



aufschwungalt
neue wege zukunft



Landeshauptstadt
München
Sozialreferat

Zusammenfassung Abschlussbericht

über die wissenschaftliche Begleitung der

**Pflegeoasen im Haus an der Rümmanstraße und Maria Ramersdorf der
MÜNCHENSTIFT**

Evaluationszeitraum Juni 2008 - September 2009



Ausgangslage

Das Sozialreferat der LHM hat die Umsetzung der Konzepte Pflegeoasen in der MÜNCHENSTIFT ausdrücklich begrüßt und finanzielle Mittel auch für die wissenschaftliche Evaluation bereitgestellt.

Die externe Evaluation (wissenschaftliche Begleitung) wurde von aufschwungalt München durchgeführt und war schwerpunktmäßig auf die Lebensqualität der Bewohner, die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter und die Kundenzufriedenheit der Angehörigen ausgerichtet.

Die interne Evaluation wurde durch die Abteilung Qualität der MÜNCHENSTIFT durchgeführt.

Methoden der internen Evaluation waren:

- Datenerhebungen aus dem EDV-gestützten Pflegedokumentation: Pflegestufen / Barthelindex / BMI – Werte / Dekubitusgefährdung (Bradenskala)
- Bewohnerbezogene Verlaufsdokumentationen

1 Zielsetzung

Ziel der wissenschaftlichen Begleitung war es, die Einführung und Implementierung der Oasen aus den unterschiedlichsten Blickwinkeln aller Beteiligten (BewohnerInnen, MitarbeiterInnen, Angehörige) zu beschreiben und zu evaluieren. Ebenso sollte durch die zeitliche Einteilung der Evaluation in drei Phasen - mit dem Abstand von circa 4 - 5 Monaten - mögliche Verlaufsänderungen erfasst werden.

2 Erkenntnisinteresse

Die Evaluierung soll die forschungsbasierte Weiterentwicklung des Konzepts und der Versorgungsqualität der Zielgruppe ermöglichen.

Leitfragen der wissenschaftlichen Begleitung waren:

- Welche Einflüsse in der Betreuung der BewohnerInnen und in welchem Maße beschrieben werden können?
- Welche Veränderungen ergeben sich für Mitarbeiter und Angehörige in den Pflegeoasen?
- Wie unterscheiden sich die beiden Pflegeoasen?
- Welche Qualitätskriterien lassen sich entwickeln?

3 Ergebnisse für die wissenschaftlichen Leitfragen

3.1 Einflüsse für die BewohnerInnen

Die Pflegeoase wird von den MitarbeiterInnen als eine Betreuungsform wahrgenommen, welche für die BewohnerInnen eine generelle Verbesserung ermöglicht.

In der *Rümannstraße* liegt in der Evaluation der Trend in der Bewertung von hoher Verbesserung zu sehr hoher Verbesserung.

In *Ramersdorf* liegt in der Evaluation der Trend in der Bewertung von sehr hoher Verbesserung zu hoher Verbesserung.

Die Ergebnisse der internen Evaluation zeigen, dass die Bewohner von den eingesetzten Pflegemethoden profitieren. Der Gesundheitszustand der Bewohner erfordert ein hohes Maß an Prophylaxen (pflegerische Maßnahmen zur Vorbeugung von Folgeerkrankungen) um zu verhindern, dass es zu zusätzlichen Erkrankungen kommt.



3.2 Einflüsse für die Angehörigen

Für Pflegeoasen gilt gleichermaßen, dass die Zusammenarbeit zwischen MitarbeiterInnen und Angehörigen kontinuierlich und intensiv ermöglicht und gestaltet werden sollte. Gerade Angehörige, denen eine regelmäßige und häufige Anwesenheit möglich ist, schildern die Vorteile der persönlicheren und überschaubareren Betreuungsform der Oase. Daneben bieten aber auch häufige regelmäßige Angehörigentreffen und aufsuchende Informationen, sowohl über die Demenzerkrankung und ihre Folgen, als auch frühzeitige Planung und Gespräche über die gewünschte Palliativbegleitung, wichtige Hinweise für die Konzeptfortschreibung der Pflegeoasen.

3.3 Einflüsse für die MitarbeiterInnen

Im Gegensatz zu anderen Wohn- und Pflegebereichen, in denen ebenfalls Menschen mit Demenz und erhöhtem Pflegeaufwand leben, kommt es hier zu einer Bündelung von beeinflussenden Faktoren.

3.3.1 Arbeitsbelastung

In der *Rümannstraße* hat der Belastungsgrad in der Pflegeoase im Evaluationszeitraum abgenommen.

In *Ramersdorf* hat der Belastungsgrad zwischen den beiden ersten Evaluationen zugenommen. Als Hauptursache für diesen Anstieg kann in Ramersdorf vor allem der Wechsel der MitarbeiterInnen zwischen den Welten angesehen werden. Bei der Abschlussevaluation hatte sich die Belastung durch bessere Organisation und Teamarbeit entspannter dargestellt.

3.3.2 Zusammenarbeit

Die MitarbeiterInnen der Pflegeoase beschreiben eine generelle Verbesserung der Zusammenarbeit. Die Pflegeoase ist im Haus "angekommen" und die Zusammenarbeit mit den übrigen Wohnbereichen hat sich verbessert.

In der *Rümannstraße* wird die Zusammenarbeit mit Angehörigen und Ehrenamtlichen als besonders positiv bewertet.

3.3.3 Arbeitszufriedenheit

In der *Rümannstraße* kommt es im Evaluationszeitraum zu einer Art realistischer Ernüchterung, so zeigt sich zwischen den Extremen ein Anstieg der Zufriedenheit. Die MitarbeiterInnen wünschen sich ein festes Team mit engagierten KollegInnen, welche bei der Umsetzung des Konzepts mitarbeiten.

In *Ramersdorf* beschreiben die MitarbeiterInnen eine generelle Verbesserung der Zusammenarbeit. Die Pflegeoase ist im Haus "angekommen" und die Zusammenarbeit mit den übrigen Wohnbereichen hat sich verbessert.

3.3.4 Wechsel zwischen Einzelzimmer und Oasenraum

In der Pflegeoase finden mehr oder weniger Raumwechsel zwischen den Einzelzimmern und den Oasenräumen statt.

Es konnten keine nachprüfbaren Kriterien für diese Wechsel evaluiert werden.

Im Evaluationszeitraum haben sich in RÜM die Aufenthaltszeiten im Oasenraum und auch die Anzahl der BewohnerInnen, welche dort übernachteten, vergrößert.

Ramersdorf entwickelt zum Zeitpunkt des Evaluationsabschlusses gerade längere Aufenthaltszeiten und erprobt das Übernachten im Oasenraum. Durch das Drei-Welten-Konzept entstehen andere Aufenthaltsbelegungen - und zeiträume als in abgeschlosseneren Oase wie z.B. in der *Rümannstraße*, da der Oasenraum wie bereits ausgeführt über zwei Nutzungsansätze verfügt.



4 Veränderungen der Anforderungen an das Pflege- und Betreuungsteam

4.1 Essenseingabe und Trinkzufuhr

Pflegeoasen haben einen erhöhten Zeitbedarf für die Essenseingabe und Trinkeinfuhr.

4.2 Körperliche Belastungen

Die MitarbeiterInnen in der Pflegeoase RÜM verfügen über technische Hilfsmittel und enge räumliche Nähe, die es erleichtert, KollegInnen um Hilfe zu bitten.

Die Mitarbeiter RAM haben hohe körperliche Belastungen durch die oft allein durchgeführten Transfers und das erhöhte Bettenschieben. Auch sind KollegInnen räumlich weiter entfernt und können oft nicht schnell und reibungslos um Hilfe gebeten werden.

4.3 Demenzbetreuung

RÜM: Eine einheitliche Demenzbetreuung wird erleichtert, da die BewohnerInnen gleichermaßen an einer fortgeschrittenen Demenz leiden.

RAM: Von den MitarbeiterInnen wird durch den Weltenwechsel eine größere Umstellung und Anpassung an Bewohner mit verschiedenen Demenzstadien und deren Bedürfnisse erbracht.

4.4 Verhaltensauffälligkeiten

In RÜM sind die MitarbeiterInnen den Verhaltensauffälligkeiten ohne Rückzugsmöglichkeiten ausgesetzt, während in *Ramersdorf* durch den Wechsel zwischen den Welten eine zeitweilige Distanzierung und Entlastung den MitarbeiterInnen ermöglicht wird.

4.5 Sterben

In der Pflegeoase RÜM ist der Sterbeprozess für die MitarbeiterInnen näher und intensiver. Die MitarbeiterInnen sind in der Entwicklung von sicheren Abläufen, Ritualen bzw. guter Kooperationen mit Christophorus-Hospizverein und Seelsorgern.

In *Ramersdorf* werden die BewohnerInnen häufiger in den Zimmern beim Sterben begleitet. *Ramersdorf* hat mehrere Rituale der Sterbebegleitung und Verabschiedung entwickelt und eine gute Kooperation mit dem Hospizverein und kirchlichen Seelsorgern aufgebaut.

4.6 Rhythmus finden

RÜM: Es wurden Strukturen eingeführt, um den Ablauf innerhalb der Oase zu optimieren und eine noch bewohnerbezogenere Pflege zu sichern.

Ramersdorf benötigt angepasstere Strukturen für einen reibungsloseren Wechsel zwischen den Welten und eine Verbesserung der notwendigen Kommunikation zwischen den MitarbeiterInnen.

4.7 Flexibilität

Während in RÜM die MitarbeiterInnen die höhere Flexibilitätsanforderung zwischen individuellen Bewohnerbedürfnissen und strukturellen Vorgaben bewältigen müssen, benötigen die MitarbeiterInnen in *Ramersdorf* noch zusätzlich die Fähigkeit, zwischen den verschiedenen Anforderungen der unterschiedlichen Demenzstadien der Welten zu wechseln.

3.8 Team

Das kleine Team in RÜM ist auf gegenseitige Unterstützung und Zusammenarbeit angewiesen. Abstimmungs- und Aushandlungsprozesse sind notwendig, auch um neuen MitarbeiterInnen die Anforderungen in Pflege und Betreuung vermitteln zu können.

In *Ramersdorf* fühlen sich die MitarbeiterInnen als Teil eines großen Teams eines Wohnbereichs. Jedoch ist gleichzeitig jeder Einzelne auch Teammitglied einer speziellen



Welt. Dies führt zu einem erhöhten Bedarf an Kommunikation, Organisation, Einbindung und Abgleich der unterschiedlichen Bedürfnisse innerhalb der verschiedenen Welten und zwischen den Welten.

Für beide Teams sind deshalb eine Begleitung durch Supervision und moderierte Fallbesprechungen sinnvoll und hilfreich.

5 Wie unterscheiden sich die beiden Pflegeoasen?

Gravierender Unterschied sind die räumlichen Gegebenheiten. Während die *Rümannstraße* als geschlossener Bereich gelten kann, wird in *Ramersdorf* die Pflegeoase in das Drei-Welten-Konzept integriert.

5.1 Gemeinsamkeiten

Beide Pflegeoasen haben viele Gemeinsamkeiten, welche einen fachlichen Austausch nahe legen

- Pflege - und Betreuungsangebote
- Angehörigenarbeit
- Fragestellungen aus dem Passungsprozess
- Kooperationen mit externen Diensten etc.

5.2 Integration der Pflegeoase in das Drei - Welten - Konzept

Ramersdorf hat durch den weltenübergreifenden Personaleinsatz und um eine gelingende Integration der Pflegeoase zu erreichen, des Weiteren zu überprüfen:

- Nachvollziehbare Definitionen und Zielsetzungen von und für die MitarbeiterInnen der Pflege und Betreuung, sowohl der einzelnen Welten als auch vor allem der Pflegeoase und deren Oasenraum
- Förderung der gegenseitigen Akzeptanz und Wertschätzung der einzelnen Welten und der darin diversifiziert zu leistenden Pflege - und Betreuungsangebote
- Überprüfung der MitarbeiterInneneinsätze - nicht jeder kann oder möchte in jeder Welt arbeiten - verbunden mit Begleitung bzw. Einarbeitung für KollegInnen in die jeweiligen diversifizierten Pflegeangebote der Welten
- Entwicklung von Kriterien und Transparenz des Mitarbeiterwechsels zwischen den Welten (höhere Planbarkeit für die Mitarbeiter, Gewährleistung größerer Kontinuität in den Welten für die BewohnerInnen und dadurch Steigerung der flexibleren individuelleren Bewohnerbetreuung)
- Verbesserung der Kommunikation zwischen den Welten und zwischen den MitarbeiterInnen

6 Welche Qualitätskriterien lassen sich entwickeln?

Die hier aufgeführten Punkte sind sicherlich nicht abschließend und basieren auf den durch die Evaluationen ermittelten geäußerten Bedürfnissen und auch schon entwickelten Ansätzen.

6.1 Pflege

- Die Essenseingabe und Trinkeinfuhr verstärkt auch als Beziehungs- und Betreuungsangebot zu interpretieren und zu nutzen.
- Ideenfortschreibung der besseren Anpassung von Formularen und Planungen bei der Ernährung und Trinkzufuhr in beiden Pflegeoasen.
- Absprachen und Regeln finden, um eine Versorgung zu zweit häufiger zu ermöglichen. Zum einen zum Schutz der Mitarbeiterinnen, zum anderen als sichere Betreuungsform für die BewohnerInnen.

6.2 Betreuung

Zeitnahe Sicherstellung der grundlegenden Wissensbereiche für die MitarbeiterInnen, um die



Arbeit und den Zugang zu den BewohnerInnen zu erleichtern

- Basale Stimulation
- Kinästhetik
- Demenzerkrankung
- Nonverbale Kommunikation

Entwickeln von Angebotsstrategien bzw. deren Einsatz

- Fortschreibung und Anpassung des biografischen Wissens der BewohnerInnen
- Gestaltung des Lebens-, Zeit- und Raumgefühls in den Oasenräumen (Umgang mit Medien, Materialien, Anreizen etc.)
- Überprüfung der Interpretationen der Oasenräume und der Nutzung (Wechsel Zimmer-Oasenraum, Integration ins Drei-Welten-Konzept, Übernachten und Sterben in den Oasenräumen)

Unterstützung der MitarbeiterInnen durch Supervision und Vermeidung von Überlastungen bei der Entwicklung der "weichen Faktoren" wie

- Einfühlungsvermögen
- Beziehungsfähigkeit - und Bereitschaft
- Zulassen von körperlichem Kontakt und Nähe außerhalb der pflegerischen Tätigkeiten
- Sensible Beobachtungsgabe
- Geduld
- Vertrauen
- Bindungsfähigkeit - und Bereitschaft
- Kontaktfähigkeit, Improvisationsgeschick und Ideen

6.3 Sterbebegleitung

Für eine gelingende **Sterbebegleitung und dem Umgang mit dem Tod** brauchen MitarbeiterInnen sowohl unterstützende externe Hilfe als auch intern entwickelte Abläufe bzw. Rituale:

- Wissen über Palliativpflege
- Kooperationen zu Hospizen und Seelsorgern
- Frühzeitige Kommunikation mit den Angehörigen und Ärzten
- Entwicklung von Abläufen der Versorgung von Toten
- Entwicklung von Ritualen des Abschieds und der Verarbeitung
- Supervision für die MitarbeiterInnen

6.4 Angehörigenarbeit

Beide Pflegeoasen sollten Formen der Angehörigenarbeit weiter entwickeln

- Gezielte Informationen über Demenzerkrankung und deren Entwicklung
- regelmäßiger und häufigere Treffen (auch informeller Art im Oasenraum)
- Das Thema Sterbebegleitung und Palliativpflege gezielt frühzeitig ansprechen um größere Sicherheit für alle zu erlangen
- Strategien entwickeln um den Angehörigen bei der sich verändernden Kommunikation mit den Demenzerkranken zu helfen

6.5 Teambildung

Nur MitarbeiterInnen, welche sich zu einem Team entwickeln, sind den komplexen Aufgaben der Pflegeoase gewachsen und eine Gewährleistung für die gelungene und

zufriedenstellende Umsetzung des Konzepts. Externe Begleitung, z.B. durch Supervision, ist dabei hilfreich.

intern



- Planung und Strukturierung von Abläufen
- Entwicklung gültiger Regeln für alle MitarbeiterInnen für die Durchführung (z.B. Hilfe beim Transfer)
- Regelmäßige Teamsitzungen für Fallarbeit und Konzeptfortschreibung
- Auszeiten gewährleisten
- Sicherstellung der Pausenzeiten
- Dienstplangestaltung mit ausreichenden Freizeiten
- Entwicklung von unterstützenden und hilfreichen Ritualen

extern

- Kooperationen weiter ausbauen und fördern (z.B. Hospize oder hausinterne Leistungen)
- Einsatz externer Helfer
- Supervision z.B. zur Teamarbeit, Fallarbeit und Sterben

7 Interne Evaluation

Im Folgenden wird von 22 Bewohnern der Pflegeoase im Haus an der Rümmanstraße und von 12 Bewohnern der Pflegeoase in St. Maria Ramersdorf, welche im Erhebungszeitraum in der Oase wohnten, berichtet.

Die für den Bericht ausgewerteten Daten, Beschreibungen und Einschätzungen der Bewohner sind immer in Bezug auf Krankheitsprozesse zu interpretieren. Diese müssen nicht immer unmittelbar mit der demenziellen Erkrankung zusammenhängen. Die vorliegenden Diagnosen der Bewohnerinnen der Pflegeoase belegen, dass alle als multimorbid bezeichnet werden können.

7.1 Altersdurchschnitt und Pflegestufenverteilung

Ramersdorf

Durchschnittsalter 87 Jahre (12 Bewohner)	
Alter bei Einzug	Anzahl
unter 60	0
60 - 70	0
70 - 80	2
80 - 90	8
über 90	2

Alle 12 Bewohner waren in der Pflegestufe drei. Eine vollständige Übernahme in allen Bereichen der Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des täglichen Lebens durch die Pflegenden war notwendig. Es gab keine Veränderungen in der Pflegeeinstufung im Berichtszeitraum:

Pflegestufe	Bei Einzug	Veränderungen
Pflegestufe 1	0 Bewohner	0 Bewohner
Pflegestufe 2	0 Bewohner	0 Bewohner
Pflegestufe 3	12 Bewohner	12 Bewohner
Pflegestufe 3 H	0 Bewohner	0 Bewohner
	12 Bewohner	12 Bewohner

Rümmanstraße

Durchschnittsalter 81 Jahre (22 Bewohner)	
Alter bei Einzug	Anzahl

unter 60	1
60 - 70	4
70 - 80	4
80 - 90	6
über 90	7

Von den 22 Bewohnern waren 18 Bewohner mit der Pflegestufe drei in der Oase. Im Verlauf wurden vier Bewohner als Härtefall eingestuft. Eine vollständige Übernahme in allen Bereichen der Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des täglichen Lebens durch die Pflegenden war notwendig.

Pflegestufe	Bei Einzug	Veränderungen
Pflegestufe 1	0 Bewohner	0 Bewohner
Pflegestufe 2	4 Bewohner	0 Bewohner
Pflegestufe 3	18 Bewohner	18 Bewohner
Pflegestufe 3 H	0 Bewohner	4 Bewohner
	22 Bewohner	22 Bewohner

7.2 Übernahme der Selbstversorgungsfähigkeiten durch die Pflegekräfte

Als Assessmentinstrument zur Einschätzung der Selbstversorgungsfähigkeiten der Bewohner wird der Barthel-Index durch die Pflegekräfte benutzt. Er ist ein kontinuierlicher Kontrollparameter der geriatrischen Selbstversorgungsfähigkeit im Alltag. Der Akzent liegt auf den vorhandenen Fähigkeiten des Bewohners. Der Barthel-Index ist somit kein Instrument zur quantitativen Einschätzung des Pflegebedarfs. Er berücksichtigt auf einer numerischen Skala von 0 – 10 alle Aktivitäten des täglichen Lebens (Stuhlgang, Urin, Waschen, Toilette, Essen, Transfer, Bewegung, Ankleiden, Baden). Bei einer schweren Demenz liegt der Barthelindex bei 15 – 0 Punkten.

Maria Ramersdorf		
Barthel-Index Punktwerte	Erste Erhebung August 2008	Letzte Erhebung August 2009
Pflegeabhängigkeit		
über 50	1 Bewohner	0 Bewohner
Schwere Pflegeabhängigkeit		
25	1 Bewohner	1 Bewohner
20	1 Bewohner	1 Bewohner
15	0 Bewohner	0 Bewohner
10	1 Bewohner	1 Bewohner
5	1 Bewohner	3 Bewohner
0	7 Bewohner	6 Bewohner



Rümannstraße		
Barthel-Index Punktwerte	Erste Erhebung August 2008	Letzte Erhebung August 2009
Pflegeabhängigkeit		
über 50	3 Bewohner	0 Bewohner
schwere Pflegeabhängigkeit		
25	1 Bewohner	1 Bewohner
20	2 Bewohner	1 Bewohner
15	2 Bewohner	0 Bewohner
10	2 Bewohner	3 Bewohner
5	5 Bewohner	4 Bewohner
0	7 Bewohner	13 Bewohner

Fazit:

Die Selbständigkeit nimmt, ebenso wie die kognitiven Fähigkeiten, kontinuierlich ab. Dies bestätigen auch die Erhebungen in den Pflegeoase. Der kontinuierlichen Abnahme der Selbstversorgung wird in der Oase vor allem mit Ressourcenerhalt, -förderung – und -stabilisierung begegnet.

- Durch anleitende Unterstützung können einzelne Fähigkeiten (z.B. Greifen nach Essen, Getränken) gezielt gefördert und erhalten werden.
- Die anleitende Unterstützung muss die Tagesform der Bewohner berücksichtigen und mit einer dem Bewohner angepassten Kommunikationsform (z.B. basale Stimulation) begleitet werden
- Beruhigende Pflegemaßnahmen (Basale Stimulation, Lagerung auf dem Wasserbett) haben eine entspannende und aktivierende Wirkung bezüglich der noch vorhandenen körperwahrnehmenden Ressourcen.
- Grundlegend und unabdingbar für die Ressourcenförderung- und -erhaltung ist eine genaue, ausführlich dokumentierte Beobachtung, welche durch Fallbesprechungen ergänzt wird.

7.3 Dekubitusrisiko

Das Risiko einen Dekubitus zu entwickeln, ist für Bewohner mit überwiegender Immobilität sehr groß. Demenzkranke immobile Bewohner sind nicht mehr in der Lage die zur Druckentlastung notwendigen unwillkürlichen Bewegungen durchzuführen. Folge eines anhaltenden Drucks auf eine bestimmte Körperregion ist, dass das Blut in dieser Region nicht mehr ausreichend fließen kann. Dadurch kommt es zu einer Schädigung des Gewebes (der Haut und der darunter liegenden Schichten). Weitere Risikofaktoren für eine mögliche Hautschädigung sind mangelnde Hautfeuchtigkeit.

Als Einschätzungsinstrument wurde bei allen Bewohnern die Bradenskala eingesetzt. Anhand der mit der Skala ermittelten Werte können gezielte Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe geplant und durchgeführt werden. Sollte eine Summe von 15 oder weniger Punkten vorhanden sein, besteht ein erhöhtes Dekubitusrisiko. Je weniger Punkte, desto größer das Risiko. Bei 9 oder weniger Punkten besteht ein sehr hohes Dekubitus-Risiko.

Aus der Tabelle ist die Risikogefährdung der Bewohner dargestellt.

RAMERSDORF			
Bradenskala	Punkte	Erste Erhebung August 2008	Letzte Erhebung August 2009
erhöhtes Risiko	20 - 16	2 Bewohner	1 Bewohner
hohes Risiko	15 - 11	4 Bewohner	5 Bewohner
sehr hohes Risiko	10 und weniger	6 Bewohner	6 Bewohner



RÜMANNSTRASSE			
Bradenskala	Punkte	Erste Erhebung August 2008	Letzte Erhebung August 2009
erhöhtes Risiko	20 - 16	8 Bewohner	5 Bewohner
hohes Risiko	15 - 11	11 Bewohner	15 Bewohner
sehr hohes Risiko	10 und weniger	3 Bewohner	2 Bewohner

Fazit:

Alle Bewohner der Pflegeoase sind dekubitusgefährdet. Dies war auch aufgrund der zunehmenden Immobilität, die alters- oder krankheitsbedingte schlechte Durchblutung und der hohen Pflegebedürftigkeit der Bewohner nicht anders zu erwarten.

- Mobilisation durch die kontinuierlichen und geplanten Positionswechsel, sowohl im Bett als auch im Roll- bzw. Pflegestuhl sind die wichtigste Pflegemaßnahme.
- Durchführung von regelmäßiger Mikrolagerung auch bei einer Mobilisation in Roll- bzw. Pflegestühle ist unverzichtbar.

7.4 Gewichtsverlauf anhand des Body-Mass-Index (BMI)

Demenzkranke Menschen haben ein ausgesprochen hohes Risiko für Mangelernährung und Dehydratation. Speisen und Getränke werden nicht mehr als solche erkannt, Bedürfnisse können nicht entsprechend ausgedrückt werden und Impulse zum Essen und Trinken müssen meist von außen kommen. Handlungsabläufe für das Essen und Trinken sind nicht mehr präsent, viele Bewohner leiden auch an innerer Unruhe und es fällt schwer sich auf die Mahlzeit zu konzentrieren.

Um die Risiken zu verifizieren, wird regelmäßig der Body-Mass-Index (BMI) bestimmt, dieser ist aussagekräftiger als das Körpergewicht und durch Trinkprotokolle (Einfuhrpläne) ergänzt. Die BMI-Werte werden in drei Risikogruppen eingeteilt. Die Risikoverteilung in der Pflegeoase stellte sich im Berichtszeitraum wie folgt dar:

RAMERSDORF			
BMI-Werte	Richtwerte	Erste Erhebung August 2008	Letzte Erhebung August 2009
	über 23,5	1 Bewohner	1 Bewohner
Risikostufe 1	19 - 23,5	7 Bewohner	7 Bewohner
Risikostufe 2	17 - 18,5	2 Bewohner	3 Bewohner
Risikostufe 3	17 und weniger	2 Bewohner	1 Bewohner

RÜMANNASTRASSE			
BMI-Werte	Richtwerte	Erste Erhebung August 2008	Letzte Erhebung August 2009
	über 23,5	8 Bewohner	7 Bewohner
Risikostufe 1	19 - 23,5	6 Bewohner	10 Bewohner
Risikostufe 2	17 - 18,5	6 Bewohner	4 Bewohner
Risikostufe 3	17 und weniger	2 Bewohner	1 Bewohner

Fazit:

Es zeigt sich, dass selbst bei fortgeschrittener Pflegebedürftigkeit bei der Essen- und Trinkgabe, trotz häufig auftauchender Schluckbeschwerden, erhöhtem Aspirationsrisiko und vorkommender Nahrungs- und Trinkverweigerung, der BMI – Wert sich bei 11 Bewohnern gehalten und sogar bei 15 Bewohnern verbessert hat. 8 Bewohner haben abgenommen. Zwei Bewohnerinnen hatten bereits bei Einzug in die Oase eine perkutane gastroenterale

Fistel (PEG). Davon wurde eine Bewohnerin oral ernährt, die PEG braucht sie zur Einnahme



der Medikamente. Bei der anderen Bewohnerin konnte erreicht werden, dass sie wieder Nahrung oral zu sich nimmt.

Das Erleben der Gemeinschaft konnte als stimulierend für die Bewohner beobachtet werden.

- Die ruhige, friedliche und spannungsfreie Atmosphäre im Oasenraum beim Essen ist förderlich.
- Die ständige Verfügbarkeit von Speisen und Getränken in der Oase ermöglicht eine stärkere Berücksichtigung der Tagesform und der Bedürfnisse der Bewohner.
- Die Verwendung von biographischen Daten (z.B. Bewohner war immer schlank) und das Wissen um bestehende Ess- bzw. Trinkgewohnheiten ist unabdingbar.
- Eine Einbindung und u.U. auch Anleitung von und durch die Angehörigen zeigt sich als sehr hilfreich.
- Kontinuierliche Planung und Kommunikation über Ess- und Trinkverhalten der Bewohner im Pflorgeteam sichert die Stabilisierung und Erhaltung dieses wichtigen Lebensbereichs.

7.5 Angewandte Pflegemethoden und Beobachtungen zu Reaktionen von Bewohner

In der Pflegeoase soll den Bewohnern die Möglichkeit gegeben werden, in Gemeinschaft zu leben, Geborgenheit zu spüren, Sicherheit zu fühlen und Angst zu reduzieren. Gleichzeitig wird durch gezielte Anregung der Sinne (Licht, Farben, Klänge, Berührung, gezielter Einsatz von Musik) Unterforderung und Vereinsamung entgegengewirkt.

Eine Fragestellung für die Evaluation war, welche Pflegemethoden sich positiv auf die Bewohner auswirken. Deshalb wurde im Verlaufsbogen folgende Frage formuliert:

Auf welche Pflegemethoden / Maßnahmen reagiert der Bewohner besonders positiv?

Dazu wurden u.a. folgende Beobachtungen gemacht:

- *„Frau F. freut sich immer über eine Fußmassage, ihr Wohlbefinden drückt sie durch Lachen aus.“*
- *„Auf dem Wasserbett ist zu beobachten, dass sich Fr. K. entspannt.“*
- *„Im „Snuzelenraum“ kann sich Fr. K. sehr gut entspannen“*
- *„Bewohnerin reagiert positiv auf akustische Reize – klassische Musik“*
- *„Positive Reaktionen auf belebende Waschungen, Augenkontakt kann gut aufgenommen werden, Bewohnerin lächelt und macht zufriedenen Eindruck“*
- *Herr R. wird seit 3 Wochen abends auf das Wasserbett gelegt, mit Lichtprojektion. Sein Blick wurde direkter, seine Hände greifen nach oben, Spastik ging zurück. Bewohner lächelt mehr.*
- *Fr. Sch. wird jeden 2. Tag mobilisiert in den Mehrfunktionsstuhl. Am Nachmittag auch auf das Wasserbett, wenn Bewegungen sehr ausgeprägt sind, mehr Platz sich auszutoben. Keine roten Lichtreflexe einsetzen, da Frau Sch. oft sehr hektisch reagiert. Ich denke, dass dies mit dem Beruf – Fluglotsin zu tun hat, das ist so rot – Alarm?*
- *Frau F. bleibt gerne lange auf, mag Seifenblasen, sitzt gerne in der Runde beisammen und auf dem Balkon. Frau F. mag Basale Stimulation und schläft meist dabei ein und kann auch gut entspannen.*
- *Frau D. ist erst seit kurzen in der Oase. Noch keine handfesten Beschreibungen möglich. Bewohner genießt es am Fenster zu sitzen, mag gerne baden und auch das Wasserbett.*
- *Bewohner entspannt sich am Wasserbett. Bei Kopf- oder Handmassage mit wärmenden Ölen. Sitzt gerne am Balkon und badet gerne.*

Fazit:

Die Nutzung der vorhandenen Ausstattung (Spezialbadewanne mit Sprudelelementen, Wasserbett), als auch der gezielte Einsatz minimaler Einheiten basaler Stimulation (z.B.



Hand- und Fußreihungen, Duftlampen, Lichtspiele) und die ruhige Atmosphäre des Oasenraums zeigten in den (zumeist nonverbalen) Reaktionen (z.B. Lächeln, Verminderung der Unruhe und Muskelanspannungen) der Bewohner und Bewohnerinnen eine positive Wirkung. Eine erfolgreiche Stimulierung richtet sich immer nach den vielfältigen individuellen Bedürfnissen der Bewohner und Bewohnerinnen und kann somit keinem routinierten Ablauf gehorchen.

7.6 Einsatz von Psychopharmaka

Nach Angabe in den Verlaufsbögen der 34 Bewohner lag für sieben Bewohner eine Verordnung als Bedarfsmedikation für Psychopharmaka vor).

Die Pflegekräfte hätten diese bei Erregungs- bzw. Spannungszuständen, Unruhe oder zur Aufrechterhaltung des Tag-Nachtrhythmus aufgrund der bestehenden ärztlichen Verordnung einsetzen können. Aus den Verlaufsbögen geht hervor, dass keine zusätzliche Medikation notwendig war.

7.7 Freiheitsentziehende Maßnahmen (FeM)

Von 34 Bewohnern lag für vier Bew. (2 RAM, 2 RÜM) eine richterlicher Genehmigung für das Anbringen von Bettseitenteilen vor, diese wurden überwiegend nachts eingesetzt. Bei sechs Bewohnern (4 RAM, 2 RÜM) lag eine richterliche Genehmigung für einen Bauchgurt im Rollstuhl vor. Die Bauchgurte wurden phasenweise tagsüber im Rollstuhl eingesetzt.

- Im Oasenraum kann durch die Möglichkeit, die Bewohner im Blick zu haben, überwiegend auf freiheitsentziehende Maßnahmen verzichtet werden.
- Viele der Bewohner schlafen nachts in ihren Zimmern. Als Schutzmaßnahme werden bei manchen Bewohnerinnen immer noch Bettseitenteile eingesetzt. Es ist zu bedenken, dass besonders in RAM die Nachtwache für den gesamten Wohnbereich verantwortlich ist. Eine Risikoabwägung ist hier nicht einfach.
- Dennoch wird vermehrt versucht, auf die Bettseitenteile zu verzichten. So schläft eine Bewohnerin jetzt in der Pflegeoase im Pflegenest im Oasenraum, die Anwendung FeM ist damit nicht mehr notwendig.
- Die Information und Aufklärung von Angehörigen über die Bedeutung von FeM ist sehr wichtig. Oft sind sie der Meinung, dass der Schutz vor Stürzen aus dem Bett oder Rollstuhl wichtiger ist als die Freiheit einzuschränken. Dies kann die Pflegenden in Konflikte bringen.

Besonders in RÜM konnten in Absprache mit den Angehörigen / Betreuern und Hausärzten Freiheitsentziehenden Maßnahmen erheblich reduziert werden. Hier einige Begründungen aus den Pflegeberichten:

- *Frau Kl. benötigt den Vorsatztisch nicht. Frau Kl. fühlt sich freier, wenn der Vorsatztisch nicht vorhanden ist. Sie benötigt in der Nacht keine Bettseitenteile da Niederflurbett vorhanden mit Matratze. Sollte Frau Kl. aus dem Bett krabbeln ist es kein Sturz. Tochter von Frau Kl. ist informiert und möchte dies auch so. Es wird weiterhin beobachtet und im Pflegebericht beschrieben. Am 12.05.09 wurde der gerichtliche Beschluss für die Bettseitenteile und Stecktisch aufgehoben.*
- *Fr. P braucht keine Bettseitenteile. Sie hat ein Niederflurbett mit Matratze davor, bei Versuch aus dem Bett zu krabbeln keine Sturzgefahr.*
- *Am 11.05.09 wurde Gespräch mit Frau C. (Betreuerin) geführt, dass für Herr C. keine Bettseitenteile mehr erforderlich ist (Niederflurbett) Am 13.05.09 wurde dies dem Amtsgericht durch Frau C. mitgeteilt.*

7.8 Exemplarischer Verlaufsbericht Bewohner

Ramersdorf - Frau K.

Frau K. (86) zog im Juli 2008 aus der „Welt 2“ in die Oase ein. Grund hierfür war eine



zunehmende Immobilität, Verschlechterung des Allgemeinzustands verbunden mit Gewichtsabnahme und ein starkes Rückzugsverhalten, in welchem sie kaum noch ihr Zimmer verließ.

Frau K. wurde in der Oase wieder aktiver. Sie besuchte gerne den Snoezelenraum und konnte mit Hilfe wieder laufen. Durch Anleitung begann sie wieder selbständig zu Essen und zu Trinken und nach zwei Monaten konnte eine Gewichtszunahme festgestellt werden.

Sie erhielt ein Niedrigflurbett, eine Matratze vor dem Bett und in der Nacht auf eigenen Wunsch eine Beleuchtung. Durch validierende Kommunikation konnte Frau K. wieder in Kontakt mit anderen Bewohnern treten. Sie blühte förmlich auf und konnte aus ihrer Rückzugstendenz herausgeholt werden.

Ab Januar 2009 verschlechterte sich ihr Zustand zunehmend. Sie war nicht mehr so aktiv. Sie war häufig sehr schläfrig und zu schwach zum Laufen. Frau K. konnte nicht mehr soviel trinken und erhielt bei Bedarf Infusionen.

Im März 2009 trat eine weitere Verschlechterung. Frau K. entwickelte Fieber und war sehr verschleimt. Trinken und Essen war nur noch sehr eingeschränkt möglich. Eine Krankenseinweisung wurde nach Rücksprache mit der Betreuerin und dem Arzt nicht durchgeführt. Am 26.3.09 ist Frau K. in ihrem Zimmer nachts verstorben.

Rümannstraße - Herr K.

Herr K. (Alter) wohnte von Dezember 2004 bis Oktober 2007 im Haus an der Rümannstraße im beschützenden Bereich. Herr K. hat einen Sohn, eine Tochter und eine Lebensgefährtin, die auch die Betreuung in allen Angelegenheiten übernommen hat. Er bekommt regelmäßig Besuch.

Zum Zeitpunkt seines Umzugs in die Pflegeoase im Oktober 2007 erhielt Herr K. Unterstützung bei der Körperpflege und Anleitung bei Essens- und Trinkeingabe. Da er mobil war, wurde zur Sturzprophylaxe ein Niedrigflurbett, eine Trochanterhose und ein Kopfschutz verwendet. Herr K. erhielt keine Psychopharmaka und klagte nicht über Schmerzen (Verifizierung auch über ECPA-Bogen). Herr K. reagierte jedoch vermehrt mit Schreien. Diese Reaktion wurde teilweise schon durch die Anwesenheit von mehr als zwei Personen in seiner Nähe ausgelöst. Um eine Überforderung durch Reizüberflutung zu verhindern, wurde der Umzug in die Pflegeoase initiiert.

Während Herr K. anfangs nur tagsüber für ein paar Stunden in der Pflegeoase war und nachts in seinem Zimmer schlief, bleibt er nun den gesamten Tag in der Oase. Herr K. reagiert positiv auf basale Stimulation und Entspannungsbäder. Die Kommunikation über Augenkontakt und Berührung erleichtern den Zugang, Unzufriedenheit kann Herr K. durch entsprechende Reaktionen deutlich machen.

Herr K. wird entsprechend seiner Tagesform im Lagerungsstuhl mobilisiert und sitzt gerne am Fenster der Pflegeoase. Er entspannt sich auf dem Wasserbett und seine Unruhe und sein Schreien haben sich im Verlaufe seiner Erkrankung durch die ruhigere Umgebung der Oase und den gezielten Einsatz von Musik, Mobilisation, Berührung verbessert.

Es werden keine FeM angewandt. Da die Mobilität von Herr K. abgenommen hat, sind zur Sturzprophylaxe ein Niedrigflurbett mit einer Matratze vor dem Bett ausreichend. Die Matratze soll verhindern, dass sich Herr K. verletzt, falls er aus dem Bett rollen sollte. Durch den Einsatz einer Antirutschmatte im Pflegestuhl werden Stürze aus dem Stuhl verhindert.

Herr K. klagt nicht über Schmerzen, eine regelmäßige Überprüfung anhand des ECPA-Bogens findet statt. Aufgrund von Schluckstörungen besteht erhöhte Aspirationsgefahr, in der Maßnahmenplanung wird darauf explizit eingegangen. Herr K. kann, wenn man ihm viel Zeit lässt, oral noch eingedickte Getränke und auch Essen zu sich nehmen.