

Aus dem Institut der Medizinischen Fakultät, Institut der Gesundheits- und Pflegewissenschaft, der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
(Direktor/Direktorin: Prof. Dr. Johann Behrens)

Psychische, kognitive und wirtschaftliche Effekte in der Betreuung dementer Bewohner/Innen durch Alltagshelfer nach § 87b SGB XI

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades
Doktor rerum medicarum (Dr. rer. medic.) für das Fachgebiet
Gesundheits- und Pflegewissenschaft

vorgelegt
der Medizinischen Fakultät
der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

in Essen

Eröffnungsdatum: 13.09.2011
Datum der Verteidigung: 07.05.2013

von Eva-Maria Rexhausen

geboren am 28.02.1960

Gutachter/Gutachterin:

1. Prof. Dr. Johann Behrens
2. Prof. Dr. Wilfried Mau
3. PD Dr. Horst Gerhard (Essen)

Meiner verstorbenen Mutter gewidmet,
die immer für mich da war
und für die ich,
besonders in den letzten Jahren
ihrer Demenzerkrankung,
da sein konnte.

Referat

Seit 2008 können stationäre Pflegeeinrichtungen zusätzliche Mittel für die Alltagsbegleitung demenzkranker Bewohner erhalten. Die meisten Einrichtungen machen hiervon Gebrauch, dennoch sind die Effekte auf die emotionale und kognitive Befindlichkeit von dementiell erkrankten Bewohnern nicht systematisch untersucht. In einem Kontrollgruppendesign wurden Effekte der Alltagsbegleitung über zehn Monate erfasst und ausgewertet. Die Tätigkeit der Alltagshelfer wirkt sich positiv deutlich auf die emotionale Befindlichkeit (Geriatric Depression Scale) und die kognitive Leistungsfähigkeit (Minimal Mental State Test) der dementen Bewohner/Innen aus. Auch verbessern sich verschiedene objektive Kriterien medizinischer Versorgung. Außerdem werden durch die Tätigkeit der Alltagshelfer auch die anderen Mitarbeiter entlastet. Weitere Studien sollten klären, ob eine weitergehende Intensivierung der Tätigkeit der Alltagshelfer noch weiterreichende Effekte erzielen können. Diese sollten vor dem Hintergrund des demographischen Wandels und der weiter steigenden Bedeutung der Lebensqualität auch mit Wirtschaftlichkeitsbetrachtungen verknüpft werden. Praktisch bedeutsam im Hinblick auf eine effektive und effiziente Ausrichtung der Tätigkeit der Alltagshelfer ist zudem die Frage, nach einer weiter differenzierten Ausgestaltung des Angebots je nach Schwere der Demenz der Bewohner.

Rexhausen, Eva-Maria: Psychische, kognitive und wirtschaftliche Effekte in der Betreuung dementer Bewohner/innen durch Alltagshelfer nach § 87b SGB XI
Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Dissertation, 59 Seiten, Erscheinungsjahr: 2011

1 Einleitung

Demenzerkrankungen gehören weltweit zu den häufigsten Erkrankungen im Alter. Die mittlere Prävalenzrate beträgt bei den über 65jährigen weltweit 7,2%, hinzu kommen noch Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen, die nicht oder noch nicht die Kriterien der Demenz erfüllen (Mahlberg und Gutzmann 2009, S. 3). Für Deutschland wird sogar eine Prävalenzrate von 10% bei der über 65jährigen Bevölkerung angegeben (Hasselbeck, 2008, S. 17), das entspricht zwischen 700.000 und einer Million Menschen bzw. rund 1% der Gesamtbevölkerung (Martin und Schelling, 2005, S. 13). Dies ist mindestens die Hälfte aller pflegeabhängigen Menschen in Deutschland insgesamt (Niemann-Mirmehdi, 2009, S. 244). Demenzerkrankungen stellen daher auch einen wesentlichen Kostentreiber im Gesundheitswesen der Industrienationen dar (Wimo, Jonsson und Winblad 2006, S. 175). Hinzu kommt, dass das Demenzrisiko mit steigendem Lebensalter stark ansteigt: Beträgt es bei den 65jährigen noch rund 1%, so sind rund ein Drittel der über 90jährigen von der Demenz betroffen. Vor dem Hintergrund der stark gestiegenen und immer weiter steigenden Lebenserwartung der Menschen in den Industrieländern wird daher für die Zukunft ein weiterer starker Anstieg der Demenzerkrankungen erwartet, so gehen Schätzungen für Deutschland von rund drei Millionen Demenzkranken im Jahre 2050 aus (Martin und Schelling, 2005, S. 13).

Bei der Demenzerkrankung handelt es sich um eine chronisch oder fortschreitend verlaufende, nicht reversible Erkrankung des Gehirns, die mit einer Beeinträchtigung vieler höherer kognitiver Funktionen wie Gedächtnis, Denken, Urteilsvermögen, Auffassung und Orientierung verbunden ist (Dilling, Mombour und Schmidt, 2010, S. 63; Hasselbeck, 2008, S. 17). Demenzerkrankungen können unterschiedliche Ursachen zugrunde liegen. Die kognitiven Beeinträchtigungen können unterschiedliche Schweregrade einnehmen und von leichten Einschränkungen der selbständigen Lebensführung bis zur vollständigen Aufgabe von Alltagsfunktionen reichen (Martin und Schelling, 2005, S. 14). Des Weiteren treten häufig Komorbiditäten im Zusammenhang mit Demenz auf, zwei Drittel aller Demenzerkrankten weisen mindestens eine depressive Episode auf (Mahlberg und Gutzmann 2009, S. 3). Auch verschiedene Formen von Verhaltensauffälligkeiten wie etwa Aggressivität sind häufig (Teichtmann, 2007, S. 54). Oft resultieren sie aus der Schwierigkeit des Bewohners, seine Erkrankung zu akzeptieren.

Der Vielfalt der Erscheinungsformen der Demenzerkrankung entspricht eine ebensolche Vielfalt der Versorgungssituation. Etwa 60% der Demenzkranken leben in Privat-

haushalten und werden hauptsächlich von Angehörigen versorgt, zum Teil aber auch durch ambulante Pflegedienste oder auch durch eine teilstationäre Versorgung unterstützt. Etwa 40% der Demenzkranken leben in Institutionen. Dabei hängt die Versorgung deutlich von der Schwere bzw. dem Stadium der Erkrankung ab (Niemann-Mirmehdi, 2009, S. 245). Demenzkranke stellen über 50% der Bewohner in Pflegeheimen und stellen damit die wichtigste Zielgruppe stationärer Begleitung dar (Bär, 2008, S. 11).

Die Planung und Durchführung der häuslichen, ambulanten oder stationären Pflege sollte zielorientiert erfolgen. „Ziele“ sind das, was der Bewohner und seine Angehörigen hoffen erreichen zu können (Linck, 2002, S. 21). Neben der körperlich-medizinischen Versorgung, die lange Zeit nahezu alleiniges Ziel der Pflege war (Bär, 2008, S. 11), steht hierbei immer mehr auch die Lebensqualität im Vordergrund (Knauff, 2004, S. 65f.), dies auch vor dem Hintergrund der erwähnten steigenden Lebenserwartungen. Beispielhaft lassen sich vier Kategorien von Lebensqualität im Alter formulieren: Selbständigkeit, Selbstverantwortung, bewusst angenommene Abhängigkeit und Mitverantwortung (Kruse, 2008, S. 5). Dabei gilt es, soviel Selbständigkeit und Selbstverantwortung wie möglich zu bewahren, andererseits aber die nicht vermeidbare Abhängigkeit wahrzunehmen und anzunehmen. Häufig werden diese Ziele jedoch nicht oder unvollständig umgesetzt, weil es an niedrighwelligen Angeboten fehlt, die mit relativ geringer Unterstützung den weitgehenden Erhalt von Selbständigkeit und Selbstverantwortung sicherstellen könnten.

Beispielsweise werden Interessen und Kontakte mangels Begleitmöglichkeiten, ein Garten oder eine Wohnung mangels Pflegemöglichkeiten aufgekündigt (Niemann-Mirmehdi, 2009, S. 245). Der hiermit verbundene Verlust an Lebensqualität kann erheblich sein.

Was aber bereits im ambulanten Bereich problematisch sein kann, gilt umso mehr im stationären Bereich. Zum einen ist die Übersiedlung ins Heim mit einem Verlust der vertrauten Umgebung und dem gewohnten Lebensrhythmus verbunden (Teichtmann, 2007, S. 40), was gerade für demente Bewohner eine nicht nur emotional, sondern auch kognitiv belastende Situation darstellt. Zum anderen sind im stationären Bereich wegen der meist größeren Schwere der Erkrankung, aber auch aufgrund institutioneller Rahmenbedingungen die Möglichkeiten des Bewohners zu Selbständigkeit und Selbstverantwortung noch stärker herabgesetzt. Einfache Wünsche, die von dementen Bewohnern geäußert werden, wie etwa, einmal in die Kirche, ins Konzert oder in ein Café zu gehen, oder einfach nur spazieren zu gehen, werden unerfüllbar, denn spätestens

mit dem Umzug in ein Heim oder in eine betreute Wohngemeinschaft brechen in der Regel alle Wege und Kontakte – mit Ausnahme derer zu den engsten Angehörigen – ab (Niemann-Mirmehdi, 2009, S. 257).

Besonders seit den 1990er Jahren ist eine Reihe von Konzepten entwickelt worden mit dem Ziel, die Lebensqualität der Betroffenen im stationären Bereich zu verbessern. Hierzu gehören architektonische Konzepte, veränderte stationäre Betreuungsformen wie etwa stationäre Wohngemeinschaften und Wohngruppen (Myllymäki-Neuhoff, 2009, S. 262f.) bzw. Special Care Units (Teichtmann, 2007, S. 306f.), der Aufbau sozialer Netzwerke und die Entwicklung demenzspezifischer Behandlungs- und Betreuungstechniken (Martin und Schelling, 2005, S. 184f.). Aber gerade stationär lebende Demenzerkrankte profitieren von diesen Strukturen oft in geringerem Maße, weil die Betreuungsaufwände bei fortgeschrittener Demenz sehr hoch werden und mit entsprechend hohen Kosten verbunden sind, aber auch, weil die Möglichkeiten der Aktivierung bei fortgeschrittener Demenz, wie sie bei Bewohnern in Pflegeheimen überproportional häufig besteht, zunehmend eingeschränkt sind (Teichtmann, 2007, S. 43).

Die Verbesserung der Lebensqualität gerade stationär lebender demenzkranker Menschen wird schon seit langer Zeit von den Fachverbänden diskutiert und gefordert (z.B. Spitzenverbände der Pflegekassen, 2008). Aber erst mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wurde im Jahre 2008 mit einer Betreuungs-Richtlinie gemäß §87b SGB XI für Pflegeheime die finanzielle Grundlage geschaffen, um eine niedrighschwellige und damit auf breiterer Basis umsetzbare Betreuung der Demenzkranken im Sinne einer Steigerung der Lebensqualität zu ermöglichen (Fahlbusch, 2008, S. 26f.). Danach können vollstationäre Pflegeeinrichtungen zusätzliche Betreuungskräfte (Alltagshelfer) für Heimbewohner einsetzen, die dauerhaft in ihrer Alltagskompetenz eingeschränkt sind. Hierdurch können Formen der Alltagsbegleitung realisiert werden, die der beschriebenen oft sehr starken Einschränkung von Selbständigkeit und Selbstverantwortung bei demenzkranken Bewohnern entgegenwirken. Darüber hinaus kann hierdurch eine entlastende und unterstützende Wirkung auf das Pflegefachpersonal und gegebenenfalls auch auf Angehörige erreicht werden. Diese Entlastung kann sich wiederum ebenfalls positiv auf die Beziehung zwischen Pflegefachpersonal und Bewohnern auswirken.

Obwohl die gesetzliche Grundlage zur Finanzierung dieser Alltagsbetreuung seit nunmehr drei Jahren vorliegt, liegen systematische Untersuchungen des Effekts der Betreuung durch die Alltagshelfer auf die Lebensqualität der dementen Bewohner bisher nicht vor (BMG, 2010, S. 2). Es gibt eine Reihe – vor allem auch internationaler - Stu-

dien zur niedrigschwelligen Alltagsbegleitung und Betreuung dementer Bewohner (z.B. Ballard et al. 2001, 2002, Fossey et al. 2006, Techtmann 2007, S. 306f., Zimmermann et al. 2005). Die Ergebnisse sind ermutigend, aber die Vergleichbarkeit dieser Studien zur Betreuung durch Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI ist zum Teil schwer zu beurteilen. Aber auch die Möglichkeit der Verallgemeinerung bisheriger Erfahrungen zum Einsatz von Betreuungskräften ist in vielen Fällen unklar, weil zum Konzept des „Alltagsbegleiters“ sehr unterschiedliche Konzepte und Qualifizierungsmodelle verfolgt werden. Die Praxis und die Ausbildung ist trotz der Zertifizierung unübersichtlich (Döbler 2009, S. 10-11). Allerdings legen bisherige Erfahrungen nahe, dass für eine qualitativ hochwertige Betreuung ein erheblicher Schulungsbedarf der Alltagshelfer besteht, anderenfalls drohen Frustration bei den betroffenen Mitarbeitern und Mehrarbeit bei den Pflegefachkräften und den weiteren Mitarbeitern (George 2010).

Darüber hinaus aber scheint bisher noch kaum systematisches Wissen darüber zu bestehen, ob die Alltagsbegleitung nach § 87b die gewünschten positiven Auswirkungen auf die Lebensqualität der dementen Bewohner hat, insbesondere auch über einen größeren Zeitraum hinweg betrachtet.

2 Zielstellung

Die vorliegende Arbeit will dazu beitragen, die skizzierte Forschungslücke zu schließen. Ziel der Arbeit ist es, den Effekt von Alltagsbegleitern nach § 87b SGB XI auf die kognitive und emotionale Befindlichkeit demenzkranker Bewohner über einen längeren Zeitraum hinweg zu untersuchen.

Darüber hinaus sollen auch Aufschlüsse über die Belastungssituation der Mitarbeiter gewonnen werden, die mit den dementen Menschen arbeiten, die durch Alltagshelfer betreut werden. Während es im deutschsprachigen Raum eine ganze Reihe von Arbeiten zur Belastungs- und Beanspruchungssituation in der Altenpflege gibt (z.B. Hasselhorn et al. 2005) und auch die Belastungssituation speziell der Alltagshelfer untersucht wurden (Kwiatkowski, 2010), hat die Wahrnehmung der Tätigkeit der Alltagshelfer durch das Pflegefachpersonal bisher weniger Beachtung gefunden. Diese Frage ist jedoch relevant, weil davon auszugehen ist, dass die Rückwirkungen der Tätigkeit der Alltagshelfer auf das Pflegefachpersonal wiederum das Belastungserleben insgesamt und damit auch die Beziehungen zu den dementen Bewohnern beeinflussen.

Somit verfolgt die vorliegende Arbeit zwei Ziele:

- Ermittlung der längerfristigen Wirkung der Tätigkeit von Alltagshelfern auf die kognitive und emotionale Befindlichkeit dementer Bewohner,
- Ermittlung der Wahrnehmung dieser Tätigkeit durch die weiteren Mitarbeiter wie z.B. das Pflegefachpersonal.

Die Arbeit ist wie folgt aufgebaut. Im folgenden Kapitel wird der theoretische Hintergrund dargestellt. Neben einer Klärung relevanter Begriffe werden bisher vorliegende empirische Ergebnisse diskutiert. Als Ergebnis dieses Kapitels werden Hypothesen zur Wirkung der Tätigkeit der Alltagshelfer abgeleitet. Die darauf folgenden Kapitel „Material und Methoden“, „Ergebnisse“ und „Diskussion“ beschreiben die durchgeführte empirische Untersuchung. Die Diskussion leitet zudem Empfehlungen für die Praxis ab und gibt einen Ausblick auf weiteren Forschungsbedarf. Das letzte Kapitel fasst die Ergebnisse zusammen.

3 Theoretischer Hintergrund

Dieses Kapitel besteht aus vier Abschnitten. Zunächst wird auf das Krankheitsbild der Demenz und auf dementengerechte Versorgungskonzepte eingegangen. Gemäß der vorliegenden Thematik liegt der Schwerpunkt hierbei auf der Alltagsunterstützung. Anschließend werden die rechtlichen Grundlagen der Förderung von Betreuungskräften (§ 87b SGB XI) und die mit dieser Förderung verfolgten Intentionen näher erläutert. Im dritten Abschnitt werden empirische Ergebnisse zur Betreuung dementer Bewohner dargestellt und diskutiert. Schließlich werden im vierten Abschnitt Hypothesen zur eigenen Untersuchung formuliert.

3.1 Demenz und dementengerechte Versorgungskonzepte

3.1.1 Das Krankheitsbild der Demenz

Der Begriff der Demenz bezeichnet ein breites Spektrum von Erkrankungen. Ihnen gemeinsam aber ist ein Krankheitsbild, bei dem die Gehirnsubstanz chronisch fortschreitend abgebaut wird, so dass es zu einer Beeinträchtigung des Gedächtnisses und anderer Funktionen des Gehirns kommt, insbesondere zu einem kontinuierlichen Verlust intellektueller Fähigkeiten (Weißbach, 2010, S. 7-8). In den späteren Stadien sind die Beeinträchtigungen meist so schwerwiegend, dass die Alltagsbewältigung deutlich erschwert oder gar unmöglich ist. Neben dem Verlust intellektueller Fähigkeiten kommt es auch zu Persönlichkeitsveränderungen und verschiedenen Komorbiditäten, auf die hohe Prävalenz von Depressionen bei dementen Personen wurde bereits hingewiesen. Weitere häufige demenzassoziierte Symptome sind Veränderungen im Schlaf-Wach-Rhythmus sowie Aggressivität und psychotische Symptome (Hasselbeck, 2008, S. 18-19). Diese nicht-kognitiven Veränderungen sind einerseits Folge der hirnorganischen Erkrankung, andererseits entstehen sie auch aus der Wechselwirkung zwischen der dementen Person und ihrer Umwelt. Beispielsweise kann Aggressivität die Folge einer Verkennung der Situation sein, wenn z.B. eine Bezugsperson als bedrohlicher Fremder wahrgenommen wird (Hasselbeck, 2010, S. 19). Aggressive oder depressive Reaktionen bzw. Reaktionen der Trauer, Kränkung, Angst oder Wut oder auch Scham (Maier et al. 2009, S. 20) können aber auch als Folge der kognitiven Beeinträchtigungen oder der Reaktion der Mitwelt auf diese entstehen, die

die demente Person insbesondere in den früheren Stadien selbst wahrnimmt (Martin und Schelling, 2005, S. 88f. und S. 186f.).

Es werden verschiedene Stadien bzw. Schweregrade sowie Formen der Demenz unterschieden. Bei den Stadien werden drei Gruppen definiert (Dilling, Mombour und Schmidt, 2010, S. 64; Hasselbeck, 2008, S. 18, Linck, 2002, S. 11f.):

- Leichte Demenz: Die Betroffenen können Alltagsaktivitäten wie Ankleiden, Essen, Hygiene usw. noch weitgehend selbständig bewältigen, haben jedoch bei komplexeren und vor allem neuen Aktivitäten (z.B. regelmäßige Einnahme von Medikamenten) Schwierigkeiten, die sie auch bewusst wahrnehmen. Abstraktions- und Urteilsfähigkeit sind beeinträchtigt, die Bewohner leiden zudem unter Rechenstörungen und Wortfindungsproblemen.
- Mittelschwere Demenz: Die Namen vertrauter Personen werden durcheinandergebracht oder vergessen, Gegenwart und Vergangenheit werden nicht mehr klar unterschieden. Bei Alltagsaktivitäten wie Waschen und Anziehen ist Unterstützung erforderlich, insgesamt sind alle Symptome der leichten Demenz weiter verschlechtert. Charakteristisch ist ferner eine Zunahme der motorischen Unruhe.
- Schwere Demenz: Es sind kontinuierliche Aufsicht und Pflege erforderlich. Die Mobilität ist stark eingeschränkt (Gangstörungen), und grundlegende Lebensfunktionen wie Nahrungsaufnahme und Kontinenz gehen verloren. Sprachliche Äußerungen werden zunehmend seltener bzw. sind kaum noch verständlich.

Eine weitere Unterscheidung besteht zwischen primären und sekundären Demenzen (Weißbach, 2010, S. 9). Primäre Demenzen entstehen direkt im Gehirn, sie sind nicht reversibel und können nicht wesentlich aufgehalten werden. Sekundäre Demenzen sind Folgeerkrankungen etwa von Hirntumoren, Depressionen oder Stoffwechselstörungen, etwa beim Morbus Parkinson (Hasselbeck, 2008, S. 21) sowie Intoxikationen etwa durch Alkohol oder psychotrope Substanzen. Primäre Demenzen machen 80 bis 90% aller Demenzen aus.

Wesentliche Formen primärer Demenzen sind die Demenz vom Alzheimer-Typ, die vaskuläre Demenz, die Lewy-Körperchen-Demenz und die Fronto-temporale Demenz (Hasselbeck, S. 20f., Martin und Schelling, 2005, S. 14f.). Die Demenz vom Alzheimer-Typ wird mit etwa zwei Drittel der Demenz-Fälle am häufigsten diagnostiziert. Sie geht mit typischen neuropathologischen Veränderungen durch Ablagerungen (Plaques und Verklumpungen) im Gehirn einher (Dilling, Mombour und Schmidt, 2010, S. 65). Die

neurophysiologischen Veränderungen können Jahre – manchmal Jahrzehnte – auftreten, bevor erste klinische Symptome erkennbar werden. Je früher die Alzheimer-Demenz einsetzt, desto schwerer ist im Allgemeinen der Verlauf. Vaskuläre Demenzen sind demgegenüber Folgen cerebraler Durchblutungsstörungen infolge von Gefäßverengungen oder Kreislauffunktionsstörungen sowie von Gefäßverschlüssen durch Thrombusbildungen. Die vaskuläre Demenz zeichnet sich durch einen fluktuierenden und sehr individuellen Verlauf aus, da dieser sehr davon abhängt, welche Hirnareale betroffen sind. Anders als bei der Alzheimer-Demenz kann die Symptomatik über Jahre stagnieren, auch vorübergehende Besserungen sind möglich. Die Lewy-Körperchen-Demenz ist durch charakteristische Veränderungen im Gehirngewebe gekennzeichnet. Die kognitiven Störungen fluktuieren im Anfangsstadium oft stark, in späteren Stadien bestehen hingegen kaum noch Unterschiede zum Morbus Alzheimer. Die frontotemporale Demenz schließlich ist durch einen isolierten Schwund von Nervengewebe im Stirn- und Scheitellappen des Gehirns gekennzeichnet. Auch diese Variante unterscheidet sich von der Alzheimer-Demenz vor allem im Verlauf in der Anfangsphase, da hier geringere Beeinträchtigungen der räumlich-visuellen Wahrnehmung zu verzeichnen sind.

3.1.2 Versorgungskonzepte im stationären Bereich

Die stationäre Versorgung demenzkranker Personen hängt neben den wirtschaftlichen bzw. personellen Möglichkeiten von den Zielsetzungen dieser Versorgung ab. Als wesentlich werden vor allem drei Zielsetzungen angesehen (Teichtmann, 2007, S. 189f.):

- Stabilisierung bzw. Erhalt der funktionalen Alltagsfähigkeiten der dementen Bewohner, Störungen sollen minimiert und die Autonomie der Betroffenen maximiert werden. Ein wesentliches Ziel hierbei besteht darin, die Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) wie Nahrungsaufnahme oder Körperpflege aufrechtzuerhalten und auch die Fähigkeit und das Interesse an alltagspraktischen Tätigkeiten wie Kochen oder Gartenarbeit möglichst lange aufrechtzuerhalten.
- Verringerung demenztypischer Störungen wie Agitation und Aggression, welche für die Betroffenen, aber auch für Mitbewohner, Pflegepersonal und Angehörige mit erheblichen Belastungen verbunden sein können (Blom und Duijnste, 1999, S. 24f.). Als wesentlich hierfür gilt die Vermeidung sowohl von Über- als auch von Unterforderungszuständen.
- Verringerung der Häufigkeit physischer und pharmakologischer Fixierungen. So wird eine nach wie vor zu unkritische Verschreibungspraxis von Psychophar-

maka an demente Bewohner moniert, welche zu ernststen Schädigungen führen kann (Ballard et al. 2002, S. 141, Fossey et al., 2006, S. 1).

Aus einer umfassenderen Perspektive können alle drei Zielsetzungen als Beiträge zu einer Verbesserung der Lebensqualität dementer Bewohner aufgefasst werden. Unter „Lebensqualität“ können dabei Lebensbedingungen verstanden werden, die zu einem positiven subjektiven Wohlbefinden einhergehen (Niemann-Mirmehdi, 2009, S. 239).

Bei den Versorgungskonzepten sind nun der medizinische Ansatz, der therapeutische Ansatz und der psychosoziale Ansatz zu unterscheiden (Mahlberg und Gutzmann, 2009, S. 185f., Techtmann, 2007, S. 182f.). Der medizinische Ansatz betrachtet die Demenz in erster Linie aus medizinischer bzw. biologischer Perspektive. Er gilt als unverzichtbare Grundlage weiterer Versorgungsansätze, wird jedoch dort kritisiert, wo eine Konzentration auf die pharmakologische Behandlung der krankheitsassoziierten Symptome zu stark im Vordergrund steht (Fossey et al., 2006, S. 1). Das therapeutische Modell ist darauf gerichtet, durch individuelle Behandlung das kognitive, soziale und physische Leistungsvermögen zu konservieren oder gar zu verbessern. Grundlegend ist hierbei die Annahme, dass durch Training der geistige Abbau verlangsamt werden kann. Beispielsweise werden durch kognitive Trainings bzw. Gedächtnistrainings die Merkfähigkeit und Erinnerungsfähigkeit der dementen Bewohner regelmäßig trainiert (Gräßel, Großfeld-Schmitz und Eichenseer, 2009, S. 197). Es sind sowohl individuelle als auch Gruppentrainings möglich, und diese werden auch praktiziert.

Während beim medizinischen Modell und auch beim therapeutischen Modell die krankheitsbedingten Defizite der dementen Bewohner im Vordergrund stehen, ist das psycho-soziale Modell bestrebt, die Person und ihre Beziehungen zu ihrer sozialen Umwelt in ihrer Einmaligkeit wahrzunehmen. Ziel ist ähnlich wie beim therapeutischen Ansatz auch hier, die Unabhängigkeit bzw. Selbständigkeit der Bewohner zu fördern bzw. zu bewahren und ihre Teilhabe am sozialen Geschehen zu unterstützen. Anders als etwa beim medizinischen Ansatz werden hierbei jedoch Risiken und Gefährdungen des Bewohners in Kauf genommen, soweit sie noch vertretbar erscheinen (Techtmann, 2007, S. 188). Der psychosoziale Ansatz ist somit eher ganzheitlich orientiert. In diesem Rahmen sind verschiedene Konkretisierungen entwickelt worden, wie beispielsweise das Konzept der personenzentrierten Pflege nach Kitwood (Martin und Schelling, 2005, S. 184, Müller-Hergl, 2000, S. 6). Dabei werden gegenüber den dementen Bewohnern Nähe, Geborgenheit und soziale Verbundenheit signalisiert, die Betroffenen werden soweit wie möglich in ein normales Leben eingebunden. Kombiniert werden kann dieser Ansatz durch weitere Maßnahmen wie die Validation, die Ermutigung und

die Retrogenese. Bei der Validation werden Aussagen demenzbetroffener Menschen akzeptiert, statt sie mit der Realität zu konfrontieren, denn letztere kann für den Bewohner eher verstörend und damit schädlich sein (Raskind, 1997, S. 350). Ermutigung bezieht sich darauf, den Bewohner zu befähigen und zu ermutigen, so viel wie möglich für sich selbst und auch für andere zu tun, beispielsweise kleine Aufgaben zu übernehmen, und Freiheitseinschränkungen so gering wie möglich zu halten. Retrogenese bezeichnet den Versuch, die Kommunikation auf die jeweils individuellen Möglichkeiten des Bewohners einzustellen, um Unterforderung, aber ebenso auch Überforderung zu vermeiden. Allgemeiner betrachtet, ist die Betreuung auf den jeweiligen Verlauf der Demenz abzustimmen. Dies wird auch etwa im „Drei-Welten-Konzept“ (Matin und Schelling, 2005, S. 186) angestrebt, wobei die Anregungen zur Alltagsbewältigung sich eng am Verlauf der Demenz orientieren. Vor dem Hintergrund der Tatsache, dass diese Verläufe nicht einfach zu diagnostizieren und auch diskontinuierlich sein können, stellt dieses Konzept für das betreuende Personal eine beträchtliche Herausforderung dar.

Deutlich wird auch, dass die Ansätze psychosozialer Versorgung eines erheblichen Maßes an niedrigschwelliger Begleitung und Intervention bedürfen. Personenzentrierte Pflege, Validation oder Ermutigung sind Aspekte des sozialen Miteinanders, die nicht als punktuell therapeutische Maßnahmen zu konzipieren sind, sondern die im Alltag des dementen Bewohners „gelebt“ werden müssen. Dazu bedarf es auf Seiten des Pflegepersonals sozialer Kompetenz und kommunikativer Fähigkeiten, Beobachtungsgabe und Wahrnehmungsfähigkeit, Empathie und Beziehungsfähigkeit, Kreativität und Flexibilität sowie auch Gelassenheit im Umgang mit herausforderndem Verhalten dementer Bewohner.

Die Reform des Pflegegesetzes zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz im SGB XI war ein Ansatz, diesem Bedarf Rechnung zu tragen. Mit der Einführung eines Anspruchs vollstationärer Einrichtungen auf Finanzierung zusätzlichen Betreuungspersonals wurde eine deutliche Verbesserung der Betreuung demenziell erkrankter Pflegeheimbewohner erwartet (Bundestag, 2008, S. 100).

3.2 Förderung von Betreuungskräften nach § 87 b SGB XI

Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vom 28.5.2008 wurde insgesamt eine Stärkung des niedrigschwelligen Bereichs in der ambulanten und stationären Pflege angestrebt. Die Situation dementer Bewohner – auch – im vollstationären Bereich wurde bis dahin als wenig befriedigend angesehen. So wurde zwar bereits von der Psychiatrie-

Enquete-Kommission der Bundesregierung im Jahre 1975 eine Verbesserung der Situation gefordert, und in den folgenden Jahrzehnten entstanden zahlreiche Modellprojekte, jedoch ohne dass ein flächendeckendes Angebot an adäquaten Versorgungsstrukturen für demente Bewohner etabliert werden konnte (Wagner, 2002, S. 82). Spezielle Demenzstationen oder auf Demenz spezialisierte Tagespflegeeinrichtungen und Beratungsstellen gingen nach Ablauf der jeweiligen Projektlaufzeit meist nicht in den Regelbetrieb über (Wagner, 2002, S. 82).

Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz von 2008 wurde nun ein Schritt in die Richtung unternommen, die Lebensqualität demenzkranker Bewohner flächendeckend zu verbessern. Der § 87 b SGB XI sieht für vollstationäre Dauer- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen einen Anspruch auf die Vereinbarung leistungsgerechter Zuschläge zur Pflegevergütung zur zusätzlichen Aktivierung und Betreuung von Heimbewohnern mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung vor (Fahlbusch, 2008, S. 31). Dies sind wie oben dargestellt, mehrheitlich demente Bewohner. Als Orientierungsgröße ist dabei für je rund 25 demenziell erkrankte Heimbewohner eine Betreuungskraft vorgesehen (Bundestag, 2008, S. 100).

Nach anfänglicher Zurückhaltung der Pflegeeinrichtungen wurde von der neuen Möglichkeit des § 87 b SGB XI zusehends Gebrauch gemacht. Im April 2010 lagen fast 8600 Verträge über den Einsatz der zusätzlichen Betreuungskräfte vor, das sind fast 80% der zugelassenen stationären Pflegeeinrichtungen (BMG, 2010, S. 3). Damit wurden rechnerisch rund 12.000 zusätzliche Vollzeitstellen geschaffen.

Voraussetzung für die Inanspruchnahme der Vergütung nach § 87 b SGB XI ist, dass für die Betreuungstätigkeit zusätzliches sozialversicherungspflichtiges Personal eingesetzt wird und die Heimbewohner wie vorgesehen über die erforderliche Versorgung hinaus zusätzlich betreut und aktiviert werden. Darüber hinaus war die Gewährung dieser Leistung an die Erfüllung von Richtlinien zur Qualifikation und zu den Aufgaben dieser Betreuungskräfte geknüpft; diese Richtlinien wurden vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen verbindlich beschlossen (GKV-Spitzenverband, 2008). In ihr sind Grundsätze der Arbeit und der Aufgaben der Betreuungskräfte sowie Anforderungen definiert. Zu den Aufgaben gehören unter anderem verschiedene aktivierende Tätigkeiten wie Malen und Basteln, handwerkliche Arbeiten und leichte Gartenarbeiten, Kochen und Backen, Bewegungsübungen, Besuch kultureller Veranstaltungen, Lesen und Vorlesen. Des Weiteren werden zur Prävention sozialer Isolation Gruppenaktivitäten und Einzelbetreuung sowie eine quantitative Verbesserung der Sozialbetreuung gefordert. Deutlich wird anhand dieses Aktivitäten-Katalogs, dass im Sinne der oben

genannten Zielsetzungen stationärer Versorgung soziale Kontakte und Aktivitäten zum Erhalt von Alltagsfähigkeiten und – je nach Schweregrad der Erkrankung – von Interessen so gefördert werden sollen, dass eine Unterforderung (und auch Überforderung) der dementen Bewohner vermieden wird und bestehende Fähigkeiten und Interessen konserviert oder gar weiterentwickelt werden. Im Einzelfall kann dies z.B. auch bedeuten, dass der Bewohner Kontakte zu Institutionen wie Banken oder Behörden ganz oder teilweise noch selbst unterhält (Wingchen, 2004, S. 212). Die Anforderungen an die Betreuungskräfte schließlich entsprechen den oben bereits genannten: Soziale Kompetenz und kommunikative Fähigkeiten, Beobachtungsgabe und Wahrnehmungsfähigkeit, Empathie und Beziehungsfähigkeit, Kreativität und Flexibilität, sowie die erforderliche Gelassenheit und psychische Stabilität. Die Qualifikation der Betreuungskräfte umfasst ein Orientierungspraktikum, eine aus 160 Unterrichtsstunden bestehende Qualifizierungsmaßnahme (Basis- und Aufbaukurs Betreuungsarbeit, Betreuungspraktikum) sowie regelmäßige Fortbildungsmaßnahmen (GKV-Spitzenverband, 2008). Allerdings– hierauf wurde schon kurz hingewiesen - verfolgen die Bildungsträger trotz dieser verbindlichen Qualifizierungsrichtlinien sehr unterschiedliche Konzeptionen und Modelle der Qualifikation, so dass die Ausbildungsqualität entsprechend schwer einschätzbar ist. Problematisch scheint in diesem Zusammenhang auch, inwieweit angesichts der Ansiedlung des Berufsbildes der Betreuungskräfte im Niedriglohnsektor der intendierte Professionalisierungsschub erfolgen kann (Döbler, 2009, S. 11).

3.3 Empirische Ergebnisse zur Betreuung dementer Bewohner

Das Aufgaben- und Qualifikationskonzept der Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI fußt auf einer Reihe empirischer Ergebnisse und Erfahrungen zu niedrighwelliger Betreuung dementer Bewohner im internationalen Rahmen. Allerdings wurde selbst auf internationaler Ebene konstatiert, dass über längerfristige Wirkungen niedrighwelliger Angebote auf die Lebensqualität dementer Bewohner nur wenige Studien vorliegen (Zimmerman, 2005, S. 133). Im Folgenden sollen einige dieser Ergebnisse referiert und diskutiert werden.

Zimmerman et al. (2005) untersuchten 421 stationäre demente Bewohner in 45 Pflegeheimen aus verschiedenen Staaten im Osten der USA. Daten wurden sowohl auf der Ebene der Einrichtung insgesamt (z.B. Personalschlüssel, Demenz-spezifische Einrichtungen) als auch auf der Ebene der konkreten Tätigkeiten der Mitarbeiter erhoben. Die Bewohner beantworteten Fragen zu ihrer Lebensqualität, und die kognitiven Funktionen wurden unter anderem mit dem Mini-Mental State Exam (MMSE) bzw. Mi-

ni-Mental State Test (MMST) erhoben. Darüber hinaus wurden Verhaltensprotokolle mit dem Dementia Care Mapping (DCM) erhoben (Zimmerman et al., 2005, S. 136). Durch regelmäßige Beobachtung im festgelegten Rhythmus wird hierbei z.B. festgestellt, wie die dementen Bewohner ihren Tag verbringen. Das im vorliegenden Zusammenhang relevante Ergebnis der Studie zeigte, dass der Demenz-spezifische Ausbildungsstand der Mitarbeiter zu einer deutlichen Verbesserung der Lebensqualität der dementen Bewohner beitrug. Eine zentrale Rolle spielte hierbei die Anregung und Ermutigung der Bewohner zu Aktivitäten unterschiedlicher Art. Die Lebensqualität der dementen Bewohner wurde darüber hinaus durch positiv wertschätzendes Verhalten der Mitarbeiter positiv beeinflusst. Dadurch nahm auch die Aggressivität und herausforderndes Verhalten der dementen Bewohner ab, und als weiteres Resultat konnte die Medikation ohne nachteilige Folgen verringert werden.

Ballard et al. (2002) untersuchten die Wirksamkeit eines psychiatrischen Beratungsdienstes mit Schwerpunkt Demenz, der für sechs verschiedene Einrichtungen Beratungsleistungen bereitstellte. Jede Einrichtung wurde einmal wöchentlich aufgesucht und supervidiert. Ziel war es, die Demenz-bezogenen Kenntnisse der Mitarbeiter zu verbessern. Auch hier wurden die dementen Bewohner unter anderem mit dem MMSE sowie dem Dementia Care Mapping untersucht. Eine Verbesserung der Lebensqualität konnte hier zwar nicht direkt nachgewiesen werden, aber der Abbau der sprachlichen Fähigkeiten war in den supervidierten Einrichtungen verlangsamt, und auch die Menge der verabreichten Neuroleptika ging zurück, ohne dass sich klinische Symptome verschlechtert hätten. Eine relativ wenig aufwändige, „niedrigschwellige“ Qualifikation des Personals hatte hier also bereits deutlich positive Effekte.

Diese Effekte scheinen wesentlich auf eine Verbesserung der emotionalen Befindlichkeit der Bewohner zurückzuführen sein. Darüber hinaus konnte aber in anderen Studien auch nachgewiesen werden, dass ein Gedächtnistraining bei leichterem Demenz (MMSE / MMST-Werte nicht unter 18) wirkungsvoll sein und sich positiv auf die kognitiven Funktionen auswirken kann (Yesavage et al., 1981). Auch andere Studien wie z.B. Breuil et al. (1994) sowie Moore et al. (2001) konnten zeigen, dass eine „unspezifische kognitive Stimulation“ über eine längere Zeit (in der Studie von Breuil et al, 1994, waren es fünf Wochen) zu signifikanten Verbesserungen der Gedächtnisleistung bei leicht bis mittelschwer dementen Personen führte. Dieser positive Effekt kognitiver Anregungen konnte somit in mehreren Untersuchungen aufgezeigt werden.

Allerdings legen diese Ergebnisse auch nahe, dass positive Effekte der Betreuung nur so lange zu erwarten sind, wie eine qualifizierte Betreuung anhält. Wird diese Betreu-

ung reduziert oder entfällt sie gar, so verschlechtert sich die Situation des Bewohners oft rasch. Die Aktivierung muss stets neu angeregt werden (Raskind, 1997, S. 349).

Fossey et al. (2006) stellen den alleinigen Nutzen von Qualifikation für die Verbesserung der Pflege dementer Bewohner allerdings in Frage: Diese sei notwendig, aber nicht hinreichend. Fossey et al. (2006) ergänzten die Wissensvermittlung durch ein Skill-Training, wobei anregende und wertschätzende Verhaltensweisen gegenüber den dementen Bewohnern sowie eine ganzheitliche Sichtweise im Sinne der personenzentrierten Pflege trainiert wurden. Dieses Training wurde durch Supervision flankiert. Auch hier wurde ein Kontrollgruppendesign mit 12 Einrichtungen und insgesamt 173 Bewohnern eingesetzt. Die Bewohner der trainierten und supervidierten Gruppe benötigten während des Trainings ebenfalls zunehmend weniger Neuroleptika. Bezüglich des sozialen Rückzugs und der Lebensqualität fanden sich allerdings keine Unterschiede.

Weitere, allerdings indirekte Evidenz für die Wirksamkeit niedrigschwelliger Aktivierung dementer Bewohner – verbunden mit positiver Wertschätzung – wurde in Großbritannien gefunden. In einer Studie zu zehn privaten und sieben öffentlichen Pflegeheimen (Ballard et al., 2001) wurden demente Bewohner ebenfalls mit dem Dementia Care Mapping beobachtet. Die Bewohner verbrachten 17% der Zeit schlafend, 30% der Zeit sozial zurückgezogen bzw. nicht aktiv mit einer Tätigkeit befasst. Sie verbrachten lediglich 3% der Zeit mit konstruktiven Aktivitäten. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass in 12 (rund 70%) der 17 Einrichtungen radikale Verbesserungen erforderlich seien. Keiner der Einrichtungen konnten annähernd befriedigende Pflege-Standards bescheinigt werden, da die dementen Bewohner nur einen Bruchteil ihrer Zeit mit konstruktiven Tätigkeiten verbrachten. Die Studie zeigt, dass ohne Anregungen und Aktivierungen der Bewohner eine qualitativ befriedigende Pflege nicht möglich ist.

Zusammenfassend betrachtet, legen die Ergebnisse nahe, dass die Vermittlung von Wissen über Demenz im „niedrigschwelligen“ Bereich wichtig, aber nicht ausreichend ist. Vielmehr scheint es notwendig, dass die Wissensvermittlung durch konkretes Training und Supervision ergänzt wird. Die Betreuer müssen Fragen und Probleme klären können und die Möglichkeit haben, Unsicherheiten abzubauen.

Andererseits darf die Möglichkeit einer Alltagsbegleitung nicht dazu führen, dass intensivere, professionelle Interventionen wie etwa Therapieangebote abgebaut werden. In einer Studie zu agitiertem Verhalten dementer Bewohner zeigten Müller und Staudinger (2010), dass ein multimodales Behandlungsprogramm aus Bewegungstherapie, Snoezelen und Musiktherapie zu einer kontinuierlichen Abnahme agitierter Verhal-

tensweisen führte. Wichtig ist im vorliegenden Zusammenhang die Tatsache, dass die Kontrollgruppe aus alltagsbetreuten dementen Bewohnern bestand. Die Ermutigung und Anregung zu Aktivität seitens der Alltagsbegleiter erwies sich hier also allein nicht als ausreichend, um aggressives Verhalten wirksam zu reduzieren. Allerdings nahm die Aggressivität der dementen Bewohner in der Kontrollgruppe über die Zeit hinweg sogar zu – ein Ergebnis, das die oben beschriebenen Untersuchungen nicht berichten. Einschränkend ist zu erwähnen, dass die Stichprobe in der Untersuchung von Müller und Staudinger (2010) sehr klein war: Jeweils $n = 8$ für Interventionsgruppe und Kontrollgruppe. Ferner scheint das Alter der Interventionsgruppe mit durchschnittlich 89 Jahren sehr hoch.

Eine wichtige, bisher nicht sehr stark beachtete Frage bezieht sich auf die eigentliche Wirkung niedrigschwelliger Aktivierung und Anregung über die direkte Wirkung hinaus. So ist denkbar, dass das Pflegefachpersonal durch die zusätzlichen niedrigschwelligen Angebote eher eine Entlastung erfährt. Andererseits sind hier komplexe Wechselwirkungen möglich, so fand Kwiatkowski (2010) eher eine Zunahme der Belastung der Pflegefachkräfte infolge des Einsatzes von „87b“-Kräften, also Alltagshelfern. Hierfür sind unterschiedliche Gründe denkbar, die von Kwiatkowski (2010, S. 42f.) zum Teil nahegelegt werden. Hierzu gehören eine Erhöhung der Aufgabenvielfalt für die Pflegefachkräfte, zusätzliche Belastungen durch die Einarbeitung und Supervision der Alltagshelfer, eine Abnahme des Tätigkeitsspielraums für die Pflegefachkräfte infolge der Übernahme der niedrigschwelligen Aktivierungen der dementen Bewohner durch die Alltagshelfer, stärker fordernde Vorgesetzte oder auch Belastungen im Sozialklima, möglicherweise durch Probleme bei der Kompetenzabgrenzung oder bei der Organisation.

3.4 Fazit und Hypothesen

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass niedrigschwellige Betreuungsangebote die Lebensqualität und zum Teil auch die kognitiven Funktionen sowie den Einsatz von Neuroleptika positiv beeinflussen. Des Weiteren legen die internationalen Studien nahe, dass von kognitiver Anregung wie z.B. Gedächtnistraining vor allem die weniger schwer dementen Personen profitieren. Darüber hinaus nehmen die Aggressivität und weitere Verhaltensprobleme bei niedrigschwelligen Betreuungsangeboten auch dann nicht zu, wenn die Gabe von Neuroleptika reduziert oder auf diese gar ganz verzichtet wird. Diese positiven Effekte sind aber nur zu erwarten, wenn die Alltagshelfer erstens sowohl theoretisch geschult werden, als aktivierendes und wertschätzendes Verhalten

auch praktisch trainieren können und bei Fragen und Problemen Unterstützung erfahren. Da schließlich die Entwicklung einer positiven Wertschätzung und von Gefühlen der Geborgenheit vermutlich Zeit benötigt, sind solche Effekte erst nach einiger Zeit zu erwarten. Aufgrund der niedrigschwelligen Betreuungsangebote sollte ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess einsetzen. Es werden somit die folgenden Hypothesen formuliert:

H1: Die Betreuungsangebote der Alltagshelfer beeinflussen die Lebensqualität dementer stationärer dementer Bewohner positiv.

H2: Die Betreuungsangebote der Alltagshelfer beeinflussen die kognitiven Funktionen dementer stationärer dementer Bewohner positiv.

H3: Die Betreuungsangebote der Alltagshelfer beeinflussen die kognitiven Funktionen weniger schwer dementer Personen stärker positiv, als die kognitiven Funktionen stärker dementer Personen.

H4: Eine positive Beeinflussung der Lebensqualität verläuft graduell.

H5: Die kognitiven Funktionen werden graduell positiv beeinflusst.

Darüber hinaus sollten die Betreuungsangebote der Alltagshelfer auch die Arbeit der Pflegefachkräfte und weiteren Mitarbeiter positiv beeinflussen. Zwar sind die Ergebnisse hierzu, wie die Studie von Kwiatkowski (2010) gezeigt hat, nicht eindeutig. Aber es kann davon ausgegangen werden, dass, wenn die oben genannten Probleme nicht vorliegen und die Zusammenarbeit zwischen Pflegefachkräften und Alltagshelfern gut funktioniert, eine Entlastung der weiteren Mitarbeiter eintritt.

H6: Je besser die Zusammenarbeit zwischen Mitarbeitern und Alltagshelfern funktioniert, desto eher empfinden die Mitarbeiter (z.B. Pflegefachkräfte) eine Entlastung durch die Alltagshelfer.

Im nun folgenden Teil werden diese Hypothesen empirisch untersucht. Hypothesen zum Einfluss der Betreuung auf die Reduktion von Medikamenten sowie Pflegeaufwänden wurden wegen der relativ kleinen Stichprobe nicht formuliert, jedoch werden diese Aspekte im empirischen Teil ebenfalls berücksichtigt.

4 Material und Methoden

In diesem Kapitel werden das Studiendesign zur Prüfung der oben formulierten Hypothesen, die Bewohnergruppen (Interventions- und Kontrollgruppe), die Konzeption und Durchführung der Alltagsbetreuung und die Messinstrumente beschrieben.

4.1 Studiendesign

Es wurde ein clusterrandomisiertes Kontrollgruppendesign durchgeführt. Die Bewohner in der Interventionsgruppe wurden zusätzlich durch Alltagshelfer betreut, die Bewohner der Kontrollgruppe hingegen erhielten die reguläre Betreuung durch den sozialen Dienst.

Zur Prüfung der Hypothesen ist einerseits ein Vorher-Nachher-Vergleich von Veränderungen bei den Bewohnern in der Interventionsgruppe und in der Kontrollgruppe, andererseits eine Betrachtung des Verlaufs (Hypothesen H3 und H4) erforderlich. Daher wurde die Studie als Längsschnittstudie mit zehn Messzeitpunkten konzipiert. Dabei wurden die abhängigen Variablen einmal monatlich gemessen. Die Durchführung der gesamten Studie nahm somit zehn Monate (Juni 2010 bis März 2011) in Anspruch.

Als abhängige Variablen wurden pro Messzeitpunkt die Werte auf der Geriatric Depression Scale, GDS) sowie der kognitiven Funktionen (MMST) gemessen. Die Depressionsskala kann als ein Maß der subjektiven Lebensqualität aufgefasst werden, da sie mit dieser in hohem Maße (negativ) zusammenhängt (Marks und Shah, 2006, S. 505). Darüber hinaus wurden noch einige weitere Aspekte von Lebensqualität erhoben (siehe weiter unten).

4.2 Interventions- und Kontrollgruppe

Interventionsgruppe und Kontrollgruppe bestanden aus jeweils 20 dementen Bewohnern. Die Untersuchung wurde über zehn Monate mit monatlicher Messung der abhängigen Variablen angelegt, in dieser Zeit verstarben in beiden Gruppen jeweils drei Bewohner, und jeweils zwei Bewohner nahmen aus anderen Gründen an der Studie nicht weiter teil. Somit liegen pro Gruppe 15 vollständige Datensätze vor.

Die Studie wurde im Seniorenzentrum Marienheim Essen Überrauch gGmbH durchgeführt. Das seit 1977 bestehende Marienheim liegt in einem ruhigen Teil der Stadt Essen und bietet 121 alten Menschen in verschiedenen Wohnbereichen ein Zuhause. Es

bietet gezielt Wohnbedingungen für Menschen mit Demenz, um ihnen ein möglichst individuelles Leben bei gleichzeitig besonderer und individueller Fürsorge und Betreuung zu ermöglichen. Neben der vollstationären Pflege bietet das Seniorenheim eine teilstationäre Tagespflege. Die Untersuchung wurde mit vollstationären Bewohnern aus verschiedenen Wohnbereichen des Seniorenzentrums durchgeführt.

Eine randomisierte Zuteilung dementer Bewohner zu den beiden Gruppen (Interventions- oder Kontrollgruppe) war nicht möglich, weil die Zuordnung von der Antragstellung auf Alltagsbetreuung nach § 87b SGB XI abhängig ist. Um dadurch mögliche Selektionseffekte so weit wie möglich zu minimieren, wurde daher eine Parallelisierung der beiden Gruppen nach Altersstruktur und dem Grad der Erkrankung vorgenommen. Das heißt, dass sich die Interventionsgruppe aus der Antragstellung ergab, die Kontrollgruppe wurde sodann aus den anderen Bewohnern so zusammengestellt, dass sie der Interventionsgruppe hinsichtlich Altersstruktur und Erkrankungsgrad möglichst gleich.

Die Interventionsgruppe wurde des Weiteren in zwei Untergruppen zu je zehn Personen aufgeteilt. Jeder dieser Untergruppen wurde durch einen Alltagshelfer betreut.

Die folgenden Daten zeigen die Vergleiche der beiden Gruppen. Dabei werden nur die Bewohner berücksichtigt, für die vollständige Datensätze vorliegen. In beiden Gruppen fielen wie erwähnt je drei Bewohner durch Tod und zwei weitere Bewohner aus anderen Gründen aus der Studie heraus, so dass hier ein $n_i = 15$ (Interventionsgruppe) und ein $n_k = 15$ (Kontrollgruppe) verbleibt.

Geschlecht: Drei der 15 Bewohner der Interventionsgruppe waren männlich, in der Kontrollgruppe ist es ein Bewohner.

Alter: Das mittlere Alter beträgt in der Interventionsgruppe 84,00 (Standardabweichung: 8,685 Jahre) und in der Kontrollgruppe 85,00 (Standardabweichung: 7,746) Jahre. Der jüngste Bewohner war 66 Jahre, die älteste Bewohnerin 100 Jahre alt. Die folgende Abbildung zeigt das mittlere Alter in beiden Gruppen. Der Unterschied zwischen den Gruppen ist nicht signifikant, $t = -0,333$, $df = 28$, $p = 0,742$.¹

¹ Die statistischen Analysen wurden mit der Statistik-Software SPSS 15 (Statistical Package for the Social Sciences) durchgeführt.

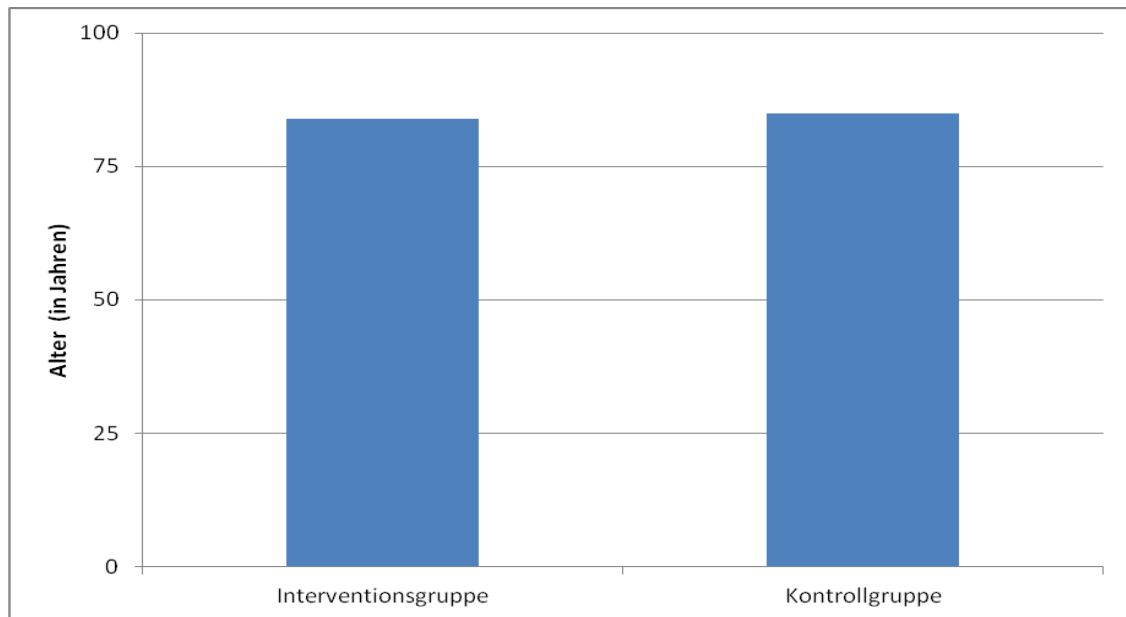


Abb. 1: Mittleres Alter der Bewohner von Interventions- und Kontrollgruppe

Demenz- und Depressionswerte. Bezüglich der kognitiven Funktionen (MMST) und der Depressionswerte (GDS) wurden die je 15 Bewohner der Interventions- und Kontrollgruppe ebenfalls verglichen. Die folgende Tabelle zeigt die Mittelwerte und Standardabweichungen der 30 Bewohner unmittelbar vor Beginn der Studie. Die Mittelwerte von Interventions- und Kontrollgruppe unterscheiden sich initial weder beim MMST ($t = -0,395$, $df = 28$, $p = 0,696$) noch beim GDS ($t = -0,084$, $df = 26$, $p = 0,934$).

| | Gruppe | N | Mittelwert | Standardabweichung |
|--------------|---------------------|----|------------|--------------------|
| MMST initial | Interventionsgruppe | 15 | 10,533 | 3,270 |
| | Kontrollgruppe | 15 | 11,200 | 5,659 |
| GDS initial | Interventionsgruppe | 15 | 7,067 | 2,685 |
| | Kontrollgruppe | 13 | 7,154 | 2,794 |

Tabelle 1: Mittelwerte und Standardabweichungen der kognitiven Werte und Depressionswerte für Interventions- und Kontrollgruppe

Die Verfahren MMST und GDS werden unten genauer beschrieben. Zur Interpretation der angegebenen Werte kann an dieser Stelle jedoch die nachfolgende Tabelle dienen.

Danach ist ein Mittelwert beim MMST von 10 bis 11 als mittelschwere bis schwere Demenz anzusehen. Die Bewohner der Studie waren also in erheblichem Maße von

Demenz betroffen. Ein Depressionswert um 7 auf der Skala GDS ist als leichte bis mäßiggradige Depression anzusehen.

| | | | |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------|--|
| Geriatric Depression Scale (GDS) | | Bewertung | |
| maximal erreichbare Pkt.: 15 | | < = 5 Pkt.: normal | |
| | 6 - 10 Pkt.: leichte bis mäßiggradige Depression | | |
| | > 10 Pkt.: schwere Depression | | |
| Mini-Mental Status Test (MMST) | | Bewertung | |
| maximal erreichbare Pkt.: 30 | | 30 - 27 Pkt.: keine Demenz | |
| | | 26 - 18 Pkt.: leichte Demenz | |
| | | 17 - 10 Pkt.: mittelschwere Demenz | |
| | | ≤ 9 Pkt.: schwere Demenz | |

Tabelle 2: Interpretation der Werte Auf der Geriatric Depression Scale und dem Mini-Mental Status Test

Die Unterschiede zwischen Interventionsgruppe und Kontrollgruppe hinsichtlich MMST und GDS zu Beginn der Studie waren minimal und statistisch nicht bedeutsam ($t = -0,395$, $df = 28$, $p = 0,696$ für den MMST, $t = -0,084$, $df = 26$, $p = 0,984$ für die GDS).

Es soll noch die Verteilung der Bewohner nach dem Schweregrad der kognitiven Beeinträchtigungen und der Depressivität betrachtet werden. Diese Verteilung zeigt die folgende Tabelle.

| | Kognitive Beeinträchtigung (MMST) | | Depressivität (GDS) | | |
|---------------------------|-----------------------------------|---|---------------------|---|---|
| | I | K | I | K | |
| leichte Beeinträchtigung | 1 | 1 | leichte D. | 3 | 4 |
| mittlere Beeinträchtigung | 9 | 9 | mäßige D. | 7 | 7 |
| schwere Beeinträchtigung | 5 | 5 | schwere D. | 5 | 4 |

Tabelle 3: Verteilung der Bewohner nach verschiedenen Schweregraden kognitiver Beeinträchtigung und Depressivität

Die Tabelle zeigt eine nahezu identische Verteilung im Vergleich zwischen Interventionsgruppe und Kontrollgruppe zu Beginn des Treatments.

Zusammenfassend kann also davon ausgegangen werden, dass sich die Bewohner der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe weder hinsichtlich ihres Alters noch hinsichtlich der initialen kognitiven Verfassung und des Depressionsniveaus unterscheiden. Somit können allfällige Unterschiede zwischen den Gruppen im Verlauf bzw. nach dem Treatment auf dieses zurückgeführt werden. Andererseits wird besonders im Hinblick auf die Depressivität auch eine hohe Variabilität deutlich. Bei einer relativ kleinen Stichprobe kann dadurch das Aufdecken von Effekten des Treatments erschwert werden (Schnell, Hill und Esser, 2005, S. 273f.).

4.3 Konzeption und Durchführung der Alltagsbetreuung

Um die Konzeption der in der Studie durchgeführten Alltagsbetreuung transparenter zu machen, ist es sinnvoll, kurz grundsätzlich auf das Pflegekonzept im Seniorenzentrum Marienheim einzugehen. Dieses ist im **Anhang 1** wiedergegeben. Dieses Pflegekonzept entspricht dem Vorgehen, das den Teilnehmern der Kontrollgruppe – wie allen übrigen Bewohnern - zuteil geworden ist. Anhand dieses Konzepts wird deutlich, dass grundlegende Werte und darauf aufbauende Verhaltensgrundsätze wie Akzeptanz des dementen Menschen, Anregung körperlicher und geistiger Aktivität, Erhalt vorhandener Fähigkeiten und insbesondere der Kommunikationsfähigkeit, die Reduktion von Unruhe und Aggression, das Sorgen für Sicherheit und Gesundheit sowie die Angehörigenarbeit bereits integrierter Bestandteil der Arbeit im Marienheim sind.

Alle Bewohner, somit auch die der Kontrollgruppe, erhalten die Leistungen des sozialen Dienstes. Dieser stellt bereits verschiedene Betreuungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten bereit. Erkennbar wird somit, dass bereits das grundlegende Konzept auf die Aufrechterhaltung bestehender Fähigkeiten und auf körperliche und geistige Aktivierung ausgelegt ist, und dass darüber hinaus Akzeptanz und Wertschätzung des Bewohners als zentrale Faktoren für die Herstellung und Aufrechterhaltung von Lebensqualität angesehen werden.

Vor diesem Hintergrund stellt die Alltagsbetreuung für die Bewohner der Interventionsgruppe keine grundlegende qualitative Veränderung der Betreuung dar. Ziel der Alltagsbetreuung im Seniorenzentrum Marienheim ist es vielmehr, die beschriebenen Ansätze und Aktivitäten weiter zu intensivieren und mit Inhalt auszugestalten. Ihre Tätigkeit ist zudem eng mit der des sozialen Dienstes abzustimmen. Die folgende Übersicht zeigt exemplarisch einen möglichen Tagesablauf. Dieser gilt grundsätzlich sowohl für die Interventionsgruppe als auch für die Kontrollgruppe. Für die Interventionsgruppe werden jedoch die Aktivitäten in den Morgen- und Vormittagsstunden (ab ca. 8.00 Uhr)

und gegebenenfalls gelegentlich auch in den Nachmittagsstunden (ab 15.30 Uhr) um die zusätzlichen Leistungen der Alltagsbetreuer ergänzt.

| Morgens | 6.00 Uhr | 8.30 Uhr | 9.30 Uhr | 10.30 Uhr | 11.30 Uhr | 12.00 Uhr |
|---------|---------------------------|----------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|--------------|
| | Aufstehen und Grundpflege | Frühstück | Morgenlied mit Bewegung, Begrüßung, basale Stimulation | Gedächtnistraining, Beautytag / Massagen, Aktivierung, evtl. Markt-gang, Spa-ziergang | Ab-schlusslied und Verab-schiedung | Mittag-essen |
| Mittags | 13.00 Uhr | 15.00 Uhr | | 15.30 Uhr | | |
| | Mittagsruhe | Kaffee-trinken | | Waffeln ba-cken, Quiz und Rätsel, Massage, Singen, Spie-le | | |
| Abends | 18.00 Uhr | 18.30 Uhr | 19.00 Uhr | 21.00 Uhr | | |
| | Abendessen | Zu Bett gehen | Fernsehen | Schlafen | | |

Tabelle 4: Beispiel eines typischen Tagesablaufs für die dementen Bewohner im Seniorenzentrum Marienheim

Die folgende Tabelle zeigt typische Aufgaben- und Tätigkeitsbereiche der Alltagsbetreuung im Seniorenzentrum Marienheim. Links in der Tabelle befinden sich zentrale Pflegemaßnahmen gemäß dem Konzept Pflege und Betreuung bei Demenz (siehe **Anhang 1**). Rechts sind die Aktivitäten der Alltagsbetreuer dargestellt, die die jeweilige Pflegemaßnahme umsetzen.

| Pflege- maßnahmen | Umsetzung durch Alltagsbetreuung |
|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Orientierung erleichtern | <p>Künstliche Bäume auf dem Wohnbereich pflegen, die nach Jahreszeit verändert werden können</p> <p>Tafeln, die man mit den aktuellsten Tage-Informationen beschreiben kann (Geburtstag eines Bewohners, Datum etc.)</p> <p>Die Tafel könnte jeden Tag oder wochenweise von einem anderen Bewohner beschrieben werden („Tafeldienst“)</p> <p>Gleiche Kulisse sollte sich durch einen Wohnbereich ziehen. Die Alltagsbetreuer unterstützen bei den jahreszeitlichen Dekorationen in den Speiseräumen.</p> |
| Körperliche Aktivität anregen | <p><i>Sport:</i> Kegeln, Sitzfußball, weitere Ballspiele je nach Neigung und Fähigkeit</p> <p><i>Sensorik und Motorik:</i> Sinnspele, Geschmacks- und Geruchssinn</p> <p><i>Kombination motorischer und geistiger Aktivitäten:</i> „Dreiteiliger Befehl“: Drei aufeinanderfolgende Bewegungsabläufe</p> |
| Geistige Aktivität aufrechterhalten Kommunikation erhalten | <p><i>Anregung der Merkfähigkeit:</i> Spiel, bei dem die Bewohner drei bekannte Gegenstände ansehen, dann wird ein Teil entfernt. Welches Teil wurde entfernt? Um ein gutes Ergebnis zu erzielen, sollten alle Merkfähigkeitsspiele täglich durchgeführt werden. Rhythmusspiele</p> <p><i>Aufmerksamkeit und Rechnen:</i> Zahlen ergänzen, Würfelspiele für die Rechenfähigkeit (addieren und subtrahieren)</p> <p><i>Allgemein:</i> Interesse für verschiedene Aktivitäten wecken; Singen</p> <p><i>Benennen:</i> Bildmaterial oder Gegenstände benennen können, Gesichten erkennen und benennen Situationen und Szenen benennen können, Tätigkeiten benennen können</p> <p><i>Wiederholen:</i> Lieder, Sprichwörter, Zitate, Redewendungen, Reime, Gedichte, Märchen</p> <p><i>Schreiben:</i> Jeden Morgen schreiben sich alle Teilnehmer in eine Liste; Info-Tafeldienst</p> <p><i>Wortassoziationsübungen</i></p> <p><i>Pantomime:</i> zur Sprachfähigkeit, zum Erkennen von Situationen oder Berufen etc.</p> <p><i>Abzeichnen:</i> Einfache Gegenstände abzeichnen</p> |
| Erzählungen aus der Vergangenheit anregen / Aufmerksamkeit schenken | <p>Bilder aus der Vergangenheit betrachten</p> <p><i>Erinnern:</i> Zeitreisen</p> <p>Einmal in der Woche einen Nachmittag, an dem jeweils von den Bewohnern Berufe wiedererweckt werden</p> |

Tabelle 5: Pflegemaßnahmen bei Demenz und ihre Umsetzung in der Alltagsbetreuung

Der zeitliche Umfang der Tätigkeit der Alltagshelfer (täglich 8 bis 13 Uhr) verteilte sich wie folgt. Da in der Studie wie erwähnt zwei Betreuungskräfte eingesetzt wurden, ergab sich für die zwischen 16 und 20 Personen der Interventionsgruppe ein Betreuungsaufwand durch die Alltagshelfer von $20 / (25 \cdot 2)$, also knapp einer Dreiviertel Stelle (ca. 25 Wochenstunden) für jede der beiden Betreuungspersonen. Jede der beiden Alltagshelfer konnte im Mittel also etwa fünf Stunden täglich „ihre“ zehn Bewohner betreuen. Die Betreuung fand in der Regel an den Vormittagen werktags statt.

Anhand der in der obigen Tabelle beschriebenen Aktivitäten wurden Aktivitätspläne für die Alltagshelfer gemeinsam mit diesen erstellt. Jeweils in Abstimmung mit den Pflegefachkräften, mit der Pflegedienstleitung, mit dem sozialen Dienst und mit den Angehörigen wurden die Erfahrungen der Alltagsbetreuer und eventuelle Probleme im regelmäßigen Turnus besprochen und ausgewertet, und bei Bedarf wurden Änderungen der Betreuung angeregt und umgesetzt.

Die Qualifikation der Alltagsbetreuer orientiert sich an den schon beschriebenen Vorgaben des GKV-Spitzenverbandes (2008), also der Durchführung eines Orientierungspraktikums, einer aus 160 Unterrichtsstunden bestehenden Qualifizierungsmaßnahme sowie regelmäßigen Fortbildungsmaßnahmen.

Die Kontrollgruppe erhielt vergleichbare Materialien wie die Interventionsgruppe, und ihr stand zur Beschäftigung mit diesen Materialien ein vergleichbarer Zeitrahmen zur Verfügung. Die Betreuung fand jedoch im Rahmen des Üblichen statt, es gab also keine darüber hinausgehende zusätzliche Aktivierung der Bewohner.

4.4 Messinstrumente

Wie beschrieben, sind die Lebensqualität und die kognitive Leistungsfähigkeit der Bewohner die abhängigen Variablen. Die Lebensqualität wird dabei im Sinne subjektiv empfundener Lebensqualität als Abwesenheit von Depressivität operationalisiert. Die abhängigen Variablen (im Sinne der Hypothesen H1 bis H5) sind also die Geriatric Depression Scale, GDS) sowie die kognitiven Funktionen, wobei der Mini-Mental State Test (MMST) verwendet wurde. Hypothese H6 schließlich bezieht sich auf die Zusammenarbeit zwischen Mitarbeitern wie z.B. Pflegefachkräften und Alltagshelfern sowie auf eine wahrgenommene Entlastung seitens der Mitarbeiter. Hierzu wurde ein eigener Fragebogen entwickelt.

4.4.1 Geriatric Depression Scale

Die Geriatric Depression Scale GDS (Sheikh und Yesavage, 1986) ist ein Screening-Verfahren, das mit möglichst geringem Aufwand Hinweise auf das Vorliegen depressiver Symptomatiken bei älteren Menschen geben kann. Es gibt eine Langversion mit 30 Items und eine Kurzversion mit 15 Items. Für letztere sind 15 Punkte erreichbar, wobei höhere Werte für einen höheren Depressivitätsgrad stehen. Als Cut-Off für Altenpopulationen werden 5 Punkte angegeben (Wagner, 2002, S. 134), d.h. bei Werten von mehr als 5 Punkten besteht ein begründeter Verdacht auf Depressivität bzw. auf eine erkennbare Einschränkung der subjektiven Lebensqualität.

Gütekriterien liegen zwar nur für die Langversion vor. Diese sind recht zufriedenstellend, so wurden eine interne Konsistenz von $r = 0.94$ sowie gute Validitäten auch bei der Befragung von Heimbewohnern gefunden (Wagner, 2002, S. 134). Da aber die Kurz- und die Langversion hoch miteinander korrelieren, ist zu vermuten, dass auch die Kurzversion ein brauchbares Instrument darstellt.

Aufgrund der Kürze (15 Items), und weil das Verfahren lediglich einfache Ja / Nein-Antworten vorsieht, ist es auch bei kognitiv beeinträchtigten Bewohnern gut anwendbar (Wagner, 2002, S. 134). Dies war für die vorliegende Studie gerade vor dem Hintergrund der Tatsache, dass zehn Messzeitpunkte vorgesehen waren, wichtige Kriterien.

Allerdings dürfen die Ergebnisse eines GDS-Screenings nicht zur alleinigen Diagnose einer Depressivität verwendet werden (Grüwell, 2006, S. 85-86). Dies war aber im vorliegenden Fall auch nicht beabsichtigt: Ziel war es ja nicht, eine klinische Depression zu diagnostizieren, sondern depressive Symptome im Sinne einer eingeschränkten subjektiven Lebensqualität zu erfassen. Insofern schien die GDS-Kurzversion auch aus diesem Blickwinkel für die vorliegende Studie geeignet und wurde somit eingesetzt. Die Skala ist im **Anhang 2** wiedergegeben.

4.4.2 Mini-Mental Status Test

Der Mini-Mental Status Test (Kessler, Markowitsch und Denzler, 2000) ermöglicht anhand eines einfachen Fragebogens eine Abschätzung des allgemeinen kognitiven Funktionsniveaus eines älteren Menschen (Olbrich, 2004, S. 15). Er besteht aus zehn Aufgabenkomplexen: Orientierung, Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit und Rechnen, Erinnern, Benennen, Wiederholen, Dreiteiliger Befehl, Reagieren, Schreiben und Abzeichnen. Auch der MMST ist im **Anhang 2** wiedergegeben. Beim MMST handelt es sich um ein mit ebenfalls geringem Zeitaufwande durchführbares international verbreitetes

Verfahren, was auch die Vergleichbarkeit der Ergebnisse von Treatment-Studien einfacher macht (Wagner, 2002, S. 126).

Die interne Konsistenz des Tests liegt je nach Setting und Untersuchungsgruppe zwischen $r = 0,62$ und $r = 0,96$. Die Retest-Reliabilitäten sind mit Werten zwischen $r = 0,8$ und $r = 0,95$ (Wagner, 2002, S. 126) ebenfalls befriedigend. Als Cut-Off für den Verdacht auf eine Demenz liegen Werte von 23 bis 24 Punkten (bei 30 erreichbaren Punkten), bei Personen mit niedrigem Bildungsstand wird ein Cut-Off von 21 bis 22 Punkten empfohlen, d.h. der Test ist zum Teil bildungsabhängig. Neuere Untersuchungen legen allerdings eher höhere Cut-Offs von um 24 bis 27 Punkten nahe (Olbrich, 2004, S. 15; Wagner, 2002, S. 126).

4.4.3 Zusammenarbeit zwischen Mitarbeitern und Alltagshelfern

Die Zusammenarbeit zwischen den Mitarbeitern wie etwa den Pflegefachkräften und den Alltagshelfern wurde aus der Sicht der Mitarbeiter explizit erfragt. Darüber hinaus wurden die Mitarbeiter nach dem Verhalten der dementen Bewohner befragt, soweit sich dieses auf die Belastungssituation bezieht. Die Fragen wurden im Sinne eines geschlossenen Fragebogens (Schnell, Hill & Esser, 2005, S. 321f.) als fünfstufige Skala von „trifft zu“ bis „trifft nicht zu“ umgesetzt. Darüber hinaus wurden demographische Informationen erfragt. Die Fragen sind ebenfalls im **Anhang 2** wiedergegeben.

Da die Mitarbeiter des Seniorenzentrums Marienheim in der Regel sowohl mit dementen Personen der Interventionsgruppe als auch der Kontrollgruppe sowie mit weiteren dementen Menschen zu tun haben, die nicht an der Studie teilnahmen, ließen sich die Mitarbeiter den Gruppen nicht eindeutig zuordnen. Darüber hinaus war die Befragung der Mitarbeiter aus organisatorischen Gründen zum Teil erschwert. Deshalb wurden die Fragen an die Mitarbeiter so formuliert, dass sie sich einerseits auf ihre Tätigkeit ohne Unterstützung durch die Alltagsbegleiter (Fragen 1 bis 5), andererseits auf die Arbeitsbedingungen und das Erleben der dementen Bewohner mit Unterstützung durch die Alltagsbegleiter bezogen. Hierbei sind Fragen 6 bis 9 auf die Zusammenarbeit mit den Alltagshelfern gerichtet, Fragen 10 bis 12 auf die Bewohner bezogen. Frage 18 fragt allgemein nach der Einschätzung der Tätigkeit der Alltagsbegleiter durch die Mitarbeiter. Fragen 13 bis 17 schließlich beziehen sich auf die demographischen Angaben.

Die Befragung der Mitarbeiter wurde am Ende des Treatments durchgeführt.

4.4.4 Weitere Aspekte

Darüber hinaus wurden jeweils im Fünfmonatsrhythmus (fünf Monate vor der Studie bis zum Studienbeginn, die ersten fünf Monate der Studie, die zweiten fünf Monate der Studie sowie die fünf Monate nach der Studie) folgende Indikatoren erfasst:

- Stunden verordneter Krankengymnastik und Physiotherapie,
- Zahl der Stürze,
- Zahl der Personen mit Medikamentenbedarf,
- Zahl der Arztbesuche sowie
- Gewichtsänderungen der Bewohner als Indikatoren des Ernährungszustands (diese Variable wurde als Differenz zu Beginn und Ende des jeweiligen Fünfmonatsintervalls erfasst).

4.5 Durchführung der Studie

Nachdem die Alltagsbegleiter ihre Arbeit aufnehmen konnten und die Interventions- und Kontrollgruppe zugeteilt waren und die organisatorischen Rahmenbedingungen (unter anderem Finanzierung, Ethik-Kommission, Organisation der Datenerhebung) geschaffen waren, begann die Durchführung der Studie im Juni 2010. Die Tätigkeit der Alltagsbegleiter wurde in regelmäßigen Abständen supervidiert und im Team abgestimmt. In monatlichem Abstand wurden die Daten der GDS und des MMST von einem Neurologen erhoben und ausgewertet. (Im Januar 2011 konnten aus organisatorischen Gründen keine Daten erhoben werden.) Die Befragung der Mitarbeiter schließlich fand zum Ende der Studie im Februar / März 2011 statt.

5 Ergebnisse

Die Ergebnisse werden sowohl deskriptiv als auch analysierend mit Bezug auf die Hypothesen (siehe Abschnitt 3.4) dargestellt. Zunächst werden die Einflüsse auf die Lebensqualität und die kognitiven Funktionen dargestellt (Hypothesen H1 bis H3). Dann wird auf den graduellen Verlauf eingegangen (Hypothesen H4 und H5). Schließlich wird die Sicht der Mitarbeiter (Hypothese H6) betrachtet.

5.1 Einfluss der Alltagsbetreuung auf Lebensqualität und kognitive Funktionen

Die beiden folgenden Abbildungen zeigen den Entwicklungsverlauf des Grades der Depressivität und der kognitiven Funktionen in der Interventions- und Kontrollgruppe jeweils als Mittelwerte pro Monat.

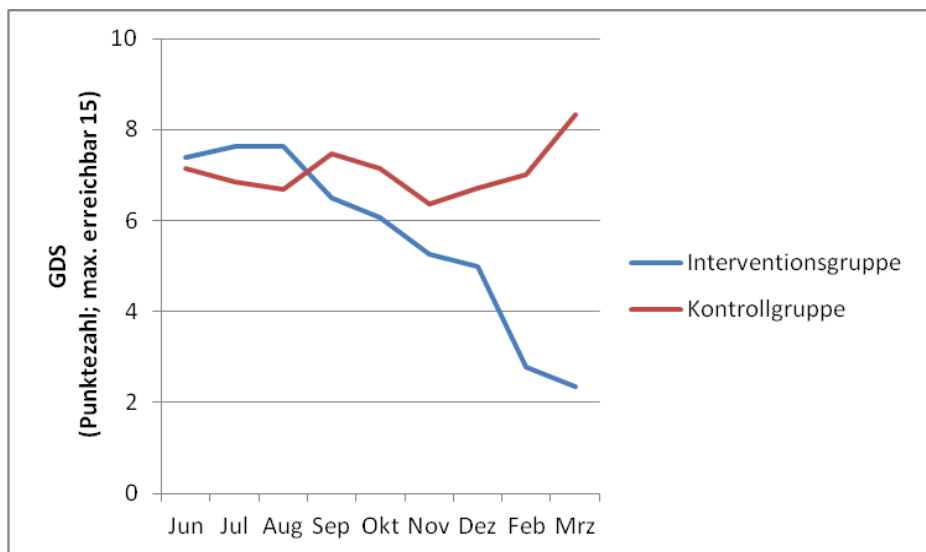


Abb. 2: Entwicklungsverlauf der Depressivität in Interventions- und Kontrollgruppe (GDS)

Die Neigung zu Depressivität im Sinne des GDS liegt initial bei 7,07 (Kontrollgruppe) bzw. 7,15 (Interventionsgruppe), was als leichte bis mäßige Depressionsneigung zu werten ist. Während sich in der Kontrollgruppe dieser Wert nicht wesentlich verändert (8,33 beim letzten Messzeitpunkt), sinkt er in der Interventionsgruppe ab etwa dem vierten bis fünften Monat deutlich und schließlich immer stärker ab und befindet sich im

letzten Drittel des Treatments sogar im unauffälligen Bereich (GDS < 5, zum letzten Messzeitpunkt beträgt der GDS-Wert 2,38).

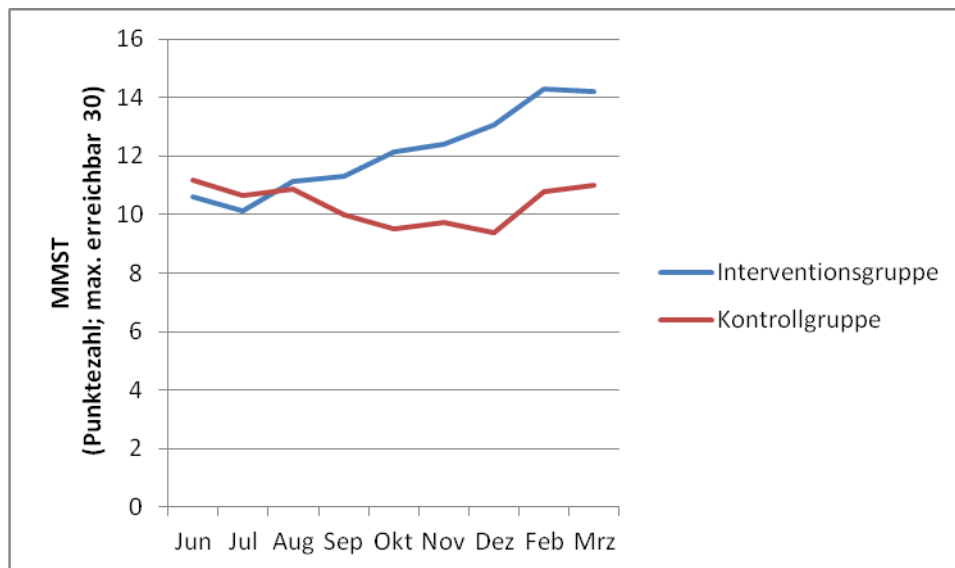


Abb. 3: Entwicklungsverlauf der kognitiven Funktionsfähigkeit in Interventions- und Kontrollgruppe (MMST)

Die kognitive Funktionsfähigkeit liegt zu Beginn des Treatments im Juni 2010 wie oben beschrieben bei 10,53 (MMST-Wert der Interventionsgruppe) bzw. 11,2, was einer mäßiggradigen bis schweren Demenz entspricht. Am Ende des Treatments liegen diese Werte bei 14,21 (Interventionsgruppe) und 11 (Kontrollgruppe). Während sich also der Wert in der Kontrollgruppe nicht verändert hat, ist er in der Interventionsgruppe um etwa drei Punkte angestiegen.

Zur statistischen Analyse wurde im Sinne der Hypothesen H1 und H2 ein Vorher-Nachher-Vergleich für Kontrollgruppe und Interventionsgruppe vorgenommen. Dazu wurden für die GDS-Werte und die MMST-Werte eine zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung auf dem Faktor „Messzeitpunkt“ und der Zwischen-Subjekt-Variable „Gruppe“ (Interventions- oder Kontrollgruppe) nach dem Allgemeinen Linearen Modell gerechnet.

Entscheidend für die Prüfung der Hypothesen H1 und H2 ist die Interaktion: Gruppe – Zeitpunkt. Zum Zeitpunkt vor dem Treatment soll zwischen den Gruppen kein Unterschied bestehen, jedoch zum Zeitpunkt nach dem Treatment. Die Haupteffekte sind dagegen in Bezug auf die Hypothesen nicht relevant.

Für die Depressionswerte (GDS) ergibt sich ein $F = 15,585$, $df_1 = 1$, $df_2 = 21$, $p = 0,001$ (Interventionsgruppe $n_1 = 13$, Kontrollgruppe $n_2 = 10$). Das Ergebnis ist also hoch signifikant. Das Treatment hat eine hoch signifikante Verbesserung der emotionalen Befindlichkeit im Sinne einer Verringerung der Depressivität erbracht. Damit kann Hypothese H1 als bestätigt angesehen werden.

Für die kognitive Leistungsfähigkeit nach dem MMST ist das Ergebnis $F = 47,236$, $df_1 = 1$, $df_2 = 22$, $p < 0,001$ (Interventionsgruppe $n_1 = 13$, Kontrollgruppe $n_2 = 11$). Dieses Ergebnis ist ebenfalls hoch signifikant. Das Treatment hat also auch zu einer hoch signifikanten Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit geführt. Hypothese H 2 kann ebenfalls als bestätigt angesehen werden.

Die beiden folgenden Abbildungen zeigen diese statistische Interaktion auch noch einmal graphisch.

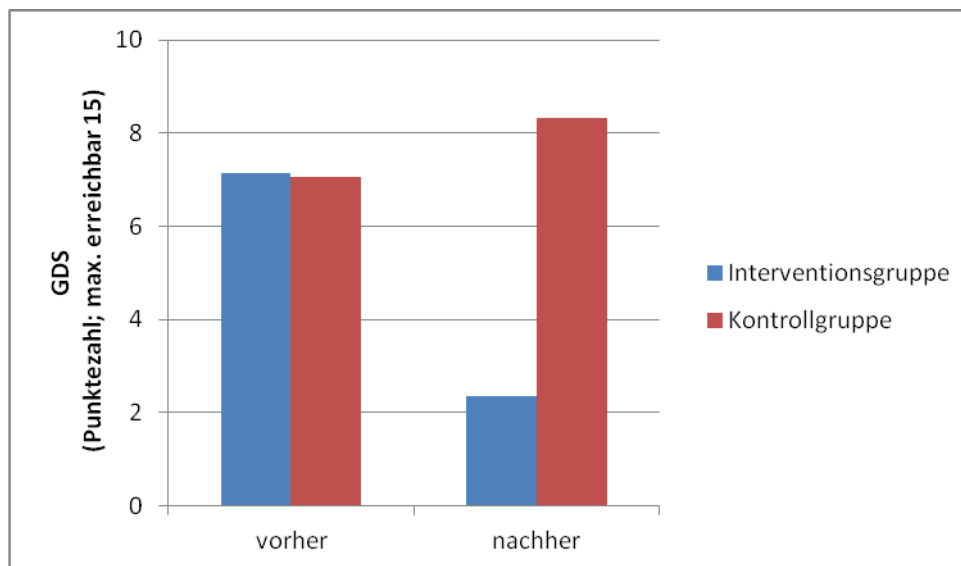


Abb. 4: Vorher-Nachher-Vergleich der Depressionswerte in Interventions- und Kontrollgruppe (GDS)

Vor allem bei den Depressionswerten fällt die deutliche Treatment-bedingte Verbesserung auch optisch ins Auge.

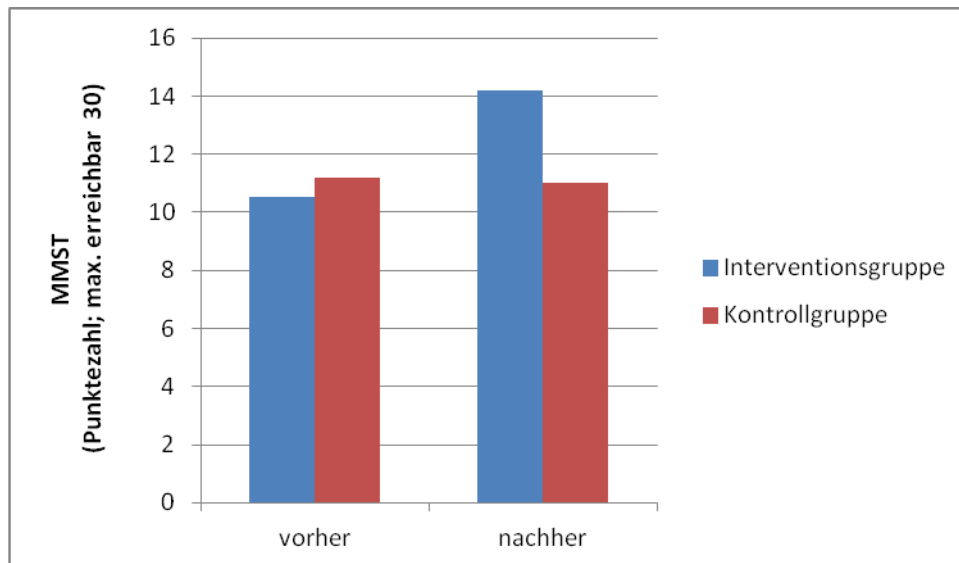


Abb. 5: Vorher-Nachher-Vergleich der kognitiven Funktionsfähigkeit in Interventions- und Kontrollgruppe (MMST)

In den vorangegangenen Analysen wird deutlich, dass sich die Zahl der in die Analysen eingegangenen Bewohner von 30 (15 pro Gruppe) auf 23 bzw. 24 reduziert hat. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Alltagsbegleitung mit einigen Bewohnern nur bis zum Dezember 2010 durchgeführt werden konnte. Daher wurden die gerade beschriebenen Analysen mit dem verkürzten Betrachtungszeitraum Juni 2010 bis Dezember 2010 wiederholt ($n_i = 15$ und $n_K = 13$ für GDS, $n_i = 15$ und $n_K = 15$ für MMST). In diesem Fall wird Signifikanz für GDS (ausgehend von einem 5%-Niveau) knapp verfehlt ($F = 3,926$, $df_1 = 1$, $df_2 = 26$, $p = 0,058$). Für MMST hingegen ist das Ergebnis auch in diesem Fall hoch signifikant ($F = 36,864$, $df_1 = 1$, $df_2 = 28$, $p < 0,001$). Dies könnte darauf hinweisen, dass zur Verbesserung der emotionalen Befindlichkeit eine längere Behandlungszeit benötigt wird.

Hypothese H3 geht davon aus, dass sich die Verbesserungen im kognitiven Bereich insbesondere bei leichter Demenz zeigen. Deshalb war die Wirkung des Treatments auf Personen mit leichter Demenz gegenüber der Wirkung auf Personen mit mäßiggradiger und schwerer Demenz zu untersuchen. Leider erfüllte initial nur eine Person das Kriterium leichter Demenz ($MMST > 17$), so dass auf dieser Basis keine statistische Analyse möglich war. Es wurde daher ein Mediansplit des initialen (pre-Treatment) MMST-Werts vorgenommen und auf diese Weise zwei Gruppen gebildet: „leicht bis mäßig dement“ ($MMST > 11$, $n = 13$) und schwer dement ($MMST \leq 11$, $n = 11$). Die Interaktion $MMST * Gruppe * Mediansplit$ der initialen Demenz ist jedoch nicht

signifikant ($F = 1,084$, $df_1 = 1$, $df_2 = 20$, $p = 0,310$). Möglicherweise ist die Stichprobe für die Identifikation einer dreifachen Interaktion zu klein. Ein separater Vorher-Nachher-Vergleich von Interventionsgruppe und Kontrollgruppe nur für die Bewohner mit einem MMST-Wert von mindestens 12 ergab jedoch ebenfalls signifikante Verbesserungen (für GDS: $F = 8,283$, $df_1 = 1$, $df_2 = 10$, $p = 0,016$; für MMST: $F = 15,11$, $df_1 = 1$, $df_2 = 11$, $p = 0,003$). Allerdings werden die Stichproben mit $n_i = 9$ und $n_K = 5$ so klein, dass diese Ergebnisse kaum noch sinnvoll interpretiert werden können. Insgesamt wird daher die Hypothese H3 zurückgewiesen.

5.2 Entwicklungsverlauf von Lebensqualität und kognitiven Funktionen

Hypothesen H4 und H5 behaupten eine graduell-kontinuierliche Beeinflussung der Lebensqualität und der kognitiven Funktionen infolge des Treatments. Die obigen Abbildungen 2 und 3 scheinen dies auch weitgehend nahezu legen. Um die Hypothese statistisch zu prüfen, wurden pro Person der Interventionsgruppe die Differenzen zwischen je zwei aufeinanderfolgenden Zeitpunkten aufsummiert. Wenn ein Bewohner zu vier aufeinanderfolgenden Messzeitpunkten z.B. die MMST-Werte 10, 11, 12, 11 aufweist, sind dies zwei positive Differenzen (von 10 zu 11 und von 11 zu 12) und eine negative Differenz (von 12 zu 11). Die erwarteten positiven Differenzen (unter der Annahme einer diskontinuierlichen bzw. nicht regelhaften Entwicklung) entsprechen der Hälfte aller Differenzen, die nicht null sind, d.h. Null-Differenzen wurden nicht berücksichtigt. Auf diese Weise ergaben sich über alle 16 Personen hinweg betrachtet 40 positive und 40 negative erwartete Differenzen für GDS sowie ebenfalls 40 positive und negative Differenzen für MMST.

Das Ergebnis für den GDS lautet: $\chi^2 = 3,33$, $df = 1$, $p < 0,1$, n.s., und das Ergebnis für den MMST lautet $\chi^2 = 1,025$, $df = 1$, $p < 0,3$, n.s. Für den GDS ist somit immerhin ein Trend in die erwartete Richtung feststellbar, d.h. durch das Treatment kommt es zu einer nahezu kontinuierlichen Verbesserung der emotionalen Befindlichkeit der Bewohner. Beim MMST ist dagegen keine klare Kontinuität feststellbar, obwohl auch hier positive gegenüber negativen Differenzen überwiegen. Möglicherweise spielen hier andere Faktoren eine Rolle, die zu Tagesschwankungen der aktuellen kognitiven Leistungsfähigkeit beitragen.

Die nachfolgende Tabelle zeigt die erwarteten und beobachteten Häufigkeiten positiver und negativer Differenzen zwischen den Werten jeweils zweier aufeinanderfolgender Zeitpunkte für GDS und MMST.

| GDS | beobachtet | erwartet |
|------------------|------------|----------|
| Verbesserung | 56 | 40 |
| Verschlechterung | 24 | 40 |

| MMST | beobachtet | erwartet |
|------------------|------------|----------|
| Verbesserung | 49 | 40 |
| Verschlechterung | 31 | 40 |

Tabelle 6: Anzahl der Verbesserungen und Verschlechterungen bezüglich GDS und MMST zwischen je zwei aufeinanderfolgenden Zeitpunkten für alle Bewohner der Interventionsgruppe

Insgesamt ist somit für Hypothese H4 ein Trend bzw. eine Tendenz feststellbar. Hypothese H5 dagegen muss verworfen werden.

5.3 Sicht der weiteren Mitarbeiter

Zunächst werden einige deskriptive Ergebnisse dargestellt.

Insgesamt liegen 49 ausgefüllte Fragebögen von Mitarbeitern vor (siehe den Fragebogen im **Anhang 2**: Fragen zur Belastungssituation der Mitarbeiter sowie zur von ihnen wahrgenommenen Zusammenarbeit mit den Alltagshelfern). Die befragten Mitarbeiter waren im Mittel 43,75 Jahre alt (Standardabweichung: 11,813 Jahre). 40 der befragten Personen (81,63%) waren weiblich, fünf waren männlich, vier machten keine Angaben zum Geschlecht.

Die folgende Abbildung zeigt die Berufe der befragten Personen. 11 der befragten Personen sind examinierte Altenpflegerinnen, weitere sieben sind Altenpflegehelferinnen. Hinzu kommen zwei Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und zwei Krankenpflegehelfer, so dass insgesamt 22 Angehörige des Pflegefachpersonals (44,9% der Befragten) befragt wurden. Hinzu kommen zwei weitere Fachkräfte, dies sind Mitarbeiterinnen des sozialen Dienstes.

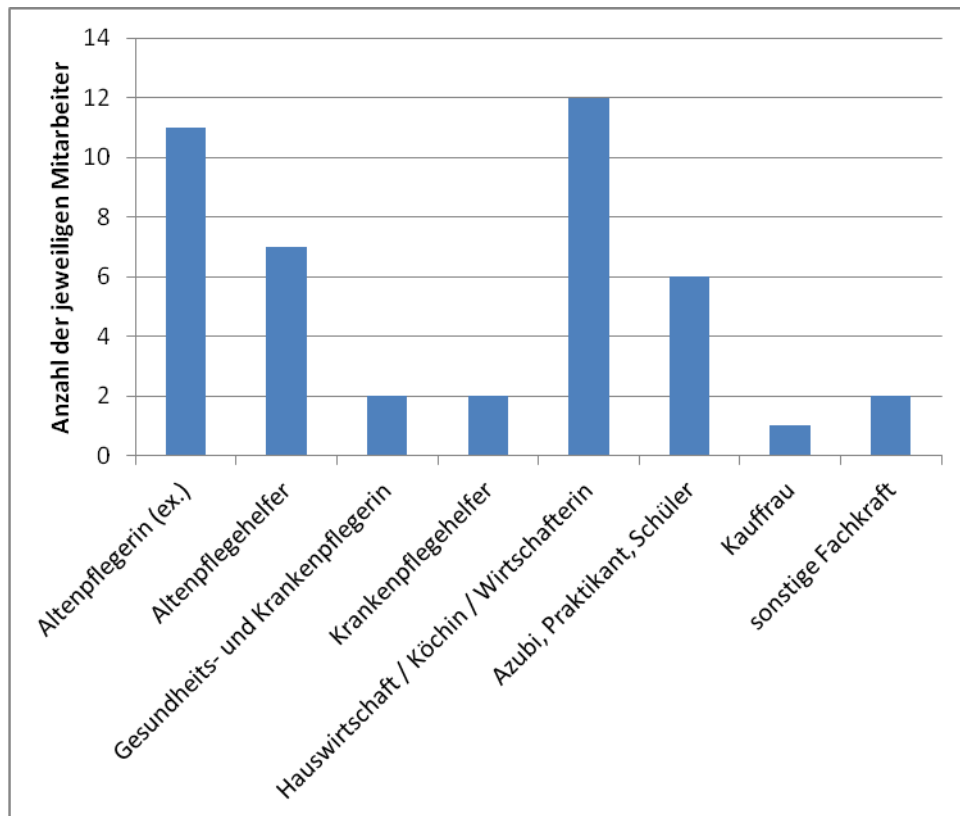


Abb. 6: Berufe der befragten Mitarbeiter

Die befragten Personen haben im Mittel 12,545 Jahre (Standardabweichung: 9,905 Jahre) Erfahrung in ihrem Beruf und arbeiten im Mittel seit 9,833 Jahren (Standardabweichung: 8,207 Jahre) mit dementen Menschen.

Die folgende Abbildung zeigt die Einschätzungen der Personen zu den Fragen. Wie schon erläutert, stehen auf der Skala von 1 bis 5 niedrigere Werte für höhere Zustimmungsraten. Die Mitarbeiter bewerten die Zusammenarbeit mit den Alltagshelfern als eher gut (Mittelwert von 1,653). Sie geben an, dass sie eher in Ruhe arbeiten können, und dass sie eher positive Veränderungen bei der Grundversorgung der Bewohner wahrnehmen. Die Arbeit sei zwar tendenziell mit Stress verbunden (Mittelwert = 2,388), mache aber auch Spaß (Mittelwert = 2,000). Auch die Antworten zu den anderen Fragen liegen tendenziell im positiven Bereich. Die Fragen nach Hilflosigkeit und Überforderung sowie nach starker Belastung werden eher verneint (Mittelwerte von 3,571 bzw. von 3,490). Allerdings sind dennoch eine gewisse Belastung sowie Gefühle der Hilflosigkeit und Überforderung zu erkennen.

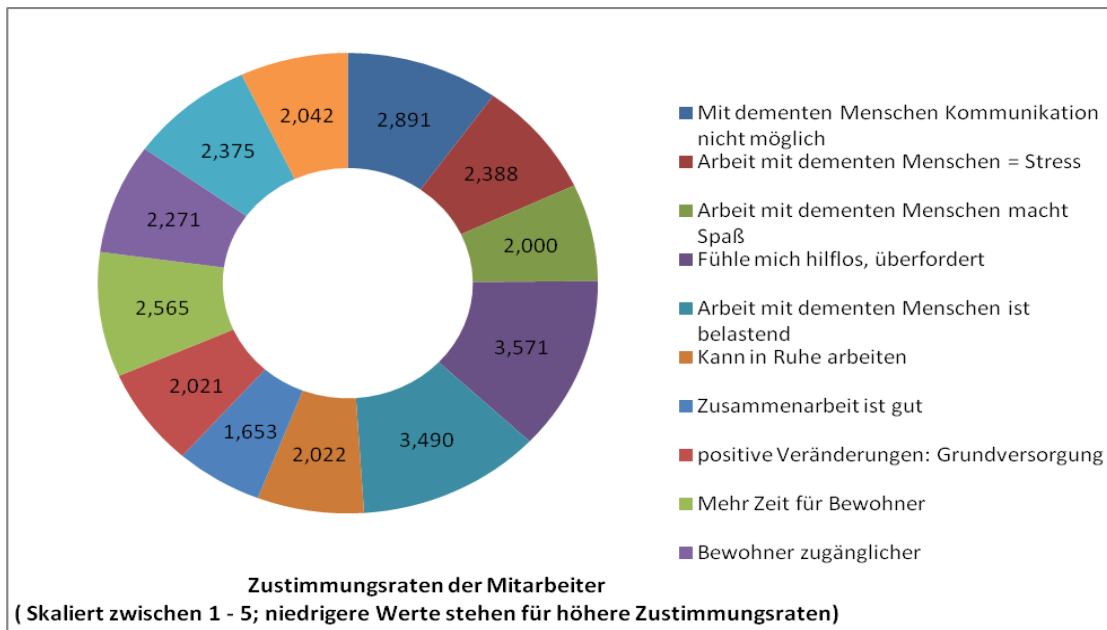


Abb. 7: Einschätzungen der befragten Mitarbeiter zu ihrer Arbeit mit dementen Bewohnern, zur Zusammenarbeit mit den Alltagshelfern und der wahrgenommenen Wirkung auf die Bewohner

Des Weiteren ist hervorzuheben, dass die Frage, ob Alltagsbegleiter eine gute Ergänzung zur Betreuung der dementen Bewohner seien, fast einhellig mit „Ja“ beantwortet wird. 34 (= 69,39%) der Befragten beantworteten diese Frage mit „ja“, die übrigen 15 Personen ließen diese Frage aus. Von den genannten 34 Personen machten 12 Personen weitere, erläuternde Angaben. Diese sind in der folgenden Abbildung zusammengefasst.

So gaben sieben der Befragten an, dass es wichtig sei, dass die Alltagshelfer sowohl am Nachmittag als auch an den Wochenenden tätig seien. Zwei weitere Personen wiesen auf die Bedeutung der Regelmäßigkeit der Betreuung hin. Ebenfalls zwei Personen betonten die Bedeutung einer qualifizierten Schulung der Alltagsbetreuer. Zwei Personen verwiesen explizit auf die Entlastung des Pflegepersonals.

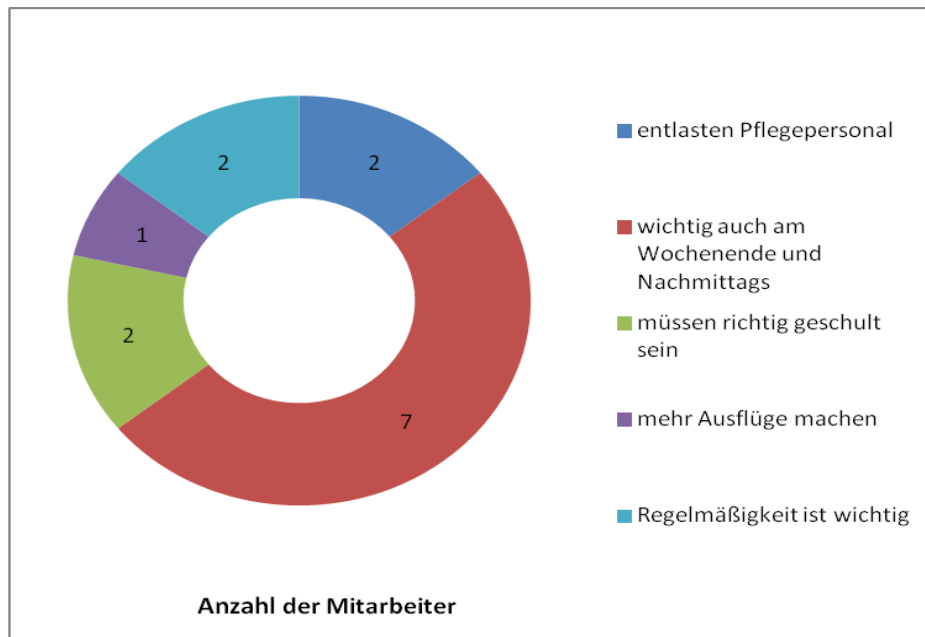


Abb. 8: Ergänzende Erläuterungen der Mitarbeiter zum Einsatz der Alltagshelfer

Zur Prüfung der Hypothese H6, die einen Zusammenhang zwischen der Güte der Zusammenarbeit mit den Alltagshelfern und einer Entlastung der Mitarbeiter annimmt, wurde ein Wert für die wahrgenommene Belastung der Mitarbeiter gebildet. Dazu wurden zunächst die Items 2 (Stress), 4 (hilflos), 5 (belastend), 6 (kann in Ruhe arbeiten), 9 (mehr Zeit für Bewohner), 10 (Bewohner zugänglicher) und 11 (Bewohner lässt sich besser versorgen) einer Faktorenanalyse unterzogen, wobei die ersten drei Items umgepolt wurden, um mit den anderen Items gleichsinnig zu sein, d.h. niedrige Werte stehen für wenig Stress, wenig Belastung, viel Ruhe und Zeit sowie eine gute Versorgungsmöglichkeit der Bewohner. Das Ergebnis der Faktorenanalyse erwies sich jedoch als unbrauchbar. Es ergab sich eine Zweifaktorenlösung (bei Eigenwerten > 1, kumulierte erklärte Varianz 63,417%), die Items luden auf diesen Faktoren zwischen -0.465 und +0.859. Nach Entfernung der ersten drei Items (zu Stress, Hilflosigkeit und Belastung) ergab sich für die vier verbliebenen Items eine befriedigende Faktorenlösung mit nur einem Faktor, der 64,099% der Varianz erklärt. (Die Ladungen der vier Items auf dem ersten Faktor betragen 0.792, 0.811, 0.721 und 0.872). Mit dieser Lösung wurde des Weiteren eine Itemanalyse (Schnell, Hill & Esser, 2005, S. 481f.) bzw. eine Reliabilitätsanalyse durchgeführt. Das Cronbach's Alpha (innere Konsistenz) betrug 0,803, die Item-Skala-Korrelationen (Trennschärfen) betragen 0.611, 0.651, 0.516 und 0.735. Diese Werte schienen allesamt befriedigend. Daher wurden nun pro befragter Person die Werte über diese vier Items aufsummiert. Der somit entstandene Gesamtwert kann

als Maß interpretiert werden, mit dem die Arbeit mit ausreichend Zeit und Ruhe und damit Gelassenheit zum Wohle der Bewohner verrichtet werden kann.

Dieses Maß wurde nun mit dem Item für die Qualität der Zusammenarbeit korreliert. Die Korrelation beträgt 0,464 (Produkt-Moment-Korrelation) bzw. 0,364 (Kendalls Tau) und ist in beiden Fällen hoch signifikant und positiv. Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Qualität der Zusammenarbeit der Mitarbeiter mit den Alltagshelfern und der Ruhe, mit der sie ihre Arbeit verrichten können. Hypothese H6 kann somit als bestätigt angesehen werden.

5.4 Weitere Aspekte

Wie beschrieben, wurden zusätzlich die Stunden verordneter Krankengymnastik und Physiotherapie, die Zahl der Stürze, die Zahl der Bewohner mit Medikamentenbedarf, die Zahl der Arztbesuche sowie der Ernährungszustand (operationalisiert als Gewichtsänderung) jeweils in Fünfmonatszeiträumen erfasst. Da diese Kriterien jeweils nur für einen Teil der Bewohner zutrafen, waren die Stichproben jeweils nur einstellig. Daher wurde hier auf statistische Analysen verzichtet, die Ergebnisse werden jedoch deskriptiv dargestellt. Sie sind in folgender Tabelle enthalten.

| Zeitpunkt | Kranken- und Physiotherapiestunden | | Zahl der Stürze | | Patienten mit Medikamentenbedarf | | Zahl der Arztbesuche | | Ernährungszustand | |
|-----------------|------------------------------------|----------|-----------------|----------|----------------------------------|----------|----------------------|----------|-------------------|----------|
| | Intervention | Kontroll | Intervention | Kontroll | Intervention | Kontroll | Intervention | Kontroll | Intervention | Kontroll |
| 5 Monate vor | 48 | 41 | 18 | 15 | 8 | 7 | 156 | 146 | -4,60 | -13,95 |
| Erste 5 Monate | 11 | 69 | 15 | 14 | 5 | 7 | 107 | 210 | -2,96 | -11,10 |
| Zweite 5 Monate | 2 | 53 | 8 | 8 | 3 | 4 | 55 | 91 | 2,55 | 4,70 |
| 5 Monate danach | 2 | 34 | 4 | 9 | 2 | 4 | 33 | 87 | 17,15 | 4,80 |

Tabelle 7: Veränderungen der Zahl der Stürze, des Bedarfs an Medikamenten, Arztbesuchen und Krankengymnastik- / Physiotherapiestunden sowie des Ernährungszustands in Interventions- und Kontrollgruppe

Die Tabelle zeigt in allen untersuchten Kriterien deutliche Verbesserungen in der Interventionsgruppe. Die Zahl der Kranken- und Physiotherapiestunden reduziert sich im Vergleich der fünf Monate vor dem Treatment zu den fünf Monaten nach dem Treat-

ment von 48 auf 2. Die Zahl der Stürze reduziert sich von 18 auf 4, die Zahl der Arztbesuche von 156 auf 33. Auch die Zahl der Bewohner mit Medikamentenbedarf reduziert sich auf ein Viertel. Der Gewichtsverlust wird gestoppt, das Gewicht steigt im Zeitraum nach dem Treatment sogar erheblich an, vermutlich an. Allerdings verbessern sich zum Teil auch die Werte der Kontrollgruppe, wenn auch weniger dramatisch.

5.5 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Ergebnisse der Hypothesenprüfungen lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Die Betreuungsangebote der Alltagshelfer beeinflussen sowohl die subjektive Lebensqualität (im Sinne einer Reduktion von Depressionsneigung) als auch die kognitive Leistungsfähigkeit der dementen Bewohner positiv. Hypothesen H1 und H2 wurden bestätigt.

Eine differenziell stärker positive Wirkung auf die schwächer dementen Bewohner konnte nicht nachgewiesen werden (Hypothese H3), allerdings schien zur Prüfung dieser Frage das Datenmaterial nicht ausreichend.

Die emotionale Befindlichkeit der Bewohner bessert sich in der Tendenz graduell (Hypothese H4). In Bezug auf die kognitive Leistungsfähigkeit (Hypothese H5) ist dies nicht so stark erkennbar, hier treten stärkere Schwankungen auf. H4 wird deshalb tendenziell angenommen, H5 wird zurückgewiesen.

Die übrigen Mitarbeiter profitieren von der Qualität der Zusammenarbeit mit den Alltagshelfern. Sie können ihre Arbeit mit mehr Zeit und Ruhe verrichten. H6 wird ebenfalls angenommen.

Schließlich reduzieren sich die Zahl der Stürze, die Gabe von Medikamenten sowie von Krankengymnastik- und Physiotherapiestunden und die Zahl der Arztbesuche, und der Ernährungszustand bessert sich.

6 Diskussion

Einleitend waren für diese Arbeit zwei Zielstellungen formuliert worden:

- Ermittlung der längerfristigen Wirkung der Tätigkeit von Alltagshelfern auf die kognitive und emotionale Befindlichkeit dementer Bewohner,
- Ermittlung der Wahrnehmung dieser Tätigkeit durch die anderen Mitarbeiter wie etwa das Pflegefachpersonal.

Beide Fragestellungen können positiv beantwortet werden: Die Tätigkeit der Alltagshelfer wirkt sich positiv auf die emotionale Befindlichkeit und die kognitive Leistungsfähigkeit der demenzen Bewohner aus, und darüber hinaus erfahren auch die anderen Mitarbeiter durch diese Tätigkeit eine Entlastung.

In Bezug auf das erste Ziel hat die Studie deutlich gezeigt, dass die Betreuung dementer Personen durch Alltagshelfer, die im Sinne des § 87b SGB XI tätig sind, sowohl die subjektive Befindlichkeit als auch die kognitiven Funktionen stärken kann. Die Verbesserung der subjektiven Befindlichkeit im Sinne eines Rückgangs der Depressionsneigung scheint in dieser Studie sogar recht beeindruckend, da bereits ab dem dritten Monat der Betreuung ein kontinuierlicher Rückgang der Depressionsneigung zu verzeichnen ist und schließlich ein normal-unauffälliges Niveau erreicht wird. Aber auch die Steigerung der kognitiven Leistungsfähigkeit ist beträchtlich, sie beträgt nach zehn Monaten der Alltagsbetreuung rund drei Punkte des MMST. Bezüglich der zeitlichen Verlaufsmuster werden in dieser Studie jedoch zwei Verlaufsmuster deutlich:

1. Es wird eine gewisse Zeit der Betreuung benötigt, bis sich erste erkennbare Erfolge einstellen. Nach den ersten drei Monaten sind die Unterschiede zwischen der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe zwar bereits erkennbar, aber noch relativ gering. Eine kontinuierliche und regelmäßige Betreuung durch die Alltagshelfer ist also erforderlich. Interessant scheint in diesem Zusammenhang, dass die positive Entwicklung am Ende des Betrachtungszeitraums möglicherweise noch nicht abgeschlossen ist. Um dies zu klären, wären weitere Studien erforderlich.
2. In diesem Zusammenhang ist auch herauszustellen, dass die Alltagsbetreuung in der Regel werktags an den Vormittagen stattfand. Sie führten die Betreuung gemäß den Bestimmungen durch, die eine Finanzierung nach § 87b SGB XI gestatten. Wie oben beschrieben, hatten jedoch mehrere Mitarbeiter darauf

verwiesen, dass eine Betreuung durch die Alltagshelfer auch an den Nachmittagen sowie an den Wochenenden sehr wünschenswert wäre. Möglicherweise ließen sich die positiven Entwicklungen in diesem Fall weiter beschleunigen und / oder in Bezug auf die emotionale Befindlichkeit stabilisieren und in Bezug auf die kognitive Leistungsfähigkeit möglicherweise nochmals weiter steigern.

Allerdings hat die vorliegende Studie auch Grenzen. Zum einen ist auch hier – wie in einer Reihe anderer Studien – die Stichprobe mit 30 Personen recht klein. Zum anderen wurden nur die Bewohner eines Hauses, des Seniorenzentrums Marienheim, untersucht. Dadurch sind spezifische, durch die Einrichtung bedingte Einflüsse auf die Untersuchungsergebnisse denkbar. Solche unbeabsichtigten, systematischen Einflüsse auf die Untersuchungsergebnisse können durch eine repräsentative Stichprobe, die allen Mitgliedern der Grundgesamtheit gleiche Chancen auf Teilnahme an der Studie einräumt (Schnell, Hill & Esser, 2005, S. 267f.), ausgeräumt werden.

Unabhängig von diesen methodischen Fragestellungen wäre es von Interesse, die genauen Wirkungsmechanismen der Tätigkeit der Alltagsbetreuer zu kennen. Dadurch könnte die Arbeit der Alltagsbetreuer noch effektiver und effizienter ausgerichtet werden. So wurden wie oben bereits erwähnt in verschiedenen Studien gezeigt (Gräßel, Großfeld-Schmitz & Eichenseer, 2009; Techtmann, 2007, S. 98; Yesavage, Westphal & Rush, 1981), dass kognitive Stimulation dazu beitragen kann, die kognitiven Funktionen zu trainieren und damit aufrechtzuerhalten bzw. ihren Abbau zu verzögern. Damit erhält die kognitive Anregung und Stimulation in der Tätigkeit der Alltagshelfer eine zentrale Bedeutung. Ein wichtiger, bis heute noch kaum erforschter Aspekt in diesem Zusammenhang könnte aber nun in der Motivation zu der jeweiligen kognitiven Tätigkeit bestehen. So sind bestimmte Tätigkeiten, die die kognitiven Funktionen stimulieren, wie Spiele, das Erzählen von Geschichten, „Zeitreisen“ oder auch das Lösen von Kreuzworträtseln offenkundig „Zeitvertreib“. Empirische Forschung zum Wohlbefinden hat jedoch gezeigt, dass Tätigkeiten dann als besonders erfüllend wahrgenommen werden, wenn mit ihnen ein bestimmter Sinn oder Zweck verbunden wird, wenn die Tätigkeit also als bedeutungsvoll und wichtig wahrgenommen wird (Seligman, Parks & Steen, 2006, S. 277f.). Wenn es nun gelänge, auch einem dementen Menschen bevorzugt solche kognitiven Tätigkeiten vorzuschlagen, mit denen der demente Mensch einen spezifischen Sinn verbindet, dann könnte dies ein weiterer wichtiger Schritt in Richtung auf die Steigerung des Wohlbefindens und der kognitiven Leistungsfähigkeit des dementen Menschen sein. Seligman, Parks & Steen (2006) beschreiben das Erleben von „Flow“, von Eintauchen und Sich-Vergessen in einer als bedeutungsvoll wahr-

genommenen Tätigkeit, als ein wesentliches Element von Wohlbefinden. Es wäre eine wichtige Forschungsfrage, ob es gelingen könnte, auch dementen Menschen solche Erlebnisse zugänglich zu machen. Es wäre sogar denkbar, dass der Aufwand für die Alltagsbetreuung in diesem Fall längerfristig gesehen wieder reduziert werden könnte in dem Maße, wie der demente Mensch aus der Tätigkeit selbst heraus Befriedigung und Empfindungen des Wohlbefindens gewinnen kann.

Auf der anderen Seite wird in der Literatur berichtet (Techtman, 2007, S. 98f.), dass sich kognitive Anregung in erster Linie auf nur gering demente Personen positiv auswirke und stärker demente Personen (MMST < 18) von diesen Anregungen wenig profitierten. Dieser Effekt kann in der vorliegenden Studie nicht gefunden werden, im Gegenteil: Die Bewohner sind im Mittel mäßig bis stark dement, der mittlere MMST-Wert beträgt 11. Nur eine Person überschritt initial überhaupt den Wert von 18. Die Demenz der Bewohner in der vorliegenden Studie ist somit deutlich höher als in den oben zitierten Studien. Dennoch ist in der vorliegenden Studie eine kognitive Verbesserung nachweisbar.

Die Ergebnisse von Moore et al. (2001, S. 244f.) legen jedoch eine Erklärung dieses scheinbaren Widerspruchs nahe: Bei den nur schwach dementen Personen schienen gerade auch neue Erfahrungen das Gedächtnis zu fördern. Sie erinnerten sich an diese Erfahrungen nur unwesentlich schlechter als gesunde Gleichaltrige. Liegt hingegen stärkere Demenz vor, so scheint das kognitive Training dann wirkungsvoller zu sein, wenn es eher an vertrauten Erfahrungen orientiert ist. Die Liste der kognitiv anregenden Tätigkeiten der Alltagshelfer nimmt in erster Linie Bezug auf früher Gelerntes: Rechen- und Schreibfähigkeit, Wiederholen von Redewendungen und Gedichten, Singen, Gesten und Szenen erkennen und benennen, Zeitreisen usw. (siehe im Einzelnen oben Tabelle 5) sind Aktivitäten, die auf gespeicherte Langzeitinformation Bezug nehmen und daher das Gedächtnis für Langzeitinformation fordern, nicht jedoch die Speicherung und den Abruf neuer Information. Wenn die Hypothese richtig ist, dass schwerer demente Personen eher von einem kognitiven Training profitieren, das auf die Nutzung von Langzeitinformation Bezug nimmt, während geringer demente Personen eher von einem kognitiven Training profitieren, das Speicherung und Abruf neuer Information trainiert, dann würde sich hieraus ergeben, dass eine differenzierte Arbeit mit dementen Bewohnern in Abhängigkeit von der Schwere ihrer Demenz angezeigt ist. Dies wiederum würde weitere Anforderungen an die Tätigkeit und somit an die Qualifikation der Alltagshelfer stellen. Diese Fragen bedürfen jedoch weiterer empirischer Forschung.

Möglicherweise könnte auch das Ergebnis zu Hypothese H5, nämlich dass die Steigerung der kognitiven Leistungsfähigkeit weniger gleichmäßig vonstatten zu gehen scheint als die Steigerung des emotionalen Wohlbefindens, darauf zurückzuführen sein, dass die Bewohner dieser Studie im Vergleich zu anderen, oben zitierten Studien relativ schwer demenz sind. Dadurch werden auch Schwankungen in der kognitiven Leistungsfähigkeit leichter möglich (Martin & Schelling, 2005, S. 23f.), die auch klinisch bedeutsam sein können (Teichtmann, 2007, S. 116). Allerdings ist auch zu bedenken, dass das Verfahren MMST lediglich den Verdacht auf Demenz begründen kann und nicht bereits selbst eine eigenständige Diagnose darstellen kann. An Befragungen orientierte diagnostische Verfahren sind immer auch von Tagesschwankungen und anderen zufälligen Faktoren mit abhängig.

Das zweite positive Ergebnis der Studie bezieht sich auf die klare Verbesserung der emotionalen Befindlichkeit der demenzten Bewohner. In diesem Zusammenhang ist auch die entlastende Wirkung der Zusammenarbeit der Alltagshelfer mit den anderen Mitarbeitern auf diese Mitarbeiter bedeutsam, womit die zweite Fragestellung der Arbeit im Sinne von Hypothese H6 (positiv) beantwortet werden konnte. Möglicherweise ist die positive Wirkung auf die subjektive Befindlichkeit der demenzten Bewohner nicht nur auf die Tätigkeit der Alltagshelfer selbst zurückzuführen, sondern auch auf einen insgesamt entspannteren und gelasseneren Umgang des übrigen Personals als Folge der berichteten Entlastung, die sie durch die Alltagshelfer erfahren. Hierfür sprechen auch die Verringerungen bei der Zahl der Stürze, dem Medikamentenbedarf, der Krankengymnastik und Physiotherapie, der Zahl der Arztbesuche und die Verbesserung des Ernährungszustandes in der Kontrollgruppe: Diese Verbesserungen sind möglicherweise auf positive Wirkungen der Alltagshelfer auf das weitere Personal bzw. Fachpersonal zurückzuführen. Somit wäre neben der direkten Wirkung emotionaler Wertschätzung und Akzeptanz, die sich positiv auf die emotionale Befindlichkeit auswirkt, auch von einer indirekten Wirkung auszugehen, die einerseits mit der Entlastung des übrigen Personals zusammenhängt. Andererseits kann diese Entlastung auch mit auf eine insgesamt größere Ausgeglichenheit der demenzten Bewohner zurückzuführen sein. Somit ergibt sich ein komplexes Wirkungsgefüge. Daraus wird deutlich, dass es umso wichtiger ist, die Tätigkeit der Alltagshelfer genau zu planen und auf die Bedürfnisse der demenzten Bewohner abzustimmen, da sich hieraus positive Synergien in Form von Wechselwirkungen auch mit den anderen Mitarbeitern ergeben können. Die folgende Abbildung stellt dies graphisch dar.

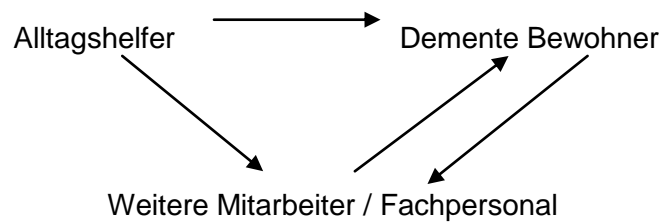


Abb. 9: Interaktionen zwischen Alltagshelfern, dementen Bewohnern und dem weiteren Personal

Abschließend soll noch auf einige Beschränkungen der vorliegenden Studie eingegangen werden. Aus methodischer Sicht wurden die Stichprobengröße und die Stichprobengewinnung bereits erwähnt. Ein weiterer Aspekt, der im Rahmen der vorliegenden Untersuchung nicht systematisch erfasst werden konnte, jedoch möglicherweise in Zukunft vor dem Hintergrund des Kostendrucks im Gesundheitswesen in Verbindung mit dem demographischen Wandel immer mehr Bedeutung bekommen könnte, sind wirtschaftliche Überlegungen zum Einsatz niedrighschwelliger Betreuung. Wie die Befragung der Mitarbeiter gezeigt hat, wird von diesen eher noch eine Intensivierung der Alltagsbetreuung für wünschenswert erachtet. Wenn es gelänge, den hiermit verbundenen Kosten zu erzielende Einspareffekte gegenüberzustellen, wäre ein wichtiger Schritt in Richtung auf diese Intensivierung geleistet. Beispiele solcher möglichen wirtschaftlichen Effekte hat die Untersuchung bereits deutlich gemacht: So eine Verringerung von Arztbesuchen und des Medikamentenbedarfs, ein besserer Ernährungszustand aufgrund der besseren kognitiven Verfassung, was den Gesundheitszustand ebenfalls positiv beeinflusst, eine Verringerung von Stürzen sowie Verordnungen von Krankengymnastik und Physiotherapie aufgrund der verbesserten physischen Verfassung. Eine größere Ausgeglichenheit der dementen Bewohner könnte zudem zu einer besseren Nachtruhe und damit zu geringeren nächtlichen Betreuungsaufwänden sowie zu einer Verringerung von Unfallgefahren führen. Es wäre sinnvoll, auch diese Fragen in weiteren Untersuchungen systematisch anzugehen.

7 Zusammenfassung

„Demenz“ ist eine Sammelbezeichnung für eine Vielfalt von Erscheinungsformen altersbedingter kognitiver Beeinträchtigungen. Demenzerkrankungen gehören zu den weltweit häufigsten Erkrankungen im Alter. Aufgrund der demographischen Entwicklung und des medizinischen Fortschritts steigt der Anteil alter und hoch betagter Menschen kontinuierlich, so dass mit einem weiteren erheblichen Anstieg auch von Demenzerkrankungen für die nächsten Jahrzehnte gerechnet wird. Damit wird auch die Pflege demenzkranker Menschen zu einer immer weiter wachsenden Herausforderung. Insbesondere aber rückt vor dem Hintergrund der weiter steigenden Lebenserwartungen auch die Frage der Lebensqualität demenzkranker Menschen immer mehr in den Vordergrund.

Bereits seit den 1980er Jahren gibt es Forschungsergebnisse, die nahelegen, dass mit kognitiver Anregung und vielfältigen „niedrigschwelligen“ Angeboten nicht nur die subjektive Befindlichkeit demenzkranker Personen verbessert, sondern auch das Fortschreiten der kognitiven Beeinträchtigungen zumindest verzögert werden kann. Damit können auch Selbstständigkeit und Selbstverantwortung der alten Menschen zumindest zu einem gewissen Grad aufrechterhalten werden und damit der Verlust an Lebensqualität in Grenzen gehalten werden kann. Gerade in der stationären Pflege, die für die Betroffenen oft vielfältige Abhängigkeiten schafft, kann dies ein wichtiges Thema sein.

Für solche niedrigschwelligen Angebote – zusätzlich zur Pflege im eigentlichen Sinne – hat der Gesetzgeber im Jahre 2008 eine wichtige Grundlage geschaffen, indem Pflegeeinrichtungen die Mittel zur Finanzierung zusätzlicher „Alltagshelfer“ für demenzkranke Bewohner an die Hand gegeben werden (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, §87b SGB XI). Der Anspruch auf Finanzierung ist dabei an verschiedene Bedingungen geknüpft, wie die Qualifikation der Alltagshelfer und ihre sozialversicherungspflichtige Beschäftigung. Doch obwohl diese gesetzliche Grundlage seit mittlerweile drei Jahren vorliegt und auch von der großen Mehrheit der berechtigten Institutionen in Anspruch genommen wird, liegen systematische Studien zur Untersuchung des Effekts der Alltagshelfer auf die Lebensqualität und die emotionale Befindlichkeit demenzkranker Menschen bisher kaum vor. Es gibt zwar eine Reihe von Untersuchungen zum Einfluss niedrigschwelliger Betroffenen auf demenzkranke Bewohner im Allgemeinen, und die Ergebnisse dieser Untersuchungen sind ermutigend. Aber inwieweit sie speziell auf die Arbeit der Alltagshelfer gemäß §87b SGB XI übertragbar sind, ist nicht geklärt. Hier

liegt somit eine Forschungslücke vor, zu deren Schließung die vorliegende Arbeit einen Beitrag leisten will.

In einem clusterrandomisierten Kontrollgruppendesign im Seniorenzentrum Marienheim in Essen wurden 15 demente Bewohner von Alltagshelfern werktäglich vormittags betreut. Weitere 15 Bewohner bildeten die Kontrollgruppe, sie erhielten keine spezielle Betreuung über die übliche Betreuung hinaus. Die Bewohner waren im Mittel mäßig bis schwer dement, und sie zeigten im Mittel deutlich ausgeprägte depressive Symptomatiken. Bei den Bewohnern wurden über einen Zeitraum von zehn Monaten monatlich die emotionale Befindlichkeit (Geriatric Depression Scale, GDS) sowie die kognitive Funktionsfähigkeit (Mini-Mental State Test, MMST) diagnostiziert. Die Alltagshelfer verfügten über die vom GKV-Spitzenverband vorgesehene Qualifikation für diese Tätigkeit und führten mit den dementen Bewohnern in Abstimmung mit dem Gesamt-Team verschiedene Aktivitäten zur Stimulierung der geistigen und körperlichen Aktivität und der Kommunikation durch. Darüber hinaus wurde die Wahrnehmung der Tätigkeit der Alltagshelfer durch die weiteren Mitarbeiter des Pflegeheims untersucht.

Als wichtigstes Ergebnis ist festzuhalten, dass es sowohl bezüglich der emotionalen Befindlichkeit als auch bezüglich der kognitiven Funktionen in der Interventionsgruppe deutliche Verbesserungen zu verzeichnen waren. Die Depressivitätswerte gemäß GDS verbesserten sich bis in den Normalbereich hinein, bezüglich der kognitiven Funktionen war eine Verbesserung um drei Punkte gemäß dem MMST zu verzeichnen. Die Verbesserung der emotionalen Befindlichkeit war als nahezu kontinuierlich fortschreitend zu bezeichnen. Eine differenzielle Verbesserung der kognitiven Funktionen speziell für schwächer demente Personen, wie sie in der Literatur zum Teil berichtet wird, war nicht erkennbar, allerdings reicht die Datenbasis zur Beantwortung dieser Frage nicht aus.

Die anderen Mitarbeiter beurteilten die Tätigkeit der Alltagshelfer als sehr positiv. Mehrfach wurde die Ausdehnung ihrer Tätigkeit auch auf die Nachmittage und die Wochenenden für wünschenswert erachtet. Die anderen Mitarbeiter scheinen von der Tätigkeit der Alltagshelfer entlastet zu werden. Dies scheint einerseits direkt auf die Tätigkeit der Alltagshelfer, andererseits auch auf stärker ausgeglichene Bewohner zurückzuführen sein.

Darüber hinaus fanden sich in der Interventionsgruppe weitere positive Effekte: Eine Verringerung von Stürzen und von verordneter Krankengymnastik und Physiotherapie, weniger Personen mit Medikamentenbedarf, weniger Arztbesuche sowie eine Verbesserung des Ernährungszustands.

Insgesamt legt die Studie nahe, dass die Tätigkeit der Alltagshelfer sehr gute Erfolge erzielt. Weitere Forschung sollte der Frage nachgehen, ob eine weitere Intensivierung dieser Tätigkeit (z.B. auch an den Wochenenden, auch an den Nachmittagen) diese Erfolge noch deutlicher bzw. noch früher hervortreten lässt. Die hierdurch ermöglichte Verbesserung der Lebensqualität und der kognitiven Funktionsfähigkeit sollte des Weiteren mit systematischen Wirtschaftlichkeitsbetrachtungen kombiniert werden. Damit kann auch langfristig eine fundierte Begründung für die mit der Alltagsbetreuung verbundenen Aufwände sicher gestellt werden.

Literatur

- Bär, M (2008) Demenzkranke Menschen im Pflegeheim besser begleiten. 2., aktualisierte Auflage. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft
- Ballard C, Fossey J, Chithramohan R et al. (2001) Quality of care in private sector and NHS facilities for people with dementia: cross sectional survey. *BMJ* 323: 426-427
- Ballard C, Powell I, James I et al. (2002) Can psychiatric liaison reduce neuroleptic use and reduce health service utilization for dementia patients residing in care facilities. *Int J Geriatr Psychiatry* 17: 140-145
- Blom M, Duijnste M (1999) Wie soll ich das nur aushalten? Mit dem Pflegekompass die Belastung pflegender Angehöriger einschätzen. Bern: Huber Verlag
- BMG Bundesministerium für Gesundheit (2010) Bericht des Bundesministeriums für Gesundheit zum Stand der Umsetzung des § 87 b SGB XI. 20.5.10.
http://www.paritaet-alsopfleg.de/index.php?option=com_content&view=article&id=595%3Abmg-bericht-zum-stand-der-umsetzung-des-s-87b-sgb-xi&catid=30%3Agremien-extern&Itemid=2&lang=de
- Breuil V, De Rotrou J, Forette F et al. (1994) Cognitive Stimulation of patients with Dementia: Preliminary Results. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 9(4):211- 217
- Bundestag (2008) BT-Drs. 16/8525 vom 12.3.2008.
<http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/085/1608525.pdf>
- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (2010) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V(F). 7., überarbeitete Auflage. Bern: Huber Verlag
- Döbler J (2009) Demenz – Assistenz für einen gelungenen Alltag. Braunschweig: ambet
- Fahlbusch J (2008) „Pflegestufe Demenz“: Die Regelungen für Demenzkranke im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz. *Archiv für Wissenschaft und Praxis der Sozialen Arbeit*. 39(4): 26-37
- Fossey J, Ballard C, Juszcsak E et al. (2006) Effect of enhanced psychosocial care on antipsychotic use in nursing home residents with severe dementia: cluster randomised trial. *BMJ* March 16, 2006: 1-6
- GKV-Spitzenverband (2008) Richtlinien nach § 87b Abs. 3 SGB XI zur Qualifikation und zu den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften in Pflegeheimen (Betreuungskräfte-RI vom 19. August 2008)
http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/2008_08_19___%C2%A787b_Richtlinie_2291.pdf
- George S (2010) Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI: Eine kurze Schulung reicht nicht aus. *Altenheim* 11 / 2010: 60
- Gräßel E, Großfeld-Schmitz M, Eichenseer B (2009) Kognitives Training. In Mahlberg R, Gutzmann H (Hrsg) Demenzerkrankungen erkennen, behandeln und versorgen. 196-198. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag
- Grüwell G (2006) Lebenspartner von Demenz-Patienten als Co-Therapeuten. Dissertation an der Wirtschafts- und Verhaltenswissenschaftlichen Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

- Hasselbeck W (2008) Demenz: Faktoren ihrer Entstehung, Diagnose, Therapie. Archiv für Wissenschaft und Praxis der Sozialen Arbeit. 39(4): 16-25
- Hasselhorn HM, Müller BH, Tackenberg P, Kümmerling A, Simon M (2005) Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Bremerhaven: Verlag für Neue Wissenschaft. http://www.baua.de/de/Publikationen/UEbersetzungen/UE15.pdf?_blob=publicationFile&v=6
- Kessler J, Markowitsch HJ, Denzler P (2000) Mini-Mental-Status-Test (MMST). Göttingen: Belz Test GmbH
- Knauff AF (2004) Demenz und pflegende Angehörige. Eine Intervention zur Steigerung der Lebensqualität von pflegenden Angehörigen. Dissertation an der Heilpädagogischen Fakultät Köln
- Kwiatkowski B (2010) Auswirkungen bei der Betreuung von in der Alltagskompetenz eingeschränkten Bewohnern auf Betreuungskräfte gemäß § 87b SGB XI in Pflegeheimen im Vergleich zu examinierten Pflegekräften. Zeitschrift für Nachwuchswissenschaftler 2(2) 35-46
- Linck W (2002) Alltag mit Dementen. Hannover: Schlütersche GmbH & Co KG
- Mahlberg R, Gutzmann H (2009) Einleitung: Krankheitsbilder. In Mahlberg R, Gutzmann H (Hrsg) Demenzerkrankungen erkennen, behandeln und versorgen. 3-10. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag
- Maier W, Schulz JB, Weggen S, Wolf S (2009) Alzheimer & Demenzen verstehen. Diagnose, Behandlung, Alltag, Betreuung. Trias Verlag
- Marks N, Shah H (2006) A well-being manifesto for a flourishing society. In Huppert FA, Baylis N, Keverne B (Hrsg) The science of well-being. 503-531. Oxford: Oxford University Press
- Martin M, Schelling HR (2005) Demenz in Schlüsselbegriffen. Bern: Huber Verlag
- Moore S, Sandman CA, McGrady K. et al. (2001) Memory training improves cognitive ability in patients with dementia. Neuropsychological Rehabilitation. 11(3-4): 245-261
- Müller B, Staudinger B (2010) Wirksamkeit eines stationären multimodalen Behandlungsprogramms bei agitierten Verhaltensweisen dementer Heimbewohner. Zeitschrift für Pflegewissenschaft und psychische Gesundheit. 4: 1-9
- Müller-Hergl C (2000) Demenz zwischen Angst und Wohlbefinden: Positive Personarbeit und das Verfahren des Dementia Care Mapping. http://www.uni-wh.de/fileadmin/media/u/stu/zwb/pflege/DCM/demenz_zwischen__angst__und-wohlbefinden_2000.pdf
- Myllymäki-Neuhoff J (2009) Wohn- und Betreuungsformen. In Mahlberg R, Gutzmann H (Hrsg) Demenzerkrankungen erkennen, behandeln und versorgen. 261-271. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag
- Niemann-Mirmehdi M (2009) Versorgung Demenzkranker. In Mahlberg R, Gutzmann H (Hrsg) Demenzerkrankungen erkennen, behandeln und versorgen. 239-249. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag
- Olbrich S (2004) Validierung des Uhrenlesetests, eines neuen Untersuchungsverfahrens für Demenzerkrankungen und visuell-räumliche Störungen. Dissertation an der Medizinischen Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

- Raskind MA (1997) Organic Mental Disorders. In Busse EW, Blazer DG (eds): Geriatric Psychiatry. 313-368. Washington: American Psychiatric Press
- Schnell R, Hill P, Esser E (2005) Methoden der empirischen Sozialforschung. 7. Auflage. München: Oldenbourg Verlag
- Seligman MEP, Parks AC, Stehn T (2006) A balanced psychology and a full life. In Huppert FA, Baylis N, Keverne B (eds) The science of well-being. 274-283. Oxford: Oxford Press
- Sheikh JI, Yesavage JA (1986) Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist*, 5: 165-173
- Spitzenverbände der Pflegekassen (2008) Umsetzungsempfehlungen zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und zur Bewertung des Hilfebedarfs im ambulanten Bereich und zur Feststellung eines erheblichen Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung bei Heimbewohnern vom 10.06.2008. http://www.paritaet.org/hamburg/aktuell/07a_Umsetzungsempfehlungen_PEA.pdf
- Techtmann G (2007) Die Verbesserung der Situation demenziell erkrankter Menschen auf dem Prüfstand. Eine Vergleichsstudie zu Therapieansätzen und Versorgungsstrukturen auf der Grundlage internationaler Forschungsergebnisse. Dissertation an der Philosophischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster
- Wagner K (2002) Der Verlauf dementieller Erkrankungen: „Heim versus Home“. Dissertation an der Universität Bielefeld
- Weißbach HN (2010) Die Versorgungsstruktur von Patienten mit Demenzen anhand der Basis-Dokumentation der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Göttingen. Dissertation an der Med. Fakultät der Universität Göttingen
- Wimo A, Jonsson L, Winblad B (2006) An Estimate of the Worldwide Prevalence and Direct Costs of Dementia in 2003. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2006;21:175–181
- Wingchen J (2004) Geragogik. Von der Interventionsgerontologie zur Seniorenbildung. 5., überarbeitete Auflage. Hagen: Brigitte Kunz Verlag
- Yesavage JA, Westphal J, Rush L (1981). Senile dementia: Combined pharmacological and psychological treatments. *Journal of the American Geriatrics Society*. 29(4):164-171
- Zimmerman S, Sloane PD, Williams CS et al. (2005) Dementia Care and Quality of Life in Assisted Living and Nursing Homes. *The Gerontologist*. 45 (special issue I): 133-146

Anhang

Anhang 1: Konzept des Seniorenzentrums Marienheim: Pflege und Betreuung bei Demenz

Die immer größer werdende Anzahl Demenzkranker stellt uns vor eine besondere Aufgabe, der wir uns verstärkt zuwenden wollen.

Wir bieten zurzeit eine integrative Betreuung an, d.h. das Zusammenleben von demen-ten und nicht-dementen Bewohner/Innen, wollen aber der Notwendigkeit einer speziellen Betreuung der Demenzkranken Rechnung tragen.

Grundzüge und Ziele:

Die Pflege richtet sich nach dem aktuellen Befinden und dem Krankheitsstadium. Es gilt vor allem, die vorhandenen Ressourcen wahrzunehmen und mit einzubeziehen. Dabei muss jegliche Überforderung des Betroffenen vermieden werden. So steht nicht die reaktivierende Förderung, sondern die einfühlsame und schützende Begleitung, die mehr Lebensqualität ermöglichen soll, im Vordergrund unserer Bemühungen.

In diesem Sinne streben wir folgende Ziele an:

Der demente Mensch

- erfährt Akzeptanz seiner Person und seines Verhaltens,
- fühlt sich in seiner Person angenommen, fühlt, dass er „sein darf, wie er ist“,
- führt kleine, seinen Fähigkeiten entsprechende, Aufgaben aus,
- findet angemessene Beschäftigung,
- hat positive Erlebnisse und ein gutes Selbstwertgefühl,
- ist gesellschaftlich integriert, erlebt sich als Teil der Hausgemeinschaft,
- fühlt sich wohl, kommt körperlich und gedanklich zumindest zeitweise zur Ruhe,
- hat eine sichere Umgebung,
- erleidet keine zusätzlichen körperlichen Erkrankungen.

Neben der Betreuung und Pflege des betroffenen Menschen ist uns auch eine beratende, unterstützende und entlastende Begleitung der Angehörigen wichtig, denn sie leiden als Mitbetroffene ebenfalls unter den Störungen und Veränderungen des Demenzkranken.

Im Umgang mit dementen Bewohnern sollen sich Wertschätzung und Verständnis zeigen, seine Würde ist zu achten und er sollte so angenommen werden, wie er ist. Denn er ist nicht in der Lage, sein Verhalten zu ändern.

Folgende Pflegemaßnahmen sind uns wichtig:

Die Orientierung erleichtern

Durch den Einzug in unser Haus kommt es zwangsläufig zur Veränderung des Lebensumfelds. Indem man eigene Möbel und persönliche Gegenstände mitbringen kann, sollte wenigstens im Zimmer die „gewohnte Umgebung“ erhalten bleiben. Zur örtlichen und personellen Orientierung verhilft der zwischenmenschliche Kontakt, geprägt von Wertschätzung, Einfühlsamkeit, Herzlichkeit und Humor.

Körperliche Aktivität anregen

Mobilität bedeutet eine gewisse Freiheit und Unabhängigkeit, die Wahrnehmung wird, z.B. beim Spaziergang durch das Haus, gefördert. Natürlich müssen die individuellen Möglichkeiten beachtet werden, um eine Gefährdung auszuschließen. Körperliche Aktivität am Tag fördert auf natürliche Weise die Ermüdung und einen erholsamen Nachtschlaf.

Geistige Aktivität aufrechterhalten

Das Angebot erfolgt entsprechend den individuellen Fähigkeiten und Neigungen, z.B. Zeitung lesen, Gesellschaftsspiele oder Gespräche. Viele geistige Aktivitäten fördern Kontakte und wirken dem sozialen Rückzug entgegen.

Vorhandene Fähigkeiten erhalten

Alltagsfähigkeiten wie die Ausführung der Körperpflege, das An- und Auskleiden oder die Nahrungsaufnahme sollten nicht vorzeitig durch pflegerische Überversorgung abgebaut werden. Vielmehr gilt es, den Betroffenen in diesen Lebensbereichen zu beobachten und lediglich ergänzend und unterstützend einzugreifen. Insbesondere die Erhaltung der Selbstpflege fördert ein positives Lebens- und Selbstwertgefühl.

Die Kommunikation erhalten

Die Kommunikation sollte sich an den Möglichkeiten des Betroffenen orientieren. Auch hier bietet die Biographie wichtige Hinweise: Begriffe und Redewendungen aus den früheren Jahren werden noch lange erinnert. Es sollte in einfachen und kurzen Sätzen gesprochen werden und jede Kommunikation sollte ruhig, langsam und geduldig geführt werden.

Mit Fortschreiten der Demenz gewinnen nonverbale Kommunikationsmöglichkeiten an Bedeutung. Eindeutig eingesetzte Mimik und Gestik, Blickkontakt und vor allem aber bewusste Berührung und körperliche Nähe prägen die Begegnung.

Erzählungen aus der Vergangenheit Aufmerksamkeit schenken

Menschen, die an Demenz leiden, leben zunehmend in der Vergangenheit, sie können diese nicht mehr von der Gegenwart unterscheiden. Er spricht viel über seine Familie,

Erlebnisse aus der Kindheit und damalige Aufgaben („Ich muss Essen kochen“ etc.). Pflegende sollten ernsthaft und aufmerksam zuhören – der Betroffene wird in seiner Welt begleitet und angenommen; die Pflegenden lernen gleichzeitig viel über ihn und sein Leben.

Unruhe und Aggressionen reduzieren, abbauen oder vermeiden

Unruhezustände lassen sich zum Teil durch körperliche Aktivität vermeiden oder abbauen. Ein freundlicher, von Akzeptanz geprägter Umgang, ein Klima ohne Leistungs- und Zeitdruck und eine herzliche Atmosphäre vermeiden oder reduzieren machen Unruhezustand. Dagegen können Unter- und Überforderung, z.B. unangemessene Aufgaben, Misserfolge, Lärm, Kritik oder Tadel Unruhe auslösen. Pflegende und andere Kontaktpersonen können ihre Meinung äußern, sollen aber nicht auf ihrer Version beharren (auch wenn sie im Recht sind), denn der Betroffene kann seine Einstellung nicht mehr verändern.

Gefahren minimieren, für Sicherheit sorgen

Die zunehmende Vergesslichkeit und die Störung des Denkens, Handelns und der Orientierung gefährden den Betroffenen, zum Teil auch seine Mitmenschen. So sollte er z.B. bei der Benutzung elektrischer Geräte (Rasierapparat) beaufsichtigt werden. Im weiteren Krankheitsverlauf kann eine ständige Beaufsichtigung erforderlich werden. Weiter sind die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme zu beobachten; häufig führt der demente Mensch diese mangelhaft aus oder vergisst sie. Anreiz durch Anbieten von Lieblingsspeisen und -getränken. Meist sind eine mundgerechte Zubereitung, Beaufsichtigung und Unterstützung angebracht.

Gegebenenfalls ist die Medikamenteneinnahme zu überwachen.

Mit Einsetzen motorischer Störungen kommt es gehäuft zu Stürzen, so dass eine gezielte Sturzprophylaxe nötig wird.

Täglich ist neu zu beobachten, in welchen Bereichen sich der Betroffene nicht mehr zurechtfindet und deshalb Gefahr ausgesetzt ist.

Körperliche Folgeerkrankung verhindern

Durch die zunehmende Immobilität steigt das Risiko, Sekundärerkrankungen wie Dekubitus, Pneumonie, Kontraktur etc zu entwickeln. Bei Bedarf sind entsprechende Prophylaxen durchzuführen, um eine zusätzliche Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes zu vermeiden.

Die häufig vorhandene Obstipationsneigung ist solange wie möglich durch Bewegungsförderung, angemessener Flüssigkeitszufuhr und faserstoffreicher Kost zu begegnen.

Dem inneren Rückzug entgegenwirken

Zunächst zieht sich der Demente zurück, um seine Defizite zu verstecken und um Misserfolge zu vermeiden. Später leidet er zunehmend unter Antriebsstörungen, so dass Beschäftigung und Kommunikation immer mehr nachlassen. Der geistige Abbau verstärkt diese Entwicklung, der Betroffene versinkt in seiner Welt.

Die ernsthafte menschliche Begegnung und bedingungslose Akzeptanz des dementen Menschen sowie die bisher besprochenen Maßnahmen und Verhaltensweisen können diesen Verlauf tendenziell beeinflussen bzw. eventuell hinauszögern.

Die Angehörigen entlasten und betreuen

Die Angehörigen eines dementen Menschen sind mitbetroffen, d.h. sie leiden mit dem Dementen und an seinen Veränderungen. Professionell Pflegende sollten ein offenes Ohr für die Sorgen, Probleme und Ängste der Angehörigen zeigen, indem sie aktiv zuhören, ohne zu bewerten. Die Vermittlung krankheitsbezogener Informationen fördert das Verständnis für den Dementen; so gelingt es z.B. Anschuldigungen und aggressive Reaktionen als krankheitsbedingte Veränderungen – und nichts als persönliche Kränkung – einzuholen.

Weiter ist es oft sinnvoll, Angehörige zu ermutigen, dem Dementen Gefühl zu zeigen und Zuwendung sowie Zärtlichkeit zu schenken.

Ihre bisherigen Leistungen sollten deutlich aufgezeigt und gewürdigt werden. Die Angehörigen sind zu ermutigen, ihre eigenen – und völlig berechtigten – Grenzen zu akzeptieren, um sich nicht mit Versagens- und Schuldgefühlen zu plagen.

Außerdem sollte auf die Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. und auf deren Selbsthilfegruppe (vor Ort) für Angehörige sowie auf hilfreiche Literatur aufmerksam gemacht werden.

Wir sehen in der Zunahme der Anzahl dementer Bewohner eine Herausforderung, der wir uns, gemeinsam mit den Angehörigen, Ärzten und weiteren engagierten Menschen stellen wollen, um den Demenzkranken ein lebenswertes und würdiges Leben zu ermöglichen.

Wir planen

- die Einrichtung eines Gesprächskreises für Angehörige,
- die entsprechende Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter,
- das architektonische Milieu, soweit möglich, mehr auf die Situation und Bedürfnisse der Dementen auszurichten

Anhang 2: Verwendete Messinstrumente

Geriatric Depression Scale (GDS)

Geriatric Depression Scale (GDS)

(Kurzform)

| Nr. | Item | | | Pkt. |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|---|----|-------------|
| 01 | Sind Sie grundsätzlich mit Ihrem Leben zufrieden? | J | N* | _____ |
| 02 | Haben Sie viele Ihrer Aktivitäten und Interessen aufgegeben? | J | N | _____ |
| 03 | Haben Sie das Gefühl, daß Ihr Leben leer ist? | J | N | _____ |
| 04 | Sind Sie oft gelangweilt? | J | N | _____ |
| 05 | Sind Sie die meiste Zeit guten Mutes? | J | N* | _____ |
| 06 | Haben Sie manchmal Angst, daß Ihnen etwas Schlechtes zustößt? | J | N | _____ |
| 07 | Fühlen Sie sich die meiste Zeit glücklich? | J | N* | _____ |
| 08 | Fühlen Sie sich oft hilflos? | J | N | _____ |
| 09 | Ziehen Sie es vor, zu Hause zu bleiben anstatt auszugehen und neue Dinge zu tun? | J | N | _____ |
| 10 | Haben Sie das Gefühl, mit dem Gedächtnis in letzter Zeit mehr Probleme als sonst zu haben? | J | N | _____ |
| 11 | Haben Sie den Eindruck, daß es schön ist, jetzt in dieser Zeit zu leben? | J | N* | _____ |
| 12 | Fühlen Sie sich ziemlich wertlos, so wie Sie im Augenblick sind? | J | N | _____ |
| 13 | Fühlen Sie sich voller Energie? | J | N* | _____ |
| 14 | Haben Sie den Eindruck, daß Ihre Situation hoffnungslos ist? | J | N | _____ |
| 15 | Haben Sie den Eindruck, daß es den meisten Leuten besser geht als Ihnen? | J | N | _____ |

Ergebnis (Pkt.): _____

Jedes „Ja“ wird mit einem Punkt gewertet, mit Ausnahme der mit Stern gekennzeichneten „N“: Hier wird jedes „Nein“ mit einem Punkt gewertet.

Interpretation:

- bis 5 Punkte: normal
- 6 – 10 Punkte: leichte bis mäßiggradige Depression
- Über 10 Punkte: schwere Depression

Minimal-Mental-State-Test (MMST)

1. Orientierung

- In welchem Jahr leben wir?
- Welche Jahreszeit ist jetzt?
- Welches Datum haben wir heute?
- Welchen Monat haben wir?
- In welchem Bundesland sind wir hier?
- In welchem Land?
- In welcher Ortschaft?
- Wo sind wir (in welcher Praxis / Altenheim)?
- Auf welchem Stockwerk?

2. Merkfähigkeit

Fragen Sie den Patienten, ob Sie sein Gedächtnis prüfen dürfen. Nennen Sie dann drei verschiedenartige Dinge klar und langsam (ca 1 pro sec) "Zitrone, Schlüssel, Ball". Nachdem Sie alle drei Worte ausgesprochen haben, soll der Patient sie wiederholen. Die erste Wiederholung bestimmt die Wertung (vergeben Sie für jedes wiederholte Wort einen Punkt), doch wiederholen Sie den Versuch, bis der Patient alle drei Wörter nachsprechen kann. Maximal gibt es 5 Versuche. Wenn ein Patient nicht alle drei Wörter lernt, kann das Erinnern nicht sinnvoll geprüft werden.

Punkte 0-3

3. Aufmerksamkeit und Rechnen

Bitten Sie den Patienten, bei 100 beginnend in 7er Schritten rückwärts zu zählen. Halten Sie nach 5 Subtraktionen (93, 86, 79, 72, 65) an und zählen Sie die in der richtigen Reihenfolge gegebenen Antworten. Bitten Sie daraufhin das Wort "Preis" rückwärts zu buchstabieren. Die Wertung entspricht der Anzahl von Buchstaben in der richtigen Reihenfolge (z.B. SIERP=5, SIREP=3). Die höhere der beiden Wertungen wird gezählt.

Punkte 0-5

4. Erinnern

Fragen Sie den Patienten, ob er die Wörter noch weiß, die er vorhin auswendig lernen sollte. Geben Sie einen Punkt für jedes richtige Wort.

Punkte 0-3

5. Benennen

Zeigen Sie dem Patienten eine Armbanduhr und fragen Sie ihn was das ist. Wiederholen Sie die Aufgabe mit einem Bleistift. Geben Sie einen Punkt für jeden erfüllten Aufgabenteil.

Punkte 0-3

6. Wiederholen

Bitten Sie den Patienten, den Ausdruck "Kein Wenn und Aber" nachzusprechen. Nur ein Versuch ist erlaubt.

Punkte 0-1

7. Dreiteiliger Befehl

Lassen Sie den Patienten den folgenden Befehl ausführen. "Nehmen Sie ein Blatt in die Hand, falten Sie es in der Mitte und legen Sie es auf den Boden." Geben Sie einen richtigen Punkt für jeden richtig ausgeführten Befehl.

Punkte 0-3

8. Reagieren

Schreiben Sie auf ein weißes Blatt in grossen Buchstaben: "Schließen Sie die Augen". Der Patient soll den Text lesen und ausführen. Geben Sie einen Punkt, wenn der Patient die Augen schließt.

Punkte 0-1

9. Schreiben

Geben Sie dem Patienten ein weißes Blatt, auf dem er für Sie einen Satz schreiben soll. Diktieren Sie den Satz nicht, er soll spontan geschrieben werden. Der Satz muß ein Subjekt und ein Verb enthalten und einen Sinn ergeben. Konkrete Grammatik und Interpunktion werden nicht verlangt.

Punkte 0-1

10. Abzeichnen

Zeichnen Sie auf ein weißes Blatt zwei sich überschneidende Fünfecke und bitten Sie den Patienten, die Figur genau abzuzeichnen. Alle 10 Ecken müssen vorhanden sein und 2 müssen sich überschneiden, um als ein Punkt zu zählen. Zittern und Verdrehen der Figur sind nicht wesentlich.



Punkte 0-1

Summe der Punkte

Interpretation:

30-27 Punkte: keine Demenz, 26-18 Punkte: leichte Demenz

17-10 Punkte: mittelschwere Demenz, > 10 Punkte: schwere Demenz

Eigene Fragen zur Belastungssituation von Mitarbeitern aus der Pflege, sowie der von ihnen wahrgenommenen Zusammenarbeit mit den Alltagshelfern

Allgemeine Fragen zu Ihrer Arbeit mit dementen Menschen, die in der Interventionsgruppe von den Alltagsbegleitern (Frühstücksgruppe und Aktivierungsrunde) betreut wurden

| Betrachten Sie bitte diese Fragen im Hinblick auf Ihre Arbeit ohne die Tätigkeit der Alltagshelfer | | trifft zu | trifft eher zu | teils / teils | trifft eher nicht zu | trifft nicht zu |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------|---------------|----------------------|-----------------|
| 1 | Mit dementen Menschen im fortgeschrittenen Stadium ist Kommunikation so gut wie gar nicht möglich | | | | | |
| 2 | Die Arbeit mit dementen Menschen ist mit viel Stress verbunden | | | | | |
| 3 | Die Arbeit mit dementen Menschen macht mir Spaß | | | | | |
| 4 | Im Umgang mit dementen Menschen fühle ich mich oft hilflos und überfordert | | | | | |
| 5 | Ich empfinde die Arbeit mit dementen Menschen als belastend | | | | | |
| Beurteilen Sie bitte Ihre Arbeitsbedingungen, seitdem die Alltagsbegleiter im Haus sind | | trifft zu | trifft eher zu | teils / teils | trifft eher nicht zu | trifft nicht zu |
| 6 | Ich kann meine Arbeit überwiegend in Ruhe erledigen (z.B. die Versorgung schwerstpflegebedürftiger Bewohner, fachgerechte Dokumentation, ...) | | | | | |
| 7 | Die Zusammenarbeit funktioniert gut | | | | | |
| 8 | Es sind positive Veränderungen bei der Grundversorgung des Bewohners festzustellen | | | | | |
| 9 | Meine Arbeit ermöglicht mir mehr Zeit für den einzelnen Bewohner | | | | | |
| Welchen Einfluss hat die spezielle Betreuung der Alltagsbegleiter für die dementen Bewohner auf Ihre Arbeit? | | trifft zu | trifft eher zu | teils / teils | trifft eher nicht zu | trifft nicht zu |
| 10 | Die Bewohner sind zugänglicher | | | | | |
| 11 | Die Bewohner lassen sich besser versorgen | | | | | |
| 12 | Die Bewohner wählen für sie geeignete Kommunikationsformen | | | | | |
| Bitte beantworten Sie noch die folgenden Fragen, die für die Auswertung der Fragebögen benötigt werden. Vielen Dank! | | | | | | |
| 13 | Ich bin ___ Jahre alt | | | | | |
| 14 | Geschlecht: o weiblich o männlich | | | | | |
| 15 | Meine genaue Berufsbezeichnung lautet: | | | | | |
| 16 | Ich habe in diesem Beruf insgesamt ___ Jahre Berufserfahrung | | | | | |
| 17 | Ich habe ___ Jahre Erfahrung in der Betreuung dementer Menschen | | | | | |
| 18 | Sind Ihrer Meinung nach Alltagsbegleiter eine gute Ergänzung zur Betreuung für demente Bewohner in stationären Pflegeeinrichtungen? | | | | | |

Thesen

1. *Einleitung.* Obwohl der Gesetzgeber im Jahre 2008 mit dem § 87 b SGB XI die Grundlage für die Finanzierung der zusätzlichen Aktivierung und Betreuung von Heimbewohnern mit erheblichem Bedarf an Beaufsichtigung geschaffen hat („Alltagsbegleitung“) und diese Möglichkeit von über 80% der deutschen anspruchsberechtigten stationären Einrichtungen in Anspruch genommen wird, gibt es bisher keine systematische Forschung der Effekte dieser Alltagsbegleitung (BMG, 2010, S. 2), insbesondere der mittelfristigen Effekte bis zu zehn Monate.

2. *Fragestellung.* Ziel der Arbeit ist daher die Ermittlung der längerfristigen Wirkung der Tätigkeit von Alltagshelfern auf die kognitive (gemessen durch den Mini-Mental State Test, MMST) und emotionale (gemessen durch die Geriatric Depression Scale, GDS) Befindlichkeit dementer Bewohner/Innen. Hierbei wird sowohl von einer direkten Wirkung (auf die dementen Bewohner/Innen) als auch von einer indirekten Wirkung (Entlastung des Pflegefachpersonals, was wiederum positiv auf die dementen Bewohner/Innen zurückwirken kann) ausgegangen. Deshalb ergibt sich als weitere Fragestellung der Arbeit, wie die Tätigkeit der Alltagshelfer durch die weiteren Mitarbeiter wie z.B. das Pflegefachpersonal wahrgenommen wird.

3. *Methode und Untersuchungspopulation.* Es wurde für die explorative Pilotstudie ein clusterrandomisiertes Kontrollgruppendesign mit insgesamt 40 Bewohnern des Seniorenzentrums Marienheim Essen Überrauch gGmbH gewählt. 20 Bewohner/Innen der Interventionsgruppe wurden über zehn Monate zusätzlich durch Alltagshelfer betreut, 20 Bewohner/Innen der Kontrollgruppe erhielten die reguläre Betreuung durch den sozialen Dienst. Abhängige Variablen waren der Depressionswert (monatlich gemessen auf der GDS) und die kognitiven Funktionen (gemäß dem MMST). Darüber hinaus wurden die Zahl der Physiotherapiestunden, die Zahl der Stürze, der Medikamentenbedarf, die Zahl der Arztbesuche und der Ernährungszustand zu vier Messzeitpunkten erfasst.

4. *Ergebnisse.* Mit einer Alltagsbegleitung (im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben zur Finanzierung) verbessert sich nach mehreren Monaten die emotionale Befindlichkeit dementer Bewohner/Innen deutlich (Depressivitätswerte erreichen den unauffälligen Bereich: $GDS_{\text{Intervention, pre-Treatment}} = 7,15$, $GDS_{\text{Intervention, post-Treatment}} = 2,38$, $GDS_{\text{Kontroll, pre-Treatment}} = 7,07$, $GDS_{\text{Kontroll, post-Treatment}} = 8,33$; $F(1, 21) = 15,585$, $p < 0,001$). Auch verbessert sich die kognitive Leistungsfähigkeit selbst bei mittelschwerer Demenz erheblich

($MMST_{Intervention, pre-Treatment} = 10,53$, $MMST_{Intervention, post-Treatment} = 14,21$, $MMST_{Kontroll, pre-Treatment} = 11,2$, $MMST_{Kontroll, post-Treatment} = 11,0$; $F(1, 22) = 47,236$, $p < 0,001$).

Sowohl für die Verbesserung der emotionalen Befindlichkeit als auch für die Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit erwies sich eine mehrmonatige Alltagsbegleitung als günstig. Die Erfolge stellen sich erst nach einer gewissen „Anlaufzeit“ ein. Dies gilt vor allem für den Depressivitätswert, der nach fünf Monaten in der Interventionsgruppe noch weitgehend unverändert war ($GDS_{Intervention, erste fünf Monate} = 6,22$). Möglicherweise müssen die Bewohner/Innen die Alltagsbetreuer zunächst genauer kennenlernen, zu ihnen Vertrauen fassen und sich die Koordination mit dem weiteren Personal erst einspielen.

Je besser die Zusammenarbeit zwischen den Alltagsbegleitern und dem Pflegefachpersonal funktioniert, desto eher tritt eine Entlastungswirkung beim Pflegepersonal ein. Eine weitere Entlastung dürfte darauf zurückzuführen sein, dass die dementen Bewohner/Innen infolge der Alltagsbetreuung emotional ausgeglichener (im Sinne des GDS und von Berichten des Personals) werden. Die positiven Wirkungen auf das Personal spiegeln sich des Weiteren auf die dementen Bewohner/Innen zurück.

Die Alltagsbegleitung ging des Weiteren einher mit einer Verringerung von Stürzen (Interventionsgruppe: Reduktion von 77%, Kontrollgruppe: Reduktion von 40%), von verordneter Krankengymnastik und Physiotherapie (95% / 17%) sowie des Medikamentenbedarfs (75% / 43%) und von Arztbesuchen (79% / 40%). Die Verbesserungen auch in der Kontrollgruppe sind möglicherweise auf die positiven Auswirkungen der Alltagsbegleitung als auf das Pflegefachpersonal zurückzuführen, dieser Punkt bedarf allerdings weiterer Aufklärung.

5. Grenzen der Untersuchung. Grenzen der Verallgemeinerbarkeit des Pilot-Vergleichs sind durch die relativ kleine Stichprobe gegeben, des Weiteren durch die Tatsache, dass nur die Bewohner einer Einrichtung untersucht werden konnten.

6. Diskussion und Ausblick. Für die Praxis bedeuten die Ergebnisse, falls sie sich in weiteren Untersuchungen wiederholen: Durch Alltagshelfer geleistete Alltagsbetreuung ist sehr sinnvoll. Es kann sogar Sinn machen, sie auch auf die Wochenenden und Nachmittage auszudehnen, wie vom Pflegepersonal zum Teil befürwortet. In diesem Fall wären die Erfolge vermutlich noch rascher und nachhaltiger. Andererseits wird deutlich, dass Alltagsbetreuung Zeit benötigt, bis sich Erfolge einstellen. Des Weiteren ist die Bedeutung der Koordination der Tätigkeit der Alltagsbetreuer mit der Tätigkeit der Pflegekräfte und Fachdienste nicht zu unterschätzen. Eine weiterführende For-

schungsfrage ist, ob für Bewohner/Innen unterschiedlicher Demenzgrade unterschiedliche Formen der Alltagsbegleitung angemessen sind. Der in der Literatur z.T. berichtete Befund, dass schwerer demente Personen von kognitiver Anregung nur wenig profitierten, konnte hier nicht bestätigt werden. Denkbar ist aber, dass sich bei schwerer dementen Personen der Bezug auf früher Gelerntes positiv auswirkt, während geringer demente Personen auch zugänglicher für neue Informationen sind.

Ob alle diese Effekte genauso auftreten, wenn das Personal nicht um Alltagshelfer, sondern um Pflegefachkräfte erhöht wird, ist in dieser Studie nicht untersucht worden. Erst nach einem solchen zukünftigen multizentrischen Vergleich einer Gruppe mit Alltagshelfern und einer Gruppe mit zusätzlichen Pflegefachkräften können die Effekte von Alltagshelfern abschließend bewertet werden.

Persönliche Daten und tabellarischer Lebenslauf

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Name: Geburtsdatum/Ort: Familienstand: Konfession: Staatsangehörigkeit: Schulbildung (Abschluss): Berufsausbildung: | Eva-Maria Rexhausen 28.02.1960 in Essen ledig röm. kath. deutsch Hochschulreife Arzthelferin, Altenpflegerin, Gesundheits- und Krankenpflegerin, Fachkrankenschwester für „Anästhesie und Intensivmedizin“, Rettungsassistentin, Dipl. Pflegedienst-/Heimleitung, Beauftragte für Qualitätsmanagement, |
| Besondere Kenntnisse: | Notfallmedizin, Anästhesie und Intensivmedizin, Leitung von Reanimationskursen i. Krankenhaus“, EDV-Kenntnisse in Vivendi, |
| Jetziges Arbeitsgebiet: | Leitende Funktion als Einrichtungs –und Pflegedienstleitung in einer stationären Altenhilfeeinrichtung |
| Studium | BBA = Bachelor of Business Administration MA = Master of Arts in Social Services Administration |
| Datum Von bis 8/75 6/77 12/77 3/78 4/78 3/79 | Praktische Tätigkeit Ausbildung „Arzthelferin“ (Augenarzt: Dr. Unger) Praktikum als Altenpflegerin (Marienhaus=Altenpflegeheim) Ausbildung zur Altenpflegerin (Fachseminar für Altenpflege in Bedingrade „Franziskus Krankenhaus“) |

| | | |
|-------|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4/79 | 3/80 | Anerkennungsjahr im Altenpflegeheim „Albert-Schmidt“ |
| 10/80 | 09/83 | Krankenpflegeausbildung in Bedingrade, Franziskus Krankenhaus |
| 1/84 | 6/84 | Krankenschwester in der Anästhesie-Abteilung, Marienhospital-Orsoy“ |
| 7/84 | 10/97 | Krankenschwester auf der interdisziplinären Intensivstation, Philippusstift-Krankenhaus“ |
| 11/87 | 10/89 | Fachweiterbildung in der Anästhesie- und Intensivmedizin, Elisabeth-Krankenhaus in Essen“ |
| 11/93 | 10/97 | „Stellvertretende Stationsleitung“ auf der interdisziplinären Intensivstation „Philippusstift-Krankenhaus“ |
| 11/94 | 4/96 | Ausbildung zur Rettungsassistentin (DRK Düsseldorf) |
| 11/97 | 8/00 | Fachkrankenschwester auf der operativen Intensivstation „Elisabeth-Krankenhaus“ |
| 9/00 | 10/05 | Pflegedienstleitung der „Kath. Senioren- und Pflege-Einrichtungen Essen GmbH“ Seniorenstift St. Franziskus |
| 11/05 | ----- | Einrichtungs- und Pflegedienstleitung im Seniorenzentrum Marienheim gGmbH |

| | Weiterbildung/ Studium |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1/98 12/00 | Weiterbildung zur Pflegedienstleitung/Pflegemanagement, Oberhausener Bildungs- und Studiengemeinschaft, „St. Josef Hospital“ Dauer: 6 Semester |
| 4/01 6/02 | Weiterbildung zum Qualitätsbeauftragten unter Berücksichtigung der Forderungen der DIN ISO 9001 ff. und DIN ISO 10011. |
| 11/03 5/05 | Projekt-Kompetenz-Studium zum Bachelor of Business Administration im Gesundheitswesen Dauer: 3 Semester Ort: Steinbeis Hochschule Berlin |
| 4/06 6/08 | Master-Studium zum Master of Arts in Social Services Administration Dauer: 4 Semester Ort: Rheinische Universität Bonn |
| 10/09 12/11 | Promotionsverfahren für das Fachgebiet „Gesundheits- und Pflegewissenschaft“ Thema der Dissertation: Psychische, kognitive und wirtschaftliche Effekte in der Betreuung dementer Bewohner/Innen durch Alltagshelfer nach § 87b SGB XI Ort: Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg |
| Essen, den 16.12 .2011 | |

Selbstständigkeitserklärung

Ich erkläre hiermit, das ich die vorliegende Arbeit ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus anderen Quellen direkt oder indirekt übernommenen Daten und Konzepte sind unter Angabe der Quelle gekennzeichnet.

Ich versichere, dass ich für die inhaltliche Erstellung der vorliegenden Arbeit nicht die entgeltliche Hilfe von Vermittlungs- und Beratungsdiensten (Promotionsberater oder andere Personen) in Anspruch genommen habe.

Niemand hat von mir unmittelbar oder mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen.

Essen, im Dezember 2011

Ich versichere, dass von mir, Eva-Maria Rexhausen, keine früheren Promotionsversuche mit dieser oder einer anderen Dissertation erfolgt sind.

Es wurde nur dieser Antrag auf Eröffnung eines Promotionsverfahrens eingereicht.

Essen, den 16.12. 2011

Dank

Mein Dank gilt ganz besonders Prof. Dr. J. Behrens, der mir die Gelegenheit zur Durchführung der vorliegenden Dissertation gab, der mein wissenschaftliches Arbeiten durch wertvolle Anregungen förderte und unterstützte.

Zudem danke ich Frau Roze Imsak, die sich bereit erklärt hat, als Beraterin zur Verfügung zu stehen, und die mir abschließend noch einige relevante Hinweise und Ideen vermittelte.

Mein ganz besonderer Dank gilt darüber hinaus Herrn Markus Körner, der mir im Rahmen der Datenerhebung und –Auswertung stets hilfreich und unterstützend zur Seite stand. Herr Dr. Bernd Kwiatkowski hat mich insbesondere in der Endphase der Dissertation intensiv beraten und betreut, wofür ich ihm an dieser Stelle meinen tiefen Dank ausdrücken möchte.

Ich bedanke mich ferner bei den Mitarbeitern des sozialen Dienstes, der Pflege und der Hauswirtschaft, und im Besonderen bei den Alltagshelferinnen Fatma Musliu und Cemile Cam-Imsak, die mir unermüdlich zu jeder Tageszeit unterstützend zur Seite standen.

Ferner bin ich den Mitarbeitern der Verwaltung, insbesondere Elwira Gruszka, Doris Reschel und Joanna Lewandowska zu Dank verpflichtet.

Zuletzt danke ich all jenen, die sich bereit erklärt haben, an der Untersuchung teilzunehmen und ohne deren Mitwirken die vorliegende Arbeit nicht zustande gekommen wäre.