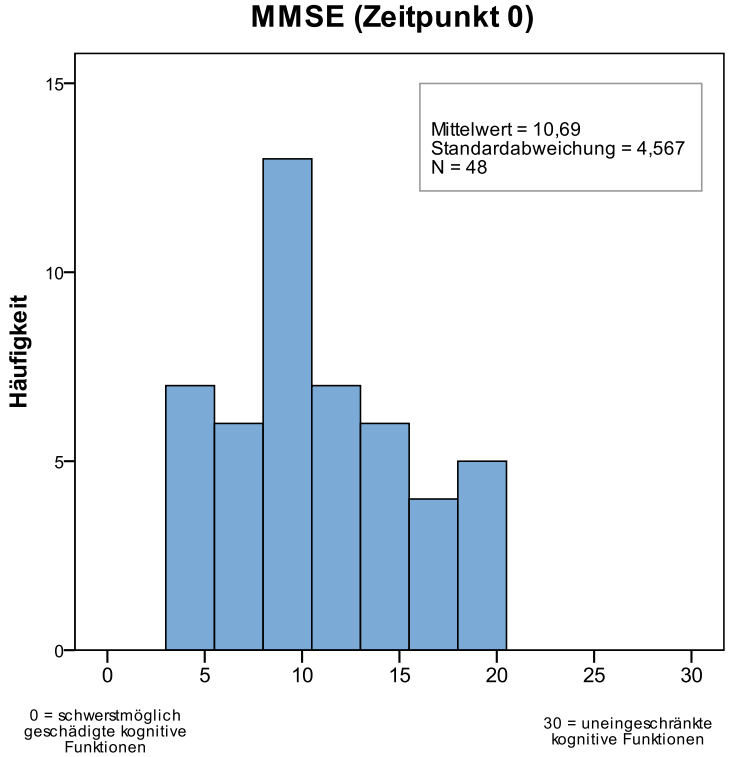


Abb. 17: MMSE (Zeitpunkt 0)

Der MMSE zeigt im Zeitverlauf eine sehr große Stabilität. Die kleine Steigerung in den ersten 3 Monaten kann hier nicht als Steigerung des MMSE bei den erfassten Befragten verstanden werden, sondern liegt eher darin begründet, dass bei einigen Bewohnerinnen und Bewohnern mit mittelstarken kognitiven Einschränkungen zum Zeitpunkt 0 kein Wert erfasst wurde. Deren Werte, die ab dem Zeitpunkt „3 Monate“ hinzukommen, bewirken den leichten Anstieg. Insgesamt kann aber festgehalten werden, dass der MMSE-Wert der Betreuten in den Demenzgruppen in Grafenwörth sehr konstant gehalten werden kann. Erst nach rund 2 Jahren (24 Monaten) ist eine leichte Verringerung erkennbar, die auch als signifikant bezeichnet werden kann ($p < 0,05$).

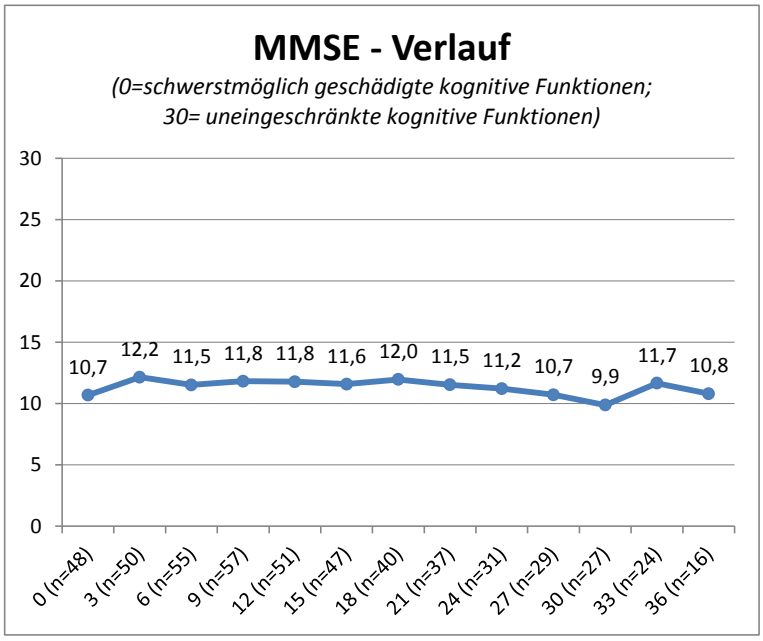


Abb. 18: MMSE (Verlauf)

6.1.10 Vergleiche zwischen den MMSE-Verläufen

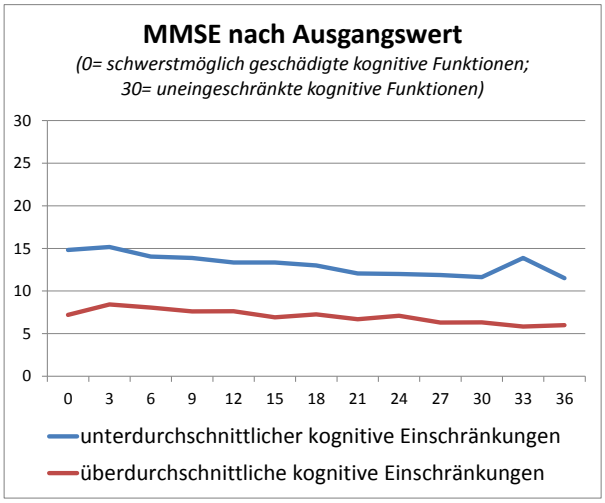


Abb. 19: MMSE-Verlauf nach Ausgangswert

Zunächst zeigt die Betrachtung des Verlaufs des MMSE, je nachdem mit welchem Ausgangswert Bewohnerinnen bzw. Bewohner nach Grafenwörth gekommen sind, interessante Ergebnisse. Sowohl Personen mit einem überdurchschnittlichen MMSE, die mit einem Durchschnitt von 15 Punkten nach Grafenwörth kommen, als auch jene mit einem unterdurchschnittlichen Wert von rund 7 Punkten zu Beginn bleiben hinsichtlich ihrer kognitiven Einschränkungen im Zeitverlauf relativ stabil. Bei jenen, die mit unterdurchschnittlichen kognitiven Einschränkungen in die Betreuung kamen, sinkt der Wert zwar im Zeitverlauf etwas, diese Bewohnerinnen und Bewohner können aber im Durchschnitt auf einem mittelschweren Niveau der kognitiven Einschränkungen gehalten

werden. Auch bei jenen, die schon mit einem relativ niedrigen MMSE-Wert nach Grafenwörth kommen, sinkt der Wert maximal auf 6 Punkte, wobei hier natürlich schon von Beginn an von sehr schweren kognitiven Einschränkungen gesprochen werden kann.

Als zweite Unterscheidung soll jene zwischen Bewohnerinnen und Bewohnern mit einer diagnostizierten Demenz des Alzheimertyps und jenen Personen mit einer nicht genauer bezeichneten Demenz betrachtet werden. Beide Gruppen haben einen sehr ähnlichen MMSE-Wert zu Beginn ihrer Betreuung in Grafenwörth. Während dieser bei der Gruppe der unter Alzheimer leidenden Personen sehr lange stabil bleibt und erst nach etwa 24 Monaten eine Verschlechterung der kognitiven Fähigkeiten einsetzt, zeigt sich bei der Gruppe der Bewohnerinnen und Bewohner mit nicht näher bezeichneter Demenz sogar eine Steigerung im MMSE.

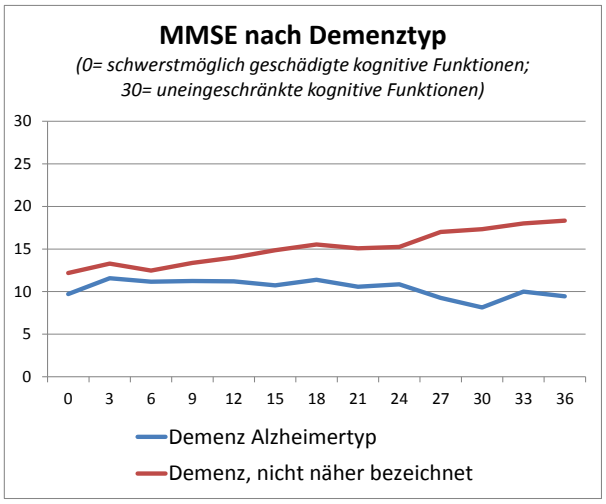


Abb. 20: MMSE-Verlauf nach Demenztyp

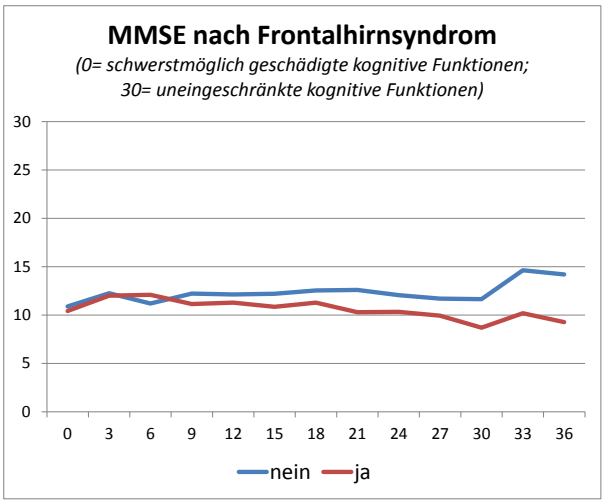


Abb. 21: MMSE-Verlauf nach Frontalhirnsyndrom

Weiters ist noch interessant festzuhalten, dass Personen mit und ohne Frontalhirnsyndrom einen sehr ähnlichen Verlauf im MMSE aufweisen. Ein Unterschied beginnt sich erst nach etwa 21 Monaten zu zeigen, wo die kognitiven Fähigkeiten der Bewohnerinnen und Bewohner mit Frontalhirnsyndrom im Durchschnitt tendenziell abnehmen, während der MMSE bei Personen ohne Frontalhirnsyndrom eher konstant bleibt.

Bei Personen, die unter Parkinson leiden, zeigt sich, dass diese Gruppe eine relativ kurze Aufenthaltsdauer in den Demenzgruppen in Grafenwört hat, was auf die kurze Lebensdauer mit der Diagnose Parkinson zurückzuführen ist. Bei den Parkinson-Patientinnen und -patienten ist auffallend, dass der MMSE-Wert und damit die kognitiven Fähigkeiten innerhalb weniger Monate deutlich abnehmen.

Die anderen Gruppenvergleiche (Geschlecht Aufenthaltsdauer, Alter, Aufnahmejahr) zeigten keine relevanten Unterschiede. Die Verläufe sind jeweils annähernd ident.

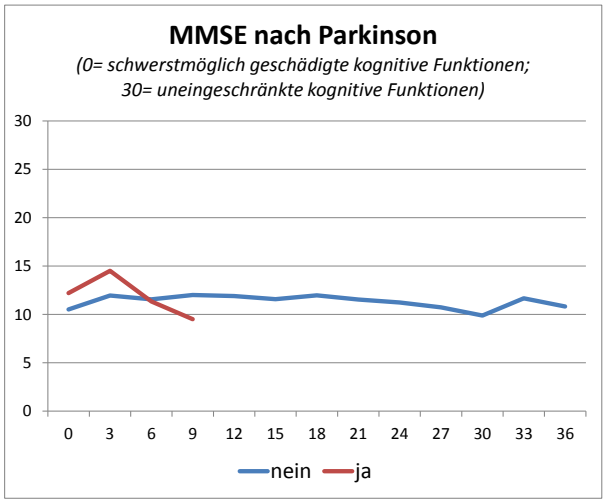


Abb. 22: MMSE-Verlauf nach Parkinson

6.1.11 Demenz-Verläufe – ein Blick in die aktuelle wissenschaftliche Forschung

In einem systematischen Review stellten Prince et al. (2013) fest, dass ca. 5 bis 7 % der Bevölkerung weltweit an Demenz erkrankt sind. Die EuroCoDe-Studie von Alzheimer Europe (2013) zeigt, dass die Prävalenz der Erkrankung mit steigendem Alter zunimmt, so sind ca. 7 % der 75- bis 79-Jährigen, 15,6 % der 80- bis 84-Jährigen, 26,1 % der 85- bis 90-Jährigen und 41 % der über 90-Jährigen von Demenz betroffen.

Alzheimer ist die verbreitetste Demenzform, ca. 50 bis 70 % aller Menschen mit Demenz sind an Alzheimer erkrankt. Am zweithäufigsten tritt die vaskuläre Demenz auf, 20 bis 30 % der Menschen mit Demenz sind davon betroffen. 10 % der Menschen mit Demenz sind an der Lewy-Körperchen-Demenz und ca. 3 bis 9 % an der frontotemporalen Demenz (Morbus Pick) erkrankt. Weitere Formen der Demenz, wie die Korsakow-Demenz oder Demenz bei der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit, treten deutlich seltener auf. Die Zahlen basieren auf einer Querschnittstudie mit 856 Patientinnen und Patienten mit Demenz (Plassman et al., 2007) und auf einer Sekundäranalyse zweier Längsschnittstudien mit 864 Patientinnen und Patienten mit Demenz (Boyle et al., 2013).

Demenzerkrankungen dauern bis zum Tod, sie verkürzen die altersübliche Lebenserwartung, die Krankheitsdauer liegt im Mittel zwischen 3 und 7 Jahren. In einer Querschnittstudie lag die berechnete mittlere Krankheitsdauer von 435 Patientinnen und Patienten bei 5,7 Jahren (SD = 3,5) (Mirakhur, Craig, Hart, McLlroy, & Passmore, 2004). Die kognitiven Fähigkeiten der Menschen mit Demenz nehmen im Krankheitsverlauf immer mehr ab. Durchschnittlich nimmt der MMSE (Folstein, 1975) um 1,53 Punkte (SD = 2,69) pro Jahr ab (Tschanz et al., 2011).

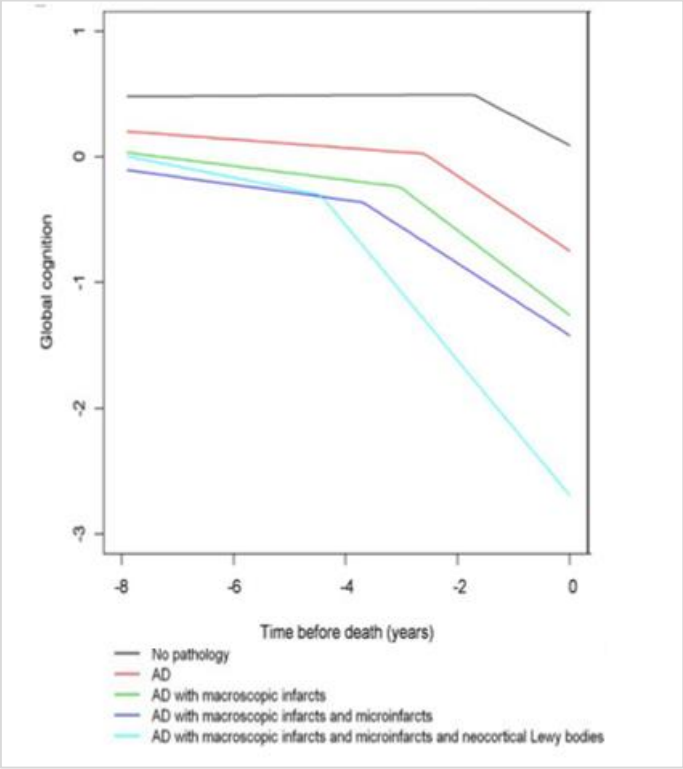


Abb. 23: Verlauf der globalen Kognition bei unterschiedlichen Demenzformen (AD = alzheimer disease) (Boyle et al., 2013, S. 486)

Demenzen vom Alzheimer-Typ haben meist einen etwas längeren Verlauf als vaskuläre Demenzen. Die Lewy-Körperchen- und die frontotemporale Demenz schreiten meist rascher voran. Dies wird in Abbildung 23 ersichtlich, die den Verlauf der Kognition, erhoben mit 17 kognitiven Tests, bei Menschen mit Demenz in den letzten 8 Jahren vor ihrem Tod darstellt.

In der Längsschnittstudie von Hanyu et al. (2009), welche die Kognition mit dem MMSE (Folstein, 1975) testeten, konnte kein Unterschied im Verlauf der Krankheit zwischen Menschen mit Demenz vom Alzheimer-Typ und Menschen mit einer Lewy-Körperchen-Demenz festgestellt werden (siehe Abbildung 24).

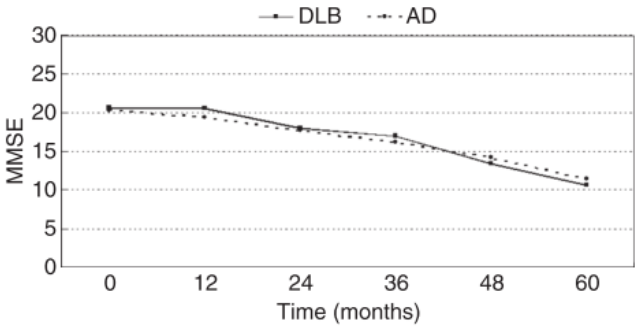


Abb. 24: Verlauf der Kognition erhoben mit dem MMSE bei Menschen mit Lewy-Körperchen-Demenz (DLB) und Alzheimer-Demenz (AD) (Hanyu et al., 2009, S. 214)

Fazit
Bei 49 % der Bewohnerinnen und Bewohner der Demenzstation Grafenwörth wurde eine Demenz des Alzheimertyps und bei 1 % eine Korsakow-Demenz diagnostiziert. Bei den verbleibenden 50 % wurde die Demenzdiagnose nicht näher bezeichnet. Für die Demenz des Alzheimertyps konnten ähnliche Werte in der wissenschaftlichen Literatur gefunden werden, die zeigen, dass Alzheimer die am meisten verbreitete Form der Demenz ist (50 bis 70 % aller Menschen mit Demenz). Darüber hinaus haben 34 % der Bewohnerinnen und Bewohner in Grafenwörth ein Frontalhirnsyndrom, welches durch die Symptome einer frontotemporalen Demenz charakterisiert wird, die bei 3 bis 9 % der Menschen mit Demenz in der Gesamtbevölkerung vorliegt. Allerdings ist ein Vergleich mit der Literatur schwer möglich, da bei einem Großteil der Bewohnerinnen und Bewohner die Demenzform nicht diagnostiziert ist. Fraglich ist, welche Vorteile die Bewohnerinnen und Bewohner von einer genauen Diagnostik hätten, die mit von ihnen als eventuell unangenehm empfundenen Interventionen einhergehen würde. Diese Betrachtung wird insbesondere vor dem Hintergrund angestellt, dass eine genaue Diagnose die Behandlung, Pflege und Betreuung nicht maßgeblich beeinflussen würde. Der durchschnittliche MMSE-Wert der Bewohnerinnen und Bewohner liegt zu Beginn bei 11 und ist im Zeitverlauf sehr stabil. Erst nach ca. 2 Jahren ist eine leichte Verringerung erkennbar. Diese Stabilisierung der kognitiven Fähigkeiten stellt ein besseres Ergebnis dar, als die wissenschaftliche Literatur für Menschen mit Demenz im Allgemeinen prognostiziert. Die aktuelle Forschungslage geht von einer Abnahme des MMSE-Werts von durchschnittlich 1,53 Punkten pro Jahr aus.

Pflegebedürftigkeit

Die Pflegebedürftigkeit wurde im Rahmen des Datenmonitorings in Grafenwörth mit dem Barthel-Index (Mahoney & Barthel, 1965) eingeschätzt. Der Barthel-Index wurde von Mahoney und Barthel im Jahr 1965 entwickelt und wird seitdem in der Pflege zur Einschätzung der alltäglichen Fähigkeiten von Menschen im Rahmen von Pflegeassessments herangezogen. Insgesamt werden 10 Aspekte mit Punkten bewertet (z. B. Essen/Trinken, Baden/Duschen, Treppensteigen etc.), die dann zu einem Index, der Werte zwischen 0 (sehr starker Unterstützungsbedarf/vollständige Abhängigkeit) und 100 (kein Unterstützungsbedarf/keine Abhängigkeit) annehmen kann, zusammengefasst werden.

6.1.12 Pflegebedürftigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner

Die untenstehende Abbildung zeigt den Barthel-Index für die Bewohnerinnen und Bewohner der 3 Demenzgruppen zu Beginn der Betreuung. Im Durchschnitt weisen die betreuten Personen einen Barthel-Index von 43 Punkten auf, was für einen mittelstarken Unterstützungsbedarf spricht. Allerdings muss dieser Mittelwert hier differenziert be-

trachtet werden. Die Grafik zeigt, dass es einerseits eine größere Gruppe von Bewohnerinnen und Bewohnern gibt, die schon mit einem sehr starken Unterstützungsbedarf nach Grafenwörth kommen (Barthel-Index zwischen 0 und 30), andererseits aber auch jene, die sehr viele der abgefragten Tätigkeiten noch selbständig durchführen können (Barthel-Index zwischen 60 und 90).

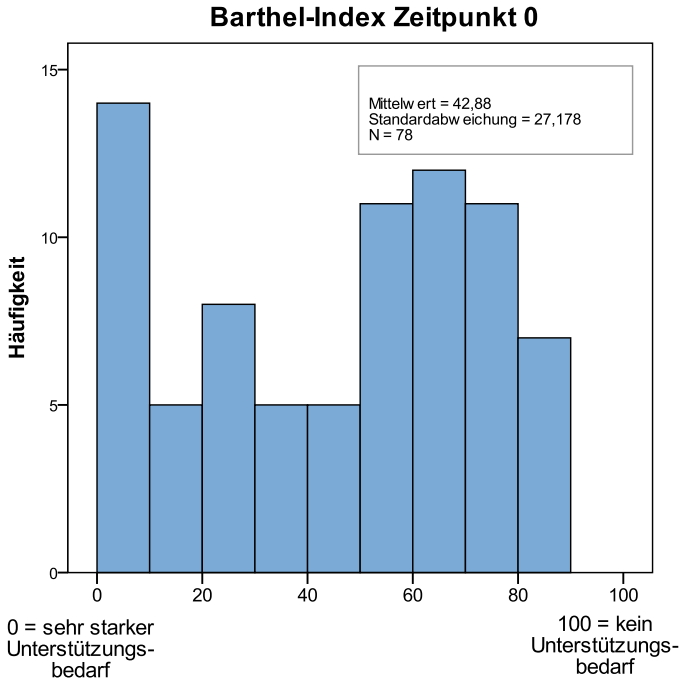


Abb. 25: Barthel-Index (Zeitpunkt 0)

Die Verlaufsdarstellung des Barthel-Index über 36 Monate zeigt, dass der relativ hohe Ausgangswert von rund 43 Punkten stetig abnimmt, der Unterstützungsbedarf bzw. die Abhängigkeit also immer stärker zunimmt. Alle Zeitpunkte ab dem dritten Monat unterscheiden sich hier signifikant vom Ausgangswert zum Zeitpunkt 0 ($p < 0,05$). Der Pflegebedarf der Bewohnerinnen und Bewohner wird also mit der Dauer des Aufenthaltes immer höher, was aber unter anderem sicher auf das steigende Alter bzw. auf eine schlechter werdende gesundheitliche Verfassung zurückzuführen ist.

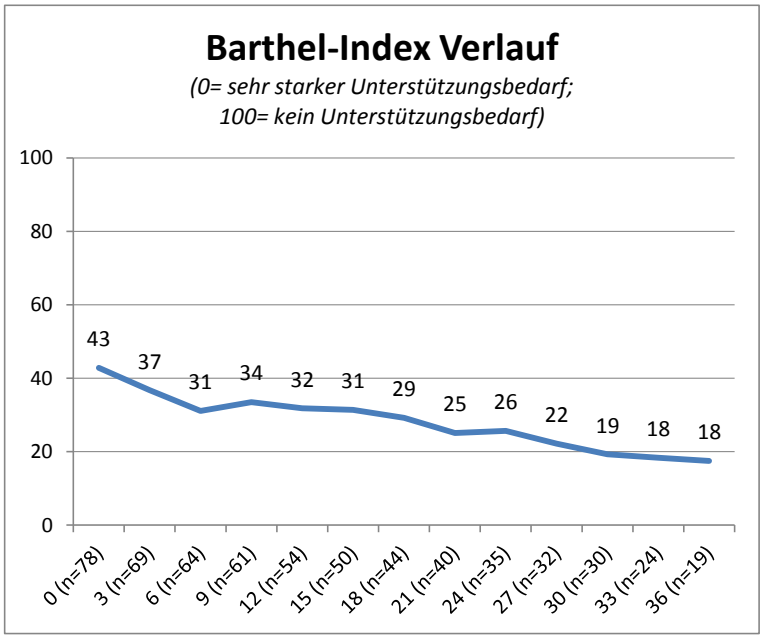


Abb. 26: Barthel-Index (Verlauf)

6.1.13 Vergleiche zwischen den Verläufen

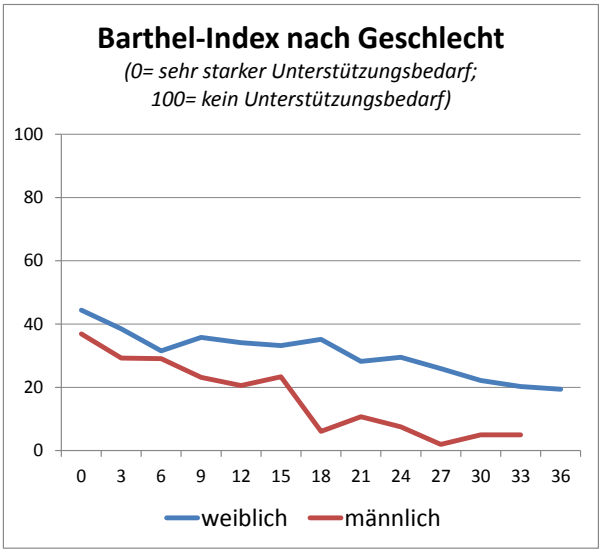


Abb. 27: Barthel-Index-Verlauf nach Geschlecht

Der Barthel-Index zeigt nach der Unterscheidung zwischen Männern und Frauen zunächst einen sehr ähnlichen Ausgangswert (Frauen 44, Männer 37). Während der Unterstützungsbedarf bei Frauen nach einer leichten Erhöhung zu Beginn längere Zeit relativ konstant bleibt und erst nach rund 2 Jahren wieder deutlich zunimmt, wird bei Männern ein deutlich anderer Verlauf erkennbar. Diese zeigen eine tendenziell schnellere Erhöhung des Pflegebedarfs. Hierbei muss aber bedacht werden, dass im Vergleich zu den Frauen nur sehr wenige Männer in der Stichprobe zu finden sind.

Sowohl bei jenen Bewohnerinnen und Bewohnern mit sehr hohem als auch bei jenen mit sehr niedrigem Barthel-Index zu Beginn der Betreuung steigert sich der Unterstützungsbedarf schon in den ersten 6 Monaten. Bei jener Gruppe, die schon zu Beginn sehr stark pflegebedürftig war, bleibt der Wert sehr konstant, was aber dadurch begründet ist, dass dieser nicht mehr wesentlich sinken kann, also schon eine sehr starke Pflegebedürftigkeit vorliegt. Bei der Gruppe der zu Beginn noch relativ selbständigen Bewohnerinnen und Bewohner wird der Unterstützungsbedarf mit der Dauer der Betreuung kontinuierlich höher.

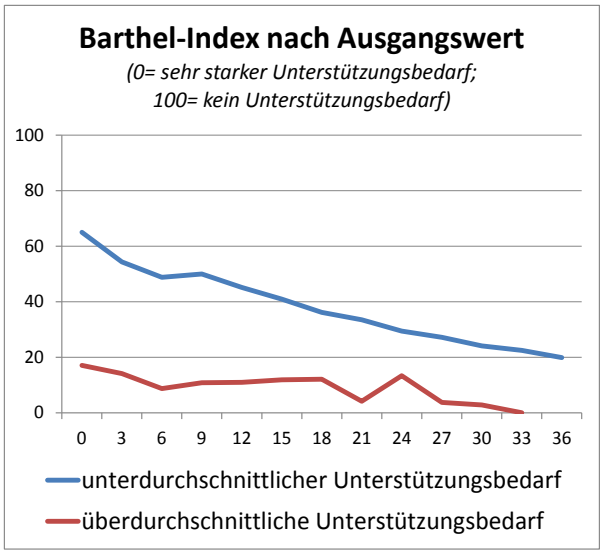


Abb. 28: Barthel-Index-Verlauf nach Ausgangswert

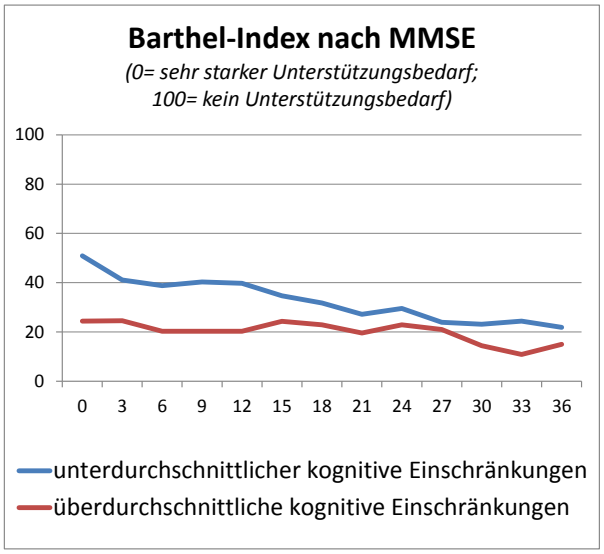


Abb. 29: Barthel-Index-Verlauf nach MMSE

Interessant scheint auch die Frage, wie sehr der Unterstützungsbedarf von den kognitiven Einschränkungen der Bewohnerinnen und Bewohner beeinflusst wird. Hier zeigt der Vergleich des Verlaufs, dass Personen mit weniger kognitiven Einschränkungen zu Beginn (hoher MMSE) auch noch weniger Unterstützungsbedarf zeigen als Personen mit stärkeren kognitiven Einschränkungen (niedrigerer MMSE), was auch für die ersten 12 Monate der Betreuung weiter so bleibt. Danach wird der Unterstützungsbedarf für beide Gruppen immer ähnlicher, beide Gruppen haben dann einen relativ hohen Pflegebedarf.

Weitere interessante Ergebnisse sind, dass Personen mit psychischen Erkrankungen wie Depressionen oder paranoider Symptomatik tendenziell weniger Unterstützungsbedarf aufweisen, während Personen mit einer Parkinson-Diagnose im Vergleich zu anderen Bewohnerinnen und Bewohnern sehr stark pflegebedürftig sind. Die anderen Gruppenvergleiche (Aufenthaltsdauer, Alter, Demenzform, Aufnahmejahr) zeigten keine relevanten Unterschiede. Die Verläufe sind jeweils annähernd ident.

6.1.14 Pflegebedürftigkeit bei Demenz – ein Blick in die aktuelle wissenschaftliche Forschung

Es besteht ein Zusammenhang zwischen Demenz und Pflegebedürftigkeit. In Pflegheimen sind die Bewohnerinnen und Bewohner mit Demenz häufiger und stärker pflegebedürftig als jene ohne Demenz. Das stellte eine österreichische Querschnittstudie fest, welche die Pflegebedürftigkeit mit der Pflegeabhängigkeitsskala (Dijkstra, Buist, & Dassen, 1996) bei 526 Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern erhob – 54,5 % der Menschen mit Demenz im Vergleich zu 16,9 % der Menschen ohne Demenz sind völlig oder überwiegend abhängig (Schussler, Dassen, & Lohrmann, 2014).

Ein weiteres Maß für die Pflegebedürftigkeit stellt der Barthel-Index (Mahoney & Barthel, 1965) dar. Der Mittelwert dieser Skala lag bei einer Untersuchung bei Menschen mit Demenz im Pflegheim (n = 170; MMSE-MW = 15,6) bei 13,6 (SD = 3,7) (Telenius, Engedal, & Bergland, 2013).

Bei differenzierter Betrachtung der Menschen mit Demenz kann festgestellt werden, dass es einen großen Unterschied hinsichtlich der Pflegebedürftigkeit zwischen mittlerer und schwerer Demenz gibt (vollständig abhängig: 9,3 % vs. 44,3 %) (Schussler et al., 2014).

Der Zusammenhang zwischen der Zunahme der Pflegebedürftigkeit und der Abnahme der kognitiven Leistungsfähigkeit nimmt bei längerfristiger Beobachtung ab. Helvik, Engedal, Benth und Selbaek (2014) erhoben die persönlichen Aktivitäten von Menschen mit Demenz (n = 932) mit der Physical Self Maintenance Scale (Lawton & Brody, 1969) über 4,5 Jahre. Der Zusammenhang zwischen der Verschlechterung der Selbstpflegefähigkeit und der kognitiven Fähigkeiten nimmt im Zeitverlauf ab ($p = 0{,}001$).

Ein höheres Niveau an Pflegebedürftigkeit wird bei Menschen mit Demenz mit dem Vorliegen von neuropsychiatrischen Symptomen, vor allem Agitation und Apathie, einer hohen Komorbiditätsrate und keiner anxiolytischen und antidementiven Medikation assoziiert ($p < 0{,}001$) (Helvik et al., 2014).

Fazit
Die Bewohnerinnen und Bewohner der Demenzstation haben zu Beginn einen mittelstarken Unterstützungsbedarf, der im Zeitverlauf kontinuierlich zunimmt. Die Literatur bestätigt einen Zusammenhang zwischen dem Fortschreiten der Demenz und einem Anstieg der Pflegebedürftigkeit. Jedoch sind Bewohnerinnen und Bewohner in Grafenwörth deutlich weniger stark pflegebedürftig als Menschen mit Demenz in nicht-spezialisierten Pflegeheimen. Darüber hinaus kann die Zunahme des Unterstützungsbedarfs relativ geringgehalten werden.

Medikation

Die Medikation der Bewohnerinnen und Bewohner wurde aus den ärztlichen Anordnungen entnommen und anhand der anatomisch-therapeutisch-chemischen Klassifikation der WHO in Wirkstoffgruppen eingeteilt (AOK, 2015).

6.1.15 Darstellung der Ergebnisse für SeneCura Grafenwörth

Zu Beginn der Betreuung in den Demenzgruppen in Grafenwörth nehmen die Bewohnerinnen und Bewohner im Durchschnitt 12 Medikamente pro Tag ein, wobei die Spannweite von 2 bis 36 Medikamenten reicht.

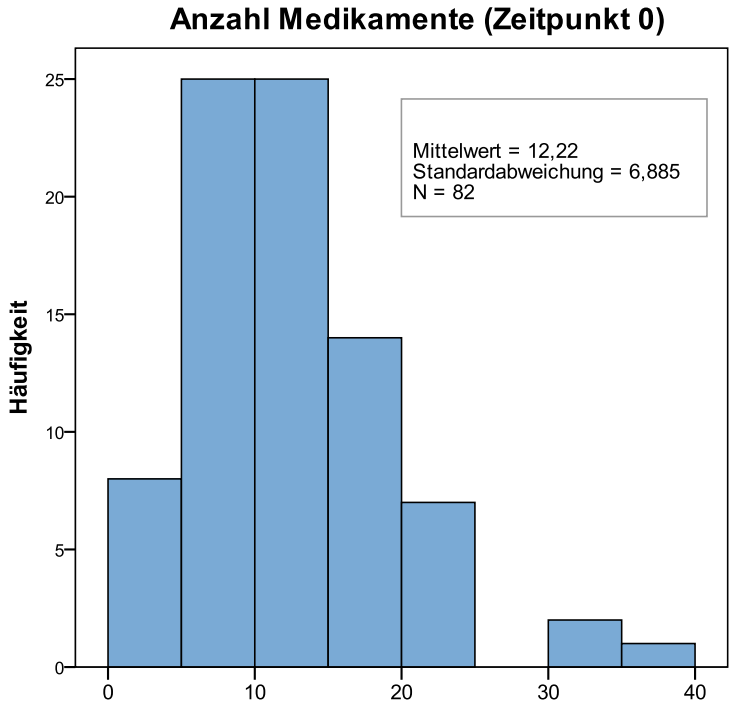


Abb. 30: Anzahl Medikamente (Zeitpunkt 0)

Die Zahl der im Durchschnitt verschriebenen Medikamente steigert sich mit der Dauer der Betreuung kontinuierlich, wobei anzunehmen ist, dass dies mit einer schlechter werdenden gesundheitlichen Verfassung in Beziehung steht.

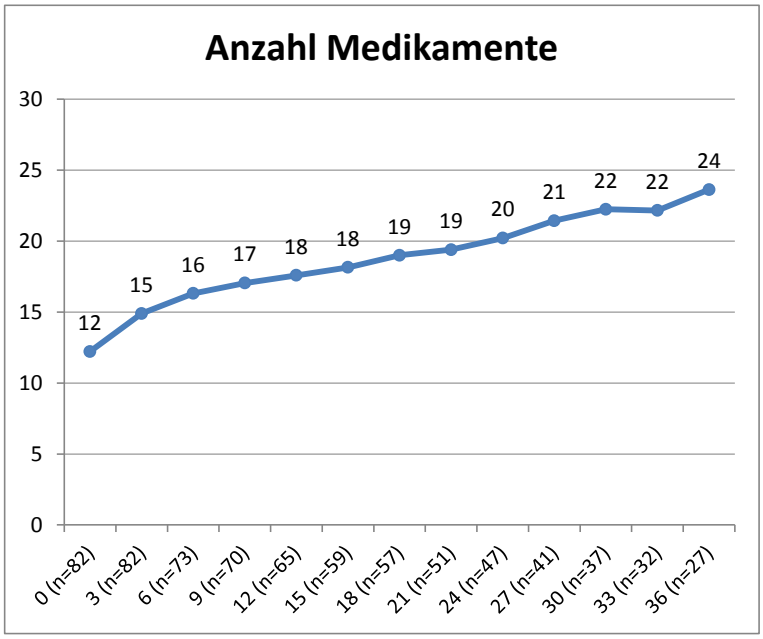


Abb. 31: Anzahl Medikamente (Verlauf)

Der Blick auf die 3 für Demenz relevanten Medikamentengruppen zu Beginn der Betreuung zeigt, dass Antipsychotika am häufigsten vorkommen, nämlich bei 82 % der Bewohnerinnen und Bewohner. Bei fast der Hälfte (45 %) werden Antidementiva eingesetzt, bei rund einem Drittel der Betreuten (30 %) sind zu Beginn Antidepressiva verschrieben.

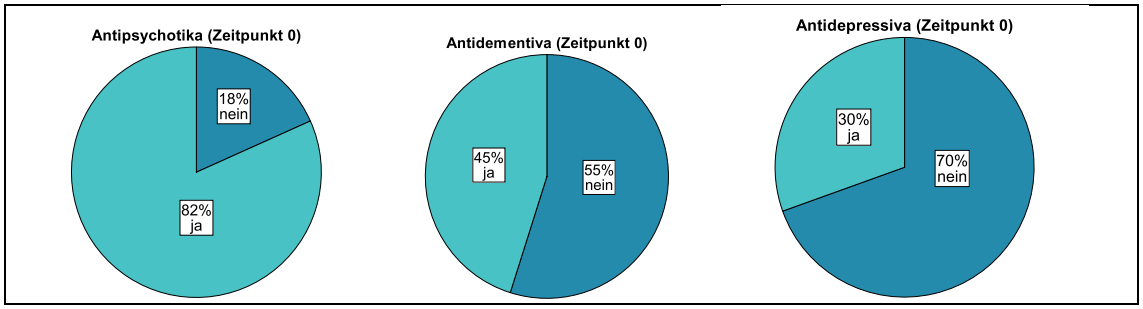


Abb. 32: Medikamentenart (Zeitpunkt 0)

Auch im Verlauf von 36 Monaten ändert sich am Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner, die Medikamente aus den 3 beschriebenen Gruppen einnehmen, nichts Auffälliges. Der Anteil der Antipsychotika nimmt tendenziell ein wenig zu und schwankt im gesamten Verlauf zwischen 85 und 94 %. Der Großteil der Bewohnerinnen und Bewohner nimmt also durchgehend Antipsychotika ein. Der Anteil, der Antidmenetiva einnimmt, nimmt hingegen im Verlauf von 36 Monaten leicht ab und liegt durchgehend zwischen 30 und 41 %. Antidepressiva bleiben auch im Zeitverlauf die am wenigsten vorkommende Medikamentenart, deren Anteil unter den Betreuten zwischen 24 und 36 % liegt.

6.1.16 Vergleich zwischen den Verläufen

Die Vergleiche sollen hier nur für die Anzahl der Medikamente angestellt werden, da für die einzelnen Medikamentengruppen nur wenige Veränderungen im Zeitverlauf festgestellt werden konnten.

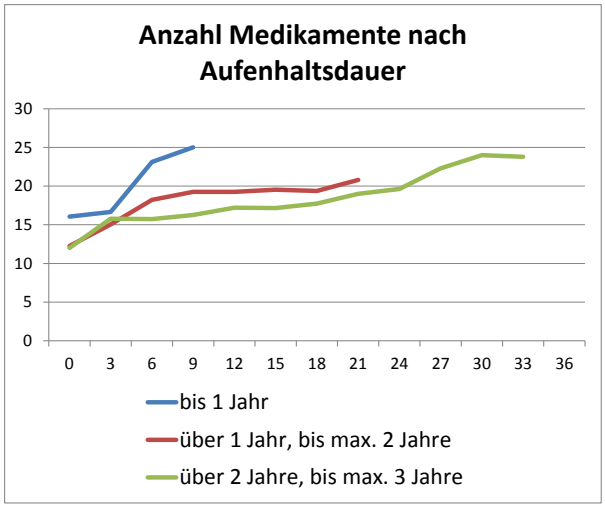


Abb. 34: Medikamente – Verlauf nach Aufenthaltsdauer

Der oben beschriebene Anstieg der Medikamentenanzahl ist auch bei Betrachtung der Verläufe für die unterschiedlichen Aufenthaltszeiten gut erkennbar. Sowohl bei Personen, die bis zu einem Jahr in Grafenwörth betreut werden, als auch bei jenen, die bis zu 2 oder 3 Jahre in Grafenwörth leben, ist jeweils am Ende ein deutlicher Anstieg der Medikamentenzahl erkennbar. Bedenkt man, dass über 80 % der Betreuten in Grafenwörth oder im Krankenhaus versterben, lässt sich der jeweilige Anstieg durch die starke Verschlechterung des gesundheitlichen Zustandes am Lebensende erklären.

Dies dürfte auch die Erklärung dafür sein, dass unabhängig davon, ob Bewohnerinnen und Bewohner mit einer relativ hohen oder niedrigen Medikamentenzahl nach Grafenwörth kommen, sich die Anzahl nach einigen Monaten in etwa angleicht. Unabhängig vom Ausgangswert ist jeweils eine Steigerung der Anzahl an Medikamenten im Zeitverlauf erkennbar.

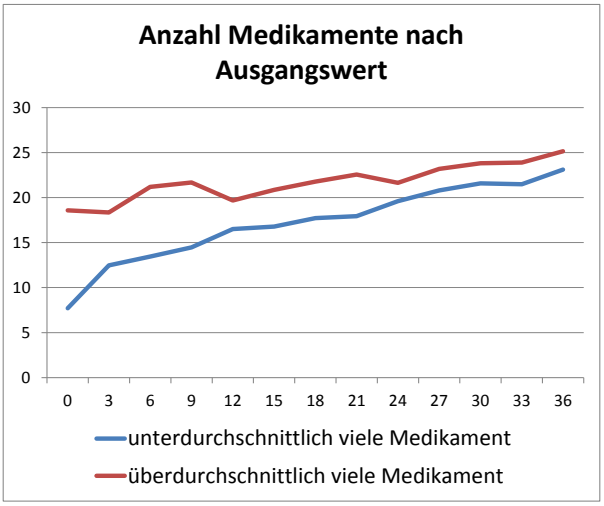


Abb. 33: Medikamente – Verlauf nach Ausgangswert

6.1.17 Medikamenteneinsatz ausgewählter Wirkstoffgruppen bei Menschen mit Demenz – ein Blick in die aktuelle wissenschaftliche Forschung

Zur Betrachtung der Häufigkeiten der ausgewählten Wirkstoffgruppen bei Menschen mit Demenz konnten 2 Studien herangezogen werden. Eine Studie basiert auf einer Datenbankanalyse aus den USA und verfügt über eine Stichprobengröße von n = 18.950 – es können jedoch keine Aussagen getroffen werden, in welchen Settings die Menschen mit Demenz leben (Dutcher et al., 2014). Die zweite Studie (Mirakhur et al., 2004) führte die

Erhebung in 2 irischen Pflegeheimen durch (n = 435). Die relativen Häufigkeiten zwischen den Studien schwanken sehr stark. Ein Vergleich kann durch unterschiedliche Designs, Stichproben, aber auch die Publikationsjahre (eine Studie ist bereits 10 Jahre alt) verzerrt werden. In Tabelle 1 werden die relativen Häufigkeiten ausgewählter Wirkstoffgruppen aufgelistet.

Wirkstoffgruppe	Dutcher et al., 2014	Mirkahur et al., 2004
Antidementiva	15 %	63 %
Antipsychotika	13 %	32 %
Benzodiazepine	Keine Angabe	27 %
Antidepressiva	40 %	24 %

Tab. 1: Relative Häufigkeiten ausgewählter Wirkstoffgruppen

Die Leitlinie „Demenzen“ bei Menschen mit Demenz der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) und der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) (Deuschel & Maier, 2009) enthält u. a. folgende Empfehlungen zur medikamentösen Therapie:

- Bei den Therapieentscheidungen sind Wirksamkeit, Nutzen-Risiko-Abwägungen, Kosten sowie Verfügbarkeit von Verfahren und Ressourcen und der individuelle Schweregrad der Erkrankung (leicht = MMSE 20–26, mittel = MMSE 10–19, schwer = MMSE < 10) relevant.
- Antidementiva: Acetylcholinesterasehemmer sind zur Behandlung leichter bis mittelschwerer Demenzen vom Alzheimertyp vorgesehen. Memantin kommt bei der Behandlung von schwerer bis mittlerer Demenz vom Alzheimertyp zum Einsatz. Bei vaskulärer, frontotemporaler und Lewy-Körperchen-Demenz gibt es keine ausreichende Evidenz und somit auch keine Behandlungsempfehlung für eine Therapie kognitiver Symptome. Zur Behandlung von leichter bis mittlerer Demenz bei Morbus Parkinson kann Rivastigmin eingesetzt werden.
- Antipsychotika: Vor dem Einsatz von Antipsychotika sollten nicht-medikamentöse Maßnahmen ausgeschöpft werden. Antipsychotika erhöhen das Mortalitätsrisiko bei Menschen mit Demenz. Die Behandlung soll mit der geringstmöglichen Dosis und über einen möglichst kurzen Zeitraum erfolgen. Der Behandlungsverlauf muss engmaschig kontrolliert werden. Für Patientinnen und Patienten mit Parkinson-Demenz, Lewy-Körperchen-Demenz und verwandten Erkrankungen sind klassische und viele atypische Neuroleptika kontraindiziert, da sie Parkinson-Symptome verstärken und Somnolenzattacken auslösen können.
- Benzodiazepine: Benzodiazepine sollen bei Patientinnen und Patienten mit Demenz nur bei speziellen Indikationen kurzfristig eingesetzt werden.

- Antidepressiva: Medikamentöse antidepressive Therapie bei Patientinnen und Patienten mit Demenz und Depression ist wirksam und wird empfohlen. Bei der Ersteinstellung und Umstellung sollen trizyklische Antidepressiva aufgrund des Nebenwirkungsprofils nicht eingesetzt werden.

Fazit
Bewohnerinnen und Bewohner der Demenzstation Grafenwörth nehmen zu Beginn der Betreuung durchschnittlich 12 Medikamente täglich ein, wobei diese Anzahl im Verlauf der Betreuung kontinuierlich ansteigt. Von einem Vergleich mit der aktuellen wissenschaftlichen Literatur wird, auch bezüglich einzelner Wirkstoffgruppen, Abstand genommen, da die Angaben zwischen den Studien stark schwanken und die Populationen nur sehr eingeschränkt mit den Bewohnerinnen und Bewohnern in Grafenwörth vergleichbar sind. Es kann allerdings die Empfehlung mitgenommen werden, dass die Verordnung einer medikamentösen Therapie bei Menschen mit Demenz immer am Einzelfall überprüft werden soll – unabhängig von statistischen Vergleichszahlen.

Stürze

Stürze sind bei pflegebedürftigen Menschen ein Pflegeproblem, das häufig auftritt. So sind sie auch bei pflegebedürftigen Personen mit einer Demenzerkrankung ein wichtiges Thema und sollen daher in diesem Kapitel näher betrachtet werden.

6.1.18 Häufigkeit von Stürzen in den Demenzgruppen

Bewohnerinnen und Bewohner der Demenzstation Grafenwörth stürzen im Durchschnitt einmal pro Quartal. Die Spannweite reicht dabei von jenem Drittel der Personen, die während des gesamten Aufenthalts in einer Demenzgruppe in Grafenwörth nie stürzen (33 %), bis hin zu jenen vereinzelten Betreuten, die 4 bis 6 Mal oder sogar 10 Mal pro Quartal einen Sturz erleben.

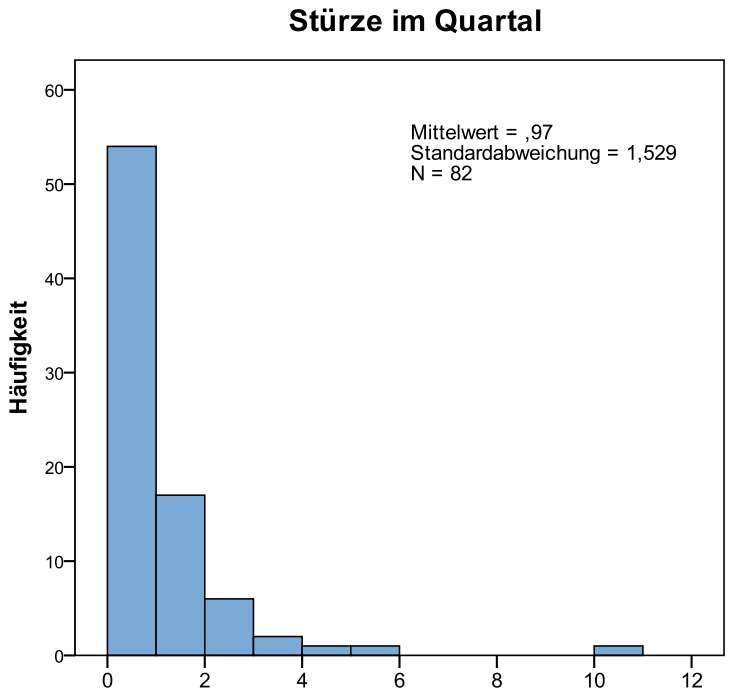


Abb. 35: Stürze im Quartal

6.1.19 Stürze bei Menschen mit Demenz – ein Blick in die aktuelle wissenschaftliche Forschung

Es konnte keine Studie zur Prävalenz von Stürzen bei Menschen mit Demenz identifiziert werden. Die Ergebnisse der Pflegequalitätserhebung, die jährlich die Prävalenzen ausgewählter Pflegeprobleme, u. a. von Stürzen, erfasst, können nicht herangezogen werden, da Menschen mit kognitiven Einschränkungen von der Erhebung ausgeschlossen werden.

Eine Studie, die sich mit dem Sturzrisiko von Menschen mit Demenz beschäftigt (Chen, Van Nguyen, Shen, & Chan, 2011) konnte identifiziert werden. Folgende Charakteristika weisen auf ein erhöhtes Sturzrisiko bei Menschen mit Demenz hin:

- 54 % der häufig stürzenden Personen (vs. 10,8 % der Personen, die nicht gestürzt sind) haben einen MMSE < 18 Punkte.
- 57,1 % der häufig stürzenden Personen (vs. 13,0 % der Personen, die nicht gestürzt sind) hatten einen Schlaganfall.
- Bei 30,0 % der häufig stürzenden Personen (vs. 17,4 % der Personen, die nicht gestürzt sind) liegt eine sprachliche Barriere vor, die eine Kommunikation erschwert.

Fazit

Die Bewohnerinnen und Bewohner der Demenzstation Grafenwörth stürzen durchschnittlich einmal pro Quartal. Ein Vergleich mit Werten aus der Literatur in diesem Bereich ist aufgrund mangelnder Studien nicht möglich.

Krankenhausaufenthalte

Da das Risiko für Krankenhausaufenthalte bei Menschen mit Demenz höher ist als bei Menschen ohne diese Diagnose, soll die Häufigkeit bzw. die Länge von Krankenhausaufenthalten von Bewohnerinnen und Bewohner der Demenzgruppen in Grafenwörth dargestellt werden.

6.1.20 Krankenhausaufenthalte der Bewohnerinnen und Bewohner

Über die gesamte Dauer der Betreuung in den Demenzgruppen in Grafenwörth müssen die Bewohnerinnen und Bewohner im Durchschnitt rund 2 Mal für mehr als einen Tag stationär im Krankenhaus aufgenommen werden, wobei die Anzahl von 0 bis 7 Mal reicht. Umgerechnet auf die Aufenthaltsdauer ergibt sich, dass Bewohnerinnen und Bewohner im Durchschnitt einmal pro Jahr einen stationären Krankenhausaufenthalt haben. Die Krankenhausaufenthalte der Betreuten dauern im Durchschnitt 7 Tage, wobei die Spannweite zwischen 1 und 30 Tagen liegt.

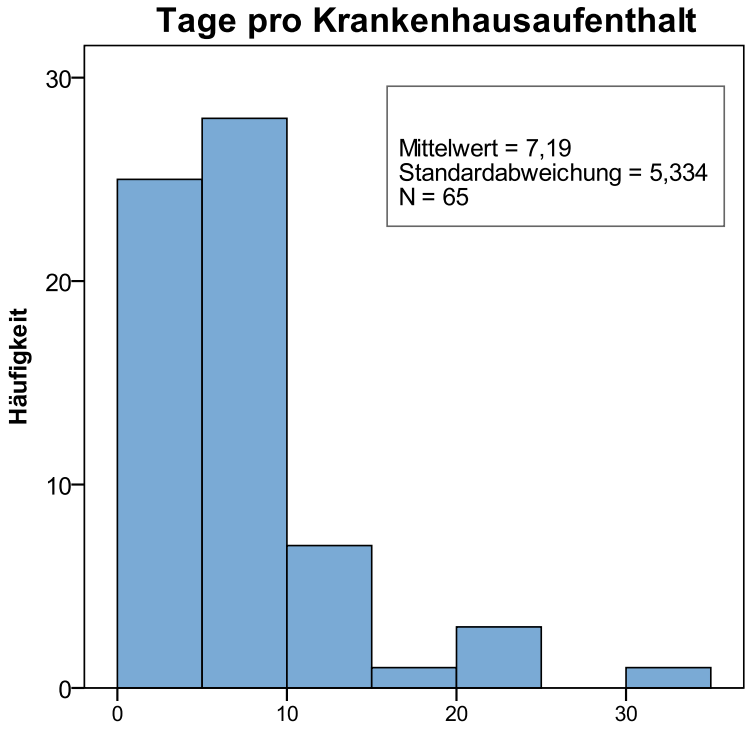


Abb. 36: Anzahl Tage im Krankenhaus / Aufenthalt

6.1.21 Krankenhausaufenthalte – ein Blick in die aktuelle wissenschaftliche Forschung

Laut einem Literaturreview (Pinkert & Holle, 2012) weisen 3,4 bis 40 % aller Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner mit Demenz mindestens einen Krankenhausaufenthalt pro Jahr auf. Menschen mit Demenz haben im Vergleich zu Menschen ohne Demenz ein 1,4 bis 3,6 Mal so hohes Risiko für eine Krankenhauseinweisung.

Die häufigsten Gründe für einen Krankenhausaufenthalt sind Infektionen, Knochenbrüche und ernährungsbedingte Störungen wie Exsikkose und Mangelernährung (Pinkert & Holle, 2012).

In einem Vergleich von Pflegeheimen mit einer spezialisierten Demenzstation und allgemeinen Pflegeheimen weisen spezialisierte Einrichtungen niedrigere Hospitalisationsraten auf (Zimmerman et al., 2012).

Fazit
Durchschnittlich haben die Bewohnerinnen und Bewohner der Demenzstation Grafenwörth einen Krankenhausaufenthalt pro Jahr. Ähnliche Werte werden in der Literatur beschrieben, wobei die Vergleichbarkeit nur eingeschränkt gegeben ist.

Herausforderndes Verhalten

Im Verlauf der Erkrankung zeigen Menschen mit Demenz oft ein verändertes Verhalten – zielloses Herumwandern, Agitation, Schreien, Aggressivität und Apathie sind Verhaltensweisen, die vom Betreuungsteam genauso wie vom gesamten Umfeld als belastend empfunden werden. Jedoch sind sie oft ein Ausdruck für unbefriedigte Bedürfnisse, wie Hunger, Durst oder Harndrang oder auch für Schmerzen, und stellen eine Form der Kommunikation dar.

Verhalten und Verhaltensstörungen sind soziale Konstrukte und es liegt die Annahme zugrunde, dass das Verhalten für die Person, die es setzt, immer sinnvoll ist. Bei Menschen mit Demenz werden die Verhaltensäußerungen oft nicht verstanden.

Es wird in diesem Bericht von herausforderndem Verhalten gesprochen, weil der Begriff diejenigen fokussiert, die sich durch das Verhalten herausgefordert fühlen, z. B. Pflegepersonen und Angehörige (Bartholomeyczik et al., 2006). Unter dem Überbegriff „herausforderndes Verhalten“ wurden 3 Parameter im Rahmen des Datenmonitorings erfasst. Sowohl aggressives Verhalten als auch der Wandertrieb und die Nachtaktivität von Bewohnerinnen und Bewohnern der Demenzgruppen wurden in Grafenwörth in den letzten 10 Jahren in regelmäßigen Abständen erhoben.

6.1.22 Herausforderndes Verhalten der Bewohnerinnen und Bewohner

Zu Beginn der Betreuung in einer Demenzgruppe in Grafenwörth zeigen nach Einschätzung der Pflegepersonen mehr als die Hälfte der Bewohnerinnen und Bewohner (56 %) aggressives Verhalten, 21 % davon sogar häufig, 35 % selten. Im Verlauf von 36 Monaten können kaum Veränderungen in der Häufigkeit des aggressiven Verhaltens festgestellt werden. Der Anteil jener, die häufig oder selten ein solches Verhalten zeigen, bleibt konstant zwischen rund 40 und 60 %.

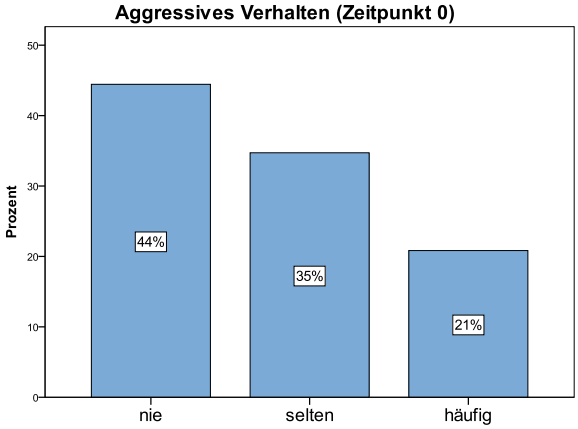


Abb. 37: Herausforderndes Verhalten (Zeit-

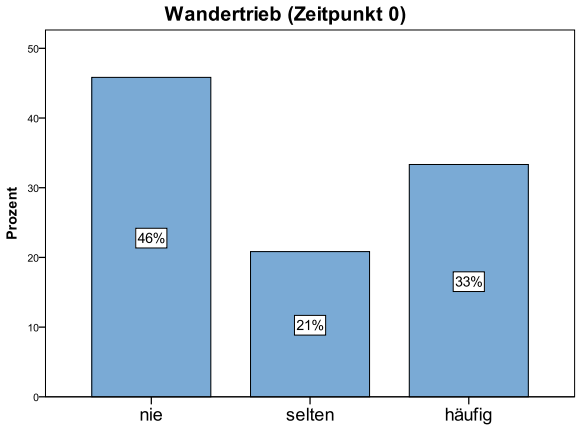


Abb. 39: Wandertrieb (Zeitpunkt 0)

Auch in Bezug auf den Wandertrieb zeigen sich sehr ähnliche Ergebnisse. Etwas weniger als die Hälfte der Bewohnerinnen und Bewohner (46 %) ist zu Beginn der Betreuung davon betroffen. Bei einem Drittel (33 %) kommt zum Zeitpunkt 0 ein Wandertrieb häufig vor, bei 21 % selten. Der Anteil jener, die vom Wandertrieb betroffen sind, schwankt im Verlauf von 36 Monaten zwischen rund 40 % und 60 %, es zeigt sich aber kein klarer Trend einer Verringerung oder Erhöhung.

Nachtaktivität ist schließlich von den 3 herausfordernden Verhaltensweisen die am häufigsten vorkommende. Nur rund ein Drittel der Bewohnerinnen und Bewohner (34 %) ist zu Beginn der Betreuung nicht davon betroffen, während ein Viertel (25 %) häufig und 41 % selten darunter leiden. Der Anteil der Personen, die nachtaktiv sind, schwankt im Verlauf von 36 Monaten zwischen 40 und 70 %, wobei aber eine leichte Tendenz sichtbar ist, dass die Nachtaktivität mit der Länge der Betreuung etwas abnimmt.

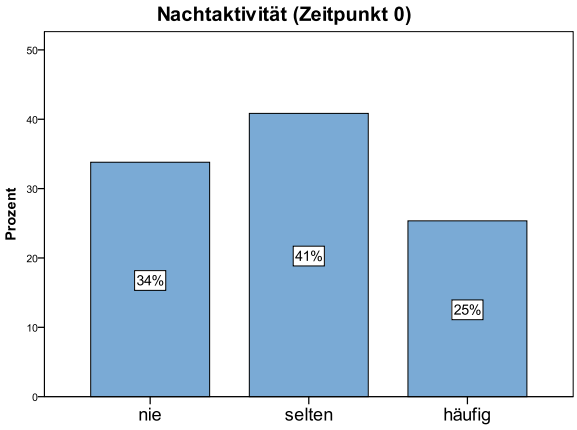


Abb. 38: Nachtaktivität (Zeitpunkt 0)

6.1.23 Herausforderndes Verhalten – ein Blick in die aktuelle wissenschaftliche Literatur

89 % der Menschen mit Demenz zeigen mindestens eine herausfordernde Verhaltensweise (Bartholomeyczik et al., 2014).

Zwei Studien haben die Prävalenz von herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz mit dem Neuropsychatric Inventory (Cummings et al., 1994) erhoben. Mirakhur et al. (2004) untersuchte 435 Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner mit wahrscheinlicher Diagnose „Demenz vom Alzheimertyp“. Bartholomeyczik et al. (2014) untersuchten 107 Bewohnerinnen und Bewohner mit Demenz in meist demenzspezifischen Pflegeheimen.

Die relativen Häufigkeiten der Prävalenzen der einzelnen Verhaltensweisen sind sehr unterschiedlich (siehe Abb. 40). Der Unterschied könnte dahingehend interpretiert werden, dass die tatsächliche Prävalenz des herausfordernden Verhaltens in der Gesamtpopulation der Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner mit Demenz eventuell zwischen den beiden Werten anzusiedelt sein könnte.

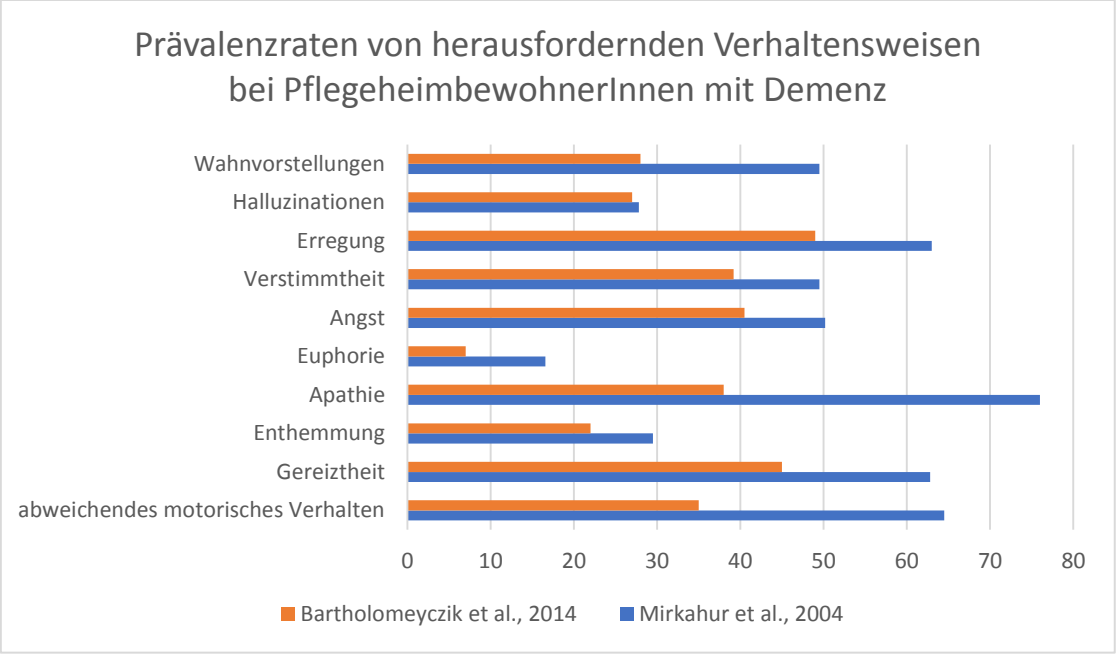


Abb. 40: Prävalenz von herausforderndem Verhalten – eigene Darstellung, Quellen: Bartholomeyczik et al. (2014, S. 12) und Mirakhur et al. (2004, S. 1037) (eigene Darstellung)

Fazit
Die beobachteten herausfordernden Verhaltensweisen aggressives Verhalten, Wandertrieb und Nachtaktivität treten nur bei einem Fünftel bis einem Drittel der Bewohnerinnen und Bewohner häufig auf. Diese Rate kann trotz Fortschreiten der Demenz relativ stabil gehalten werden. Die Daten können jedoch nicht mit der Literatur verglichen werden, da die Verhaltensweisen grundliegend anders erhoben wurden – die in den Studien verwendeten Instrumente messen, ob die Bewohnerinnen und Bewohner je diese Verhaltensweisen aufweisen, nicht wie häufig sie vorkommen. Es scheint jedoch, als würde die Demenzstation Grafenwörth einen positiven Einfluss auf die Bewohnerinnen und Bewohner haben, da ihr Zustand relativ stabil gehalten werden kann.

7 Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse und Reflexion Anhand des Vergleichs mit ähnlichen Interventionen

Die Auswertung des Datenmonitorings gibt erste Anhaltspunkte bezüglich der Wirkung der komplexen Intervention der Demenzstation des Sozialzentrums SeneCura Grafenwörth.

Die Bewohnerinnen und Bewohner sind im Mittel über 80 Jahre alt und leben durchschnittlich 2,5 Jahre auf der Demenzstation. Rund die Hälfte der Bewohnerinnen und Bewohner ist an Demenz vom Alzheimer-Typ erkrankt und bei ungefähr 50 % der Bewohnerinnen und Bewohner ist die Demenz nicht näher bezeichnet. Darüber hinaus haben 34 % ein Frontalhirnsyndrom, welches durch die Symptome einer frontotemporalen Demenz charakterisiert wird, die bei 3 bis 9 % der Menschen mit Demenz in der Gesamtbevölkerung vorliegt. Ein Vergleich mit der Literatur ist schwer möglich, da bei einem Großteil der Bewohnerinnen und Bewohner die Demenzform nicht diagnostiziert ist. Fraglich ist, welche Vorteile den Bewohnerinnen und Bewohnern eine genaue Diagnostik bringen würde, die mit von ihnen als eventuell unangenehm empfundenen Interventionen einhergehen würde. Diese Betrachtung wird insbesondere vor dem Hintergrund angestellt, dass eine genaue Diagnose die Behandlung, Pflege und Betreuung nicht maßgeblich beeinflussen würde.

Die **kognitiven Fähigkeiten** der Bewohnerinnen und Bewohner können über den gesamten Aufenthalt im Mittel relativ stabil gehalten werden. Der MMSE liegt im Durchschnitt bei 11 Punkten und entspricht einer mittelschweren bis schweren Demenz. Es scheint somit, als könnte der fortschreitende Verlust der kognitiven Fähigkeiten angehalten oder verzögert werden. Laut dem Literaturreview von Kok et al. (Kok et al., 2013) haben Menschen mit Demenz, die auf spezialisierten Demenzstationen wohnen, geringere kognitive Fähigkeiten als die Vergleichspopulation in traditionellen Pflegeheimen. In der Untersuchung Dettbarn-Reggentin (2005), welche die Effekte von Wohngruppenmilieus untersuchten, konnte das Fortschreiten der Demenz nicht beeinflusst werden. Es kann die Vermutung angestellt werden, dass die komplexe Intervention in Grafenwörth das Fortschreiten der Demenz eher verzögert, als wenn nur einzelne Elemente daraus, im speziellen die Errichtung einer speziellen, angepassten Wohnumgebung, umgesetzt werden würden.

Der Grad der **Pflegebedürftigkeit** nimmt im Verlauf des Aufenthalts kontinuierlich zu. Jedoch sind die Bewohnerinnen und Bewohner selbstständiger als ähnliche Bevölkerungsgruppen (Telenius et al., 2013). Ähnliche Ergebnisse führen Kok et al. (2013) an:

Bewohnerinnen und Bewohner von spezialisierten Demenzstationen sind häufig funktionell selbstständiger als jene in traditionellen Pflegeheimen. Allerdings scheinen spezielle Wohngruppen alleine keinen Einfluss auf die physische Selbstständigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner zu haben (Dettbarn-Reggentin, 2005). Das komplexe Pflege- und Betreuungskonzept in Grafenwörth scheint die Selbstpflegefähigkeiten der Menschen mit Demenz zu fördern und ihre Selbstständigkeit dadurch zu erhöhen.

Im Durchschnitt nehmen die Bewohnerinnen und Bewohner 12 **Medikamente**, wobei die Anzahl im Verlauf stetig steigt. Beinahe die Hälfte der Bewohnerinnen und Bewohner nimmt Antidementiva, ein Drittel nimmt Antidepressiva. Ähnliche Zahlen sind in wissenschaftlichen Studien zu finden (Mirakhur et al., 2004). Beinahe 80 % der Bewohnerinnen und Bewohner nehmen Antipsychotika, ein deutlich höherer Prozentsatz als bei in der Literatur beschriebenen Menschen mit Demenz (Dutcher et al., 2014; Mirakhur et al., 2004). Ursächlich dafür könnte sein, dass auf der Demenzstation hauptsächlich Bewohnerinnen und Bewohner leben, die besonders herausfordernde Verhaltensweisen zeigen, die medikamentös gut behandelt werden können, und bei denen nicht-medikamentöse Interventionen, wie beispielsweise Validation, erfolglos blieben. Diese Hypothese wird von einer Studie gestützt, die besagt, dass die Bewohnerinnen und Bewohner einer spezialisierten Demenzstation häufiger neuropsychiatrische Erkrankungen aufweisen als jene in traditionellen Pflegeheimen (Kok et al., 2013).

Der überwiegende Teil der Bewohnerinnen und Bewohner befindet sich in der Stufe 2 „Zeitverwirrtheit“ der **Validationseinstufung nach Feil**. Der Wert bleibt über den gesamten Aufenthalt im Mittel stabil. Auch die **Kontaktierbarkeit**, erhoben mit dem Validationsscore, verändert sich im Durchschnitt wenig. Es scheint eine Stabilisierung des Zustandes der Menschen mit Demenz erreicht worden zu sein. Da der Validationsscore in Grafenwörth entwickelt wurde, wurde die Kontaktierbarkeit von Menschen mit Demenz bisher in keiner anderen Studie untersucht. Allerdings bestätigen aktuelle Untersuchungen einen positiven Einfluss von speziellen Demenzstationen (Weyerer et al., 2010) und Wohngruppenmilieus (Dettbarn-Reggentin, 2005) auf die sozialen Kontakte der Bewohnerinnen und Bewohner. Außerdem verbessert Validation die Kommunikation zwischen Pflegepersonen und Menschen mit Demenz (Soderlund et al., 2015). Es wird angenommen, dass die in Grafenwörth getroffenen Interventionen dazu beitragen, die Kontaktierbarkeit der Bewohnerinnen und Bewohner aufrechtzuerhalten und somit ihre sozialen Kontakte positiv beeinflussen.

Die **herausfordernden Verhaltensweisen** Wandertrieb, Nachtaktivität und aggressives Verhalten kommen bei über der Hälfte der Bewohnerinnen und Bewohner selten bis nie vor. Spezialisierte Demenzstationen und eine personenzentrierte Kommunikation, wie sie bei Validation geführt wird, können Agitation, Aggressionen, Angst und Depressionen reduzieren. Da die erhobenen herausfordernden Verhaltensweisen in Grafenwörth eher selten vorkamen, wird davon ausgegangen, dass dies auf die implementierten Maßnahmen zurückzuführen ist.

Allgemeine **Aktivitätsangebote** und der Demenzgarten werden von den meisten Bewohnerinnen und Bewohner häufig genutzt. Der überwiegende Teil der Bewohnerinnen und Bewohner nimmt den Snoezelenraum, die Musiktherapie und die Therapieküche

allerdings selten bis nie in Anspruch. Alle Aktivitätsangebote scheinen auf Basis der aktuellen Forschungserkenntnisse positive Auswirkungen auf die Menschen mit Demenz zu haben (Van Haitsma et al., 2015). Betrachtet man jedoch den Grad der Nutzung, scheinen sie für die Bewohnerinnen und Bewohner unterschiedlich attraktiv zu sein bzw. nur den Präferenzen eines Teils der Bewohnerinnen und Bewohner zu entsprechen. Beispielsweise kann es sein, dass nicht jede bzw. jeder gleich gerne singt. Die Aktivitätsangebote werden in Grafenwörth laufend evaluiert und es wird versucht, sie an die Bedürfnisse und Wünsche der Bewohnerinnen und Bewohner anzupassen. So wurde beispielsweise vor kurzem Motogeragogik eingeführt. Zudem werden laufend Veranstaltungen wie Kinoabende, Messen usw. organisiert. Jedoch können diese und weitere Aktivitäten nicht im Zuge des Berichts evaluiert werden, da sie nicht kontinuierlich über die gesamte Laufzeit von 10 Jahren durchgeführt, sondern angepasst an die Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner angeboten wurden.

Der in diesem Bericht vorgenommene Vergleich der Ergebnisse des Datenmonitorings mit wissenschaftlicher Literatur unterliegt einigen Limitationen. In der Literatur konnte kein Projekt identifiziert werden, in welchem in einem ähnlichen Komplexitätsgrad vergleichbare Maßnahmen kombiniert und untersucht wurden. Da bisher kein ähnlich komplexes Projekt wissenschaftlich evaluiert wurde, kann keine Aussage darüber getroffen werden, welche Wirkung der simultane Einsatz der etablierten Maßnahmen hat. Darüber hinaus verfolgen die Studien teilweise andere Zielsetzungen wie in Grafenwörth und wurden in anderen Settings durchgeführt. Ähnliche Interventionen werden im Detail anders gestaltet, unterschiedliche Outcome-Parameter werden herangezogen und verschiedene Assessmentinstrumente zu deren Erhebung verwendet. Zudem ist die Qualität der Studien oftmals beschränkt. Diese Aspekte limitieren die Aussagekraft der Studien im Vergleich zur etablierten komplexen Intervention auf der Demenzstation in Grafenwörth. Die in diesem Bericht präsentierte Literatur bietet jedoch orientierende Anhaltspunkte, welche Wirkungen die Maßnahmen einzeln auf die Bewohnerinnen und Bewohner haben könnten.

Fazit

Die auf der Demenzstation in Grafenwörth implementierten Interventionen scheinen einen positiven Einfluss auf die Menschen mit Demenz zu haben. Durch die Förderung der Orientierung, der Selbstständigkeit, der sozialen Kontakte und der Aktivitäten scheinen ein Fortschreiten der Demenz und eine Erhöhung des Pflegebedarfs weitgehend verzögert werden zu können.

Bisher wurde kein ähnlich komplexes Projekt wissenschaftlich evaluiert, weswegen keine Aussage darüber getroffen werden kann, welche Wirkung der simultane Einsatz von baulichen und personellen Maßnahmen sowie die Etablierung eines neuen Pflegekonzepts haben und wie sich die Interventionen gegenseitig beeinflussen. Betrachtet man die Ergebnisse des Datenmonitorings vor dem Hintergrund der Studien zu ähnlichen Interventionen oder Teilen davon, liegt jedenfalls der Schluss nahe, dass eine umfassende Intervention, wie das komplexe Wohn- und Betreuungskonzept in Grafenwörth,

welches mehrdimensional auf die Bedürfnisse der Menschen mit Demenz eingeht, ihr Leben positiv beeinflusst und lebenswerter macht.

Literatur

Alzheimer Europe (2013). Prevalence of dementia in Europe. EuroCoDe. Zugriff am 20.05.2015 unter http://www.alzheimer-europe.org/EN/Research/European-Collaboration-onDementia/Preval ence-of-dementia/Prevalence-of-dementia-in-Europe.

Anderiesen, H., Scherder, E. J., Goossens, R. H., & Sonneveld, M. H. (2014). A systematic review--physical activity in dementia: the influence of the nursing home environment. Appl Ergon, 45(6), 1678-1686. doi: 10.1016/j.apergo.2014.05.011

Anderson, K., Bird, M., Macpherson, S., McDonough, V., & Davis, T. (2011). Findings from a pilot investigation of the effectiveness of a snoezelen room in residential care: should we be engaging with our residents more? Geriatr Nurs, 32(3), 166-177. doi: 10.1016/j.gerinurse.2010.12.011

AOK (2015). Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation mit Tagesdosen. Amtliche Fassung des ATC-Index mit DDD-Angaben für Deutschland im Jahr 2015. Retrieved 18.04.2015, from http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/atcddd/version2015/

Bartholomeyczik, S., Halek, M., Hardenacke, D., Knee, R., Krüger, C., & Mayer, H. (2014). Interdisziplinäre Implementierung von Qualitätsinstrumenten zur Versorgung von Menschen mit Demenz in Altenheimen. InDemA. Unveröffentlichte Vorlesungsunterlage. Witten: Universität Witten/Herdecke.

Bartholomeyczik, S., Halek, M., Sowinski, C., Besselmann, K., Dürrmann, P., Haupt, M., Zegelin, A. (2006). Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. Witten: Bundesministerum für Gesundheit.

Bleathman, C., & Morton, I. (1992). Validation therapy: extracts from 20 groups with dementia sufferers. J Adv Nurs, 17, 658-666.

Boyle, P. A., Wilson, R. S., Yu, L., Barr, A. M., Honer, W. G., Schneider, J. A., & Bennett, D. A. (2013). Much of late life cognitive decline is not due to common neurodegenerative pathologies. Ann Neurol, 74(3), 478-489. doi: 10.1002/ana.23964

Calkins, M., Szmerekovsky, J. G., & Biddle, S. (2008). Effect of increased time spent outdoors on individuals with dementia residing in nursing homes. Journal of Housing for the Elderly, 21, 211-228.

Chen, X., Van Nguyen, H., Shen, Q., & Chan, D. K. (2011). Characteristics associated with recurrent falls among the elderly within aged-care wards in a tertiary hospital: the effect of cognitive impairment. Arch Gerontol Geriatr, 53(2), e183-186. doi: 10.1016/j.archger.2010.08.012

Chenoweth, L., Forbes, I., Fleming, R., King, M. T., Stein-Parbury, J., Luscombe, G., Brodaty, H. (2014). PerCEN: a cluster randomized controlled trial of person-centered residential care and environment for people with dementia. Int Psychogeriatr, 26(7), 1147-1160. doi: 10.1017/S1041610214000398

Cohen-Mansfield, J., & Werner, P. (1998). Visits to an outdoor garden: Impact on behavior and mood of nursing home residents who pace. In B. Vellas, J. Fitten, & G. Frisoni (Hrsg.), Research and Practice in Alzheimer's Disease, 419-436.

Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., Petticrew, M., & Medical Research Council, G. (2008). Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. BMJ, 337, a1655. doi: 10.1136/bmj.a1655

Cummings, J. L., Mega, M., Gray, K., Rosenberg-Thompson, S., Carusi, D. A., & Gornbein, J. (1994). The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive assessment of psychopathology in dementia. Neurology, 44, 2308-2314. Neurology, 44, 2308-2314.

Day, C. (1997). Validation Therapy. A Review of the Literature. Journal of Gerontological Nursing, 23(4), 29-34.

Deponte, A., & Missan, R. (2007). Effectiveness of validation therapy (VT) in group: preliminary results. Arch Gerontol Geriatr, 44(2), 113-117. doi: 10.1016/j.archger.2006.04.001

Dettbarn-Reggentin, J. (2005). Study on the influence of group living environment on demented ill people in inpatient facilities. Z Gerontol Geriatr, 38(2), 95-100. doi: 10.1007/s00391-005-0294-x

Detweiler, M., Murphy, P., Meyers, L., & Kim, K. (2008). Does a Wander Garden Influence Inappropriate Behaviors in Dementia Residents? American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias, 23(1), 31-45.

Deuschel, G., & Maier, W. (2009). S3-Leitlinie "Demenzen" (Kurzversion) Zugriff am 30.04.2015 unter https://www.dgppn.de/fileadmin/...leitlinien/s3-leitlinie-demenz-kf.pdf.

Dijkstra, A., Buist, G., & Dassen, T. (1996). Dijkstra, A.; Buist, G.; Dassen, Th. W. N.: Nursing Care Dependency: Development of an assessment scale for demented and mentally handicapped patients, Scandinavian Journal of Caring Sciences, 10, 1996, 13–143. Scand J Caring Sci, 10, 13-14.

Dutcher, S. K., Rattinger, G. B., Langenberg, P., Chhabra, P. T., Liu, X., Rosenberg, P. B., Zuckerman, I. H. (2014). Effect of medications on physical function and cognition in nursing home residents with dementia. J Am Geriatr Soc, 62(6), 1046-1055. doi: 10.1111/jgs.12838

Ellis, J. M., Doyle, C. J., & Selvarajah, S. (2014). The relationship between apathy and participation in therapeutic activities in nursing home residents with dementia: Evidence for an association and directions for further research. Dementia (London). doi: 10.1177/1471301214527300

Fine, J., & Rouse-Bane, S. (1995). Using Validation Techniques to Improve Communication with Cognitively Impaired Older Adults. Journal of Gerontological Nursing, 21(6), 35-49.

Finnema, E., Dröes, R., Ettema, T., Ooms, M., Adèr, H., Ribbe, M., & Tilburg, W. (2005). The effect of integrated emotion-oriented care versus usual care on elderly persons with dementia in the nursing home and on nursing assistants: a randomized clinical trial. Int J Geriatr Psychiatry, 20, 330-343.

Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini-Mental State (a practical method for grading the state of patients for the clinician). Journal of Psychiatric Research, 12, 189-198.

George, D. R., & Whitehouse, P. J. (2014). The War (on Terror) on Alzheimer's. Dementia (London), 13(1), 120-130. doi: 10.1177/1471301212451382

Gomez-Romero, M., Jimenez-Palomares, M., Rodriguez-Mansilla, J., Flores-Nieto, A., Garrido-Ardila, E. M., & Gonzalez-LopezArza, M. V. (2014). Benefits of music therapy on behaviour disorders in subjects diagnosed with dementia: a systematic review. Neurologia. doi: 10.1016/j.nrl.2014.11.001

Gruneir, A., Lapane, K. L., Miller, S. C., & Mor, V. (2008). Does the presence of a dementia special care unit improve nursing home quality? J Aging Health, 20(7), 837-854. doi: 10.1177/0898264308324632

Halek, M., & Bartholomeyczik, S. (2006). Verstehen und Handeln. Forschungsergebnisse zur Pflege von Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten. Hannover: Schlütersche.

Hanyu, H., Sato, T., Hirao, K., Kanetaka, H., Sakurai, H., & Iwamoto, T. (2009). Differences in clinical course between dementia with Lewy bodies and Alzheimer's disease. Eur J Neurol, 16(2), 212-217. doi: 10.1111/j.1468-1331.2008.02388.x

Helvik, A. S., Engedal, K., Benth, J. S., & Selbaek, G. (2014). A 52 month follow-up of functional decline in nursing home residents – degree of dementia contributes. BMC Geriatr, 14, 45. doi: 10.1186/1471-2318-14-45

Juroszovich, B. (2015). Stationäre Langzeitpflege/-betreuung. In S. Höfler, T. Bengough, P. Winkler, & R. Griebler (Hrsg.), Österreichischer Demenzbericht 2014 (pp. 106-109). Wien: Bundesministerium für Gesundheit.

Kok, J. S., Berg, I. J., & Scherder, E. J. (2013). Special care units and traditional care in dementia: relationship with behavior, cognition, functional status and quality of life – a review. Dement Geriatr Cogn Dis Extra, 3(1), 360-375. doi: 10.1159/000353441

Kuske, B., Luck, T., Hanns, S., Matschinger, H., Angermeyer, M. C., Behrens, J., & Riedel-Heller, S. G. (2009). Training in dementia care: a cluster-randomized controlled trial of a training program for nursing home staff in Germany. Int Psychogeriatr, 21(2), 295-308. doi: 10.1017/S1041610208008387

Lin, Y., Chu, H., Yang, C. Y., Chen, C. H., Chen, S. G., Chang, H. J., Chou, K. R. (2011). Effectiveness of group music intervention against agitated behavior in elderly persons with dementia. Int J Geriatr Psychiatry, 26(7), 670-678. doi: 10.1002/gps.2580

Livingston, G., Kelly, L., Lewis-Holmes, E., Baio, G., Morris, S., Patel, N., Cooper, C. (2014). Non-pharmacological interventions for agitation in dementia: systematic review of randomised controlled trials. Br J Psychiatry, 205(6), 436-442. doi: 10.1192/bjp.bp.113.141119

Luo, H., Fang, X., Liao, Y., Elliott, A., & Zhang, X. (2010). Associations of special care units and outcomes of residents with dementia: 2004 national nursing home survey. Gerontologist, 50(4), 509-518. doi: 10.1093/geront/gnq035

Mahoney, F. I., & Barthel, D. (1965). Functional Evaluation: The Barthel Index. Maryland State Medical Journal, 21, 61-65.

Marquardt, G. (2011). Wayfinding for People With Dementia: A Review of the Role of Architectural Design. HEALTH ENVIRONMENTS RESEARCH & DESIGN JOURNAL, 4(2), 75-90.

Marquardt, G., & Schmieg, P. (2009). [Dementia-friendly architecture. Environments that facilitate wayfinding in nursing homes]. Z Gerontol Geriatr, 42(5), 402-407. doi: 10.1007/s00391-008-0029-x

Maseda, A., Sanchez, A., Marante, P., Gonzalez-Abraldes, I., Bujan, A., & Millan-Calenti, J. (2014). Effects of Multisensory Stimulation on a Sample of Institutionalized Elderly People With Dementia Diagnosis: A Controlled Longitudinal Trial. American Journal of Alzheimer’s Disease & Other Dementias, 29(5), 463-473.

Mirakhur, A., Craig, D., Hart, D. J., McLlroy, S. P., & Passmore, A. P. (2004). Behavioural and psychological syndromes in Alzheimer's disease. Int J Geriatr Psychiatry, 19(11), 1035-1039. doi: 10.1002/gps.1203

Morgan-Brown, M., Newton, R., & Ormerod, M. (2013). Engaging life in two Irish nursing home units for people with dementia: quantitative comparisons before and after implementing household environments. Aging Ment Health, 17(1), 57-65. doi: 10.1080/13607863.2012.717250

Neal, M., & Barton Wright, P. (2003). Validation Therapy for Dementia (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews(3). doi: 10.1002/14651858.CD001394.

Osman, S. E., Tischler, V., & Schneider, J. (2014). 'Singing for the Brain': A qualitative study exploring the health and well-being benefits of singing for people with dementia and their carers. Dementia (London). doi: 10.1177/1471301214556291

Petrovsky, D., Cacchione, P. Z., & George, M. (2015). Review of the effect of music interventions on symptoms of anxiety and depression in older adults with mild dementia. Int Psychogeriatr, 1-10. doi: 10.1017/S1041610215000393

Pinkert, C., & Holle, B. (2012). [People with dementia in acute hospitals. Literature review of prevalence and reasons for hospital admission]. Z Gerontol Geriatr, 45(8), 728-734. doi: 10.1007/s00391-012-0319-1

Plassman, B. L., Langa, K. M., Fisher, G. G., Heeringa, S. G., Weir, D. R., Ofstedal, M. B., Wallace, R. B. (2007). Prevalence of dementia in the United States: the aging, demographics, and memory study. Neuroepidemiology, 29(1-2), 125-132. doi: 10.1159/000109998

Prince, M., Bryce, R., Albanese, E., Wimo, A., Ribeiro, W., & Ferri, C. P. (2013). The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis. Alzheimers Dement, 9(1), 63-75 e62. doi: 10.1016/j.jalz.2012.11.007

Scanland, S., & Emershaw, E. (1993). Reality Orientation And Validation Therapy. Dementia, Depression, and Functional Status. Journal of Applied Gerontology, 19(6), 7-11.

Schneider, C., & Deuert, D. (2015). Professionelle Pflege und Betreuung. In S. Höfler, T. Bengough, P. Winkler, & R. Griebler (Hrsg.), Österreichischer Demenzbericht 2014. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.

Schrijnemaekers, V., van Rossum, E., Candel, M., Frederiks, C., Derix, M., Sielhorst, H., & van den Brandt, P. (2002). Effects of emotion-oriented care on elderly people with cognitive impairment and behavioral problems. Int J Geriatr Psychiatry, 17(10), 926-937. doi: 10.1002/gps.681

Schrijnemaekers, V., van Rossum, E., Heusden, M., & Widdershoven, G. (2002). Compliance in a randomized controlled trial: the implementation of emotion-orientated care in psychogeriatric facilities. In: Journal of Advanced Nursing, 39 (2), 182-189. J Adv Nurs, 39(2), 182-189.

Schussler, S., Dassen, T., & Lohrmann, C. (2014). Care dependency and nursing care problems in nursing home residents with and without dementia: a cross-sectional study. Aging Clin Exp Res. doi: 10.1007/s40520-014-0298-8

Slavik, D. (1995). An Evaluation of Validation Therapy with Alzheimer's Patients. Unveröffentlichte Master-Thesis.

Soderlund, M., Cronqvist, A., Norberg, A., Ternestedt, B. M., & Hansebo, G. (2015). Conversations between persons with dementia disease living in nursing homes and nurses – qualitative evaluation of an intervention with the validation method. Scand J Caring Sci. doi: 10.1111/scs.12219

Sung, H. C., Lee, W. L., Li, T. L., & Watson, R. (2012). A group music intervention using percussion instruments with familiar music to reduce anxiety and agitation of institutionalized older adults with dementia. Int J Geriatr Psychiatry, 27(6), 621-627. doi: 10.1002/gps.2761

Tak, S. H., Kedia, S., Tongumpun, T. M., & Hong, S. H. (2015). Activity Engagement: Perspectives from Nursing Home Residents with Dementia. Educ Gerontol, 41(3), 182-192. doi: 10.1080/03601277.2014.937217

te Boekhorst, S., Depla, M. F., de Lange, J., Pot, A. M., & Eefsting, J. A. (2009). The effects of group living homes on older people with dementia: a comparison with traditional nursing home care. Int J Geriatr Psychiatry, 24(9), 970-978. doi: 10.1002/gps.2205

Telenius, E. W., Engedal, K., & Bergland, A. (2013). Physical performance and quality of life of nursing-home residents with mild and moderate dementia. Int J Environ Res Public Health, 10(12), 6672-6686. doi: 10.3390/ijerph10126672

Tondi, L., Ribani, L., Bottazzi, M., Viscomi, G., & Vulcano, V. (2007). Validation therapy (VT) in nursing home: a case-control study. Arch Gerontol Geriatr, 44 Suppl 1, 407-411. doi: 10.1016/j.archger.2007.01.057

Toseland, R., Dieh, l. M., Freeman, K., Manzanares, T., M., N., & McCallion, P. (1997). The Impact of Validation Group Therapy on Nursing Home Residents With Dementia. Journal of Applied Gerontology, 16(1), 31-50.

Tschanz, J. T., Corcoran, C. D., Schwartz, S., Treiber, K., Green, R. C., Norton, M. C., Lyketsos, C. G. (2011). Progression of cognitive, functional, and neuropsychiatric symptom domains in a population cohort with Alzheimer dementia: the Cache County Dementia Progression study. Am J Geriatr Psychiatry, 19(6), 532-542. doi: 10.1097/JGP.0b013e3181faec23

Van Haitsma, K. S., Curyto, K., Abbott, K. M., Towsley, G. L., Spector, A., & Kleban, M. (2015). A randomized controlled trial for an individualized positive psychosocial intervention for the affective and behavioral symptoms of dementia in nursing home residents. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci, 70(1), 35-45. doi: 10.1093/geronb/gbt102

van Weert, J. C., van Dulmen, A. M., Spreeuwenberg, P. M., Bensing, J. M., & Ribbe, M. W. (2006). Nursing assistants' behaviour during morning care: effects of the implementation of snoezelen, integrated in 24-hour dementia care. J Adv Nurs, 53(6), 656-668.

Wancata, J. (2015). Studien und Hochrechnungen für Österreich. In S. Höfler, T. Bengough, P. Winkler, & R. Griebler (Hrsg.), Österreichischer Demenzbericht 2014. (pp. 19-21). Wien: Bundesministerium für Gesundheit.

Ward-Smith, P., Llanque, S., & Curron, D. (2009). The Effect of Multisensory Stimulation on Persons Residing in an Extended Care Facility. Am J Alzheimers Dis Other Demen, 24(6), 450-455.

Weyerer, S., Schaufele, M., & Hendlmeier, I. (2010). Evaluation of special and traditional dementia care in nursing homes: results from a cross-sectional study in Germany. Int J Geriatr Psychiatry, 25(11), 1159-1167. doi: 10.1002/gps.2455

Whear, R., Coon, J. T., Bethel, A., Abbott, R., Stein, K., & Garside, R. (2014). What is the impact of using outdoor spaces such as gardens on the physical and mental well-being of those with dementia? A systematic review of quantitative and qualitative evidence. J Am Med Dir Assoc, 15(10), 697-705. doi: 10.1016/j.jamda.2014.05.013

Wigg, J. M. (2010). Liberating the wanderers: using technology to unlock doors for those living with dementia. Sociology of Health & Illness, 32(2), 288-303. doi: 10.1111/j.1467-9566.2009.01221.x

Wimberger, M. (2014). Validation und Lebensqualität von Pflegepersonen. Verständnis für die Lebenssituation von desorientierten Menschen. ProCare, 2014(6-7), 20-23.

Ziegler, U., & Doblhammer, G. (2009). Prävalenz und Inzidenz von Demenz in Deutschland – Eine Studie auf Basis von Daten der gesetzlichen Krankenversicherungen von 2002. Rostock: Rostocker Zentrum – Diskussionspapier.

Zimmerman, S., Anderson, W., Brode, S., Jonas, D., Lux, L., Beeber, A., Sloane, P. (2012). Comparison of Characteristics of Nursing Homes and Other Residential Long-Term Care Settings for People With Dementia. Comparative Effectiveness Review, 79, 1-190.