07/2016

Veröffentlichungsreihe des Deutschen Zentrums für Neurodegenerative Erkrankungen e.V. (DZNE), Standort Witten

Forschungsbericht der Studie DemenzMonitor

Umsetzung demenzspezifischer Wohn- und Betreuungskonzepte in Einrichtungen der stationären Altenhilfe

Rebecca Palm
Bernhard Holle

DZNE
Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen in der Helmholtz-Gemeinschaft

Impressum

Herausgeber
Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e.V. (DZNE)
Standort Witten
Stockumer Straße 12
58453 Witten
Tel: +49 (0) 2302 / 926 237
Fax: +49 (0) 23 02 / 926 239
Internet: https://www.dzne.de/standorte/witten.html

Autoren
Dr. Rebecca Palm, Gesundheits- und Krankenpflegerin, Dipl. Pflegewirtin (FH), M.Sc.
Dr. Berhard Holle, Gesundheits- und Krankenpfleger, MScN (Projektleitung)

Wissenschaftliches Team
Kerstin Köhler, Dipl.-Gerontologin
Christian G.G. Schwab, Gesundheits- und Krankenpfleger, Dipl.-Kaufmann, M.Sc.
Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik (Projektleitung bis 31.12.2012)

Kontakt
Dr. Bernhard Holle, Telefon: 0 23 02 / 926 241, Email: bernhard.holle@dzne.de

Zitierung
Palm, R., Holle, B. (2016). Forschungsbericht der Studie DemenzMonitor, Umsetzung demenzspezifischer Wohn- und Betreuungskonzepte in Einrichtungen der stationären Altenhilfe. Witten: Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e.V. (DZNE), Standort Witten.

Juli 2016

ISBN: 978-3-9817901-2-2

Druck: Koffler Druck

Diese Publikation ist eine Veröffentlichung des Deutschen Zentrums für Neurodegenerative Erkrankungen e.V. (DZNE). Sie wird kostenlos abgegeben und ist nicht für den Verkauf bestimmt. Alle Rechte vorbehalten. Abdruck oder vergleichbare Verwendung ist, auch in Auszügen, nur mit vorheriger schriftlicher Genehmigung gestattet.

Inhalt

Tabellenverzeichnis 3

Abbildungsverzeichnis 5

1. Einleitung 7

2. Gegenstand und Aufbau des Forschungsberichts 10

3. Methodische Herangehensweise 11

Studiendesign & Teilnehmer 11

Eingesetzte Instrumente zur Datenerhebung 11

Durchführung der Datenerhebung 12

Datenauswertung 12

4. Teilnehmende Einrichtungen und Bewohner 14

Organisationsmerkmale der Einrichtungen und Wohnbereiche 14

Lage und Trägerschaft 14

Angebotsstruktur und Größe 15

Kosten für Pflege, Unterkunft & Verpflegung und Investitionen 18

Kosten für einen Pflegeplatz auf einem Demenzwohnbereich 23

Personalbeschäftigtenquoten, Betreuungsrelationen und Personalbesetzung 24

Qualifikation der Mitarbeiter 29

Personalorganisation 31

Personal nach §87b SGB XI 32

Ehrenamtliche Mitarbeiter 32

Pflegestufenverteilung in den teilnehmenden Einrichtungen 33

Erheblicher allgemeiner Betreuungsbedarf 34

Pflegerelevante Merkmale der Bewohner 38

Soziodemografische Charakteristika 38

Prävalenz von kognitiven Einschränkungen und Demenzdiagnosen 40

Prävalenz von Pflegeabhängigkeit 43

Prävalenz von herausforderndem Verhalten 46

5. Wohnkonzept der teilnehmenden Einrichtungen 50

Spezialisierung der Wohnbereiche 50

Architektonische Gestaltung der Wohnbereiche 52

Milieugestaltung der Wohnbereiche 53

Wohnsituation der Bewohner 55

6. Betreuungskonzept der teilnehmenden Einrichtungen 57

Grundsätze des Betreuungskonzepts 58

Umsetzung von empfohlenen Maßnahmen für Bewohner mit herausforderndem Verhalten 61

Fallbesprechungen 63

Assessments 69

Erinnerungspflege 78

Maßnahmen der multisensorischen Stimulation 80

Validation 83

Bewegungsförderung 83

7. Gesamtzusammenfassung 90

Wohnkonzepte 91

Betreuungskonzepte 92

Ausblick 93

8. Literatur 94

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Angebotsstruktur der Einrichtungen und Wohnbereiche 17

Tabelle 2: Kosten für Pflege, Unterkunft und Verpflegung und Investitionen 18

Tabelle 3: Kosten für Pflege auf einem Demenzwohnbereich/Tag in Euro 24

Tabelle 4: Personal pro 100 Bewohner im Vollzeitäquivalent (nicht gewichtet) 26

Tabelle 5: Personal pro 100 Bewohner im Vollzeitäquivalent (gewichtet) 26

Tabelle 6: Betreuungsrelationen auf den Wohnbereichen 28

Tabelle 7: Anzahl der Mitarbeiter mit Weiterbildung in Betreuungsrelation 29

Tabelle 8: Bewohnerstruktur der Einrichtungen 34

Tabelle 9: Allgemeine Angaben der Bewohner mit Unterteilung Schweregrad der kognitiven Einschränkung 39

Tabelle 10: Pflegeabhängigkeit der Bewohner in Bezug zum Schweregrad der kognitiven Einschränkung 43

Tabelle 11: Bereiche der Pflegeabhängigkeit in Abhängigkeit des Schweregrads der kognitiven Einschränkung 45

Tabelle 12: Deskriptive Statistik zum Gesamtscore des NPI 47

Tabelle 13:Deskriptive Statistik zur Anzahl der gezeigten herausfordernden Verhaltensweisen 47

Tabelle 14: Vorkommen und mittlere Schwere erfasster herausfordernder Verhaltensweisen in Abhängigkeit vom Schweregrad der kognitiven Einschränkungen 48

Tabelle 15: Merkmale integrativer und segregativer Wohnbereiche im Vergleich 55

Tabelle 16: Inhalte der letzten Fallbesprechung 68

Tabelle 17: Übersicht der Instrumente zur Schmerzeinschätzung in den teilnehmenden Einrichtungen 71

Tabelle 18: Zeitraum seit der letzten Verhaltenseinschätzung 71

Tabelle 19: Übersicht der genutzten Instrumente zur Schmerzeinschätzung 72

Tabelle 20: Zeitraum seit der letzten Schmerzeinschätzung in Abhängigkeit vom Demenzschweregrad 75

Tabelle 21: Übersicht der genutzten Instrumente zur Einschätzung der Lebensqualität 77

Tabelle 22: Zeitraum seit der letzten Einschätzung der Lebensqualität 77

Tabelle 23: Form der Validation in Abhängigkeit vom Demenzschweregrad 83

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Lage der Einrichtungen in den Bundesländern 14

Abbildung 2: Kosten für Pflege pro Tag in den teilnehmenden Einrichtungen nach Bundesland 20

Abbildung 3: Kosten für Unterkunft & Verpflegung und Investitionskosten pro Tag in den teilnehmenden Einrichtungen nach Bundesland 21

Abbildung 4: Gesamtkosten für einen Pflegeplatz pro Tag in Euro 22

Abbildung 5: Pflegestufenverteilung in den Einrichtungen 35

Abbildung 6: Anteil (%) von Bewohnern mit erheblichem Betreuungsbedarf in den Pflegestufen in den einzelnen Einrichtungen 36

Abbildung 7: Pflegestufenverteilung der Pflegestatistik und des DemenzMonitors im Vergleich 37

Abbildung 8: Bewohner mit einer ärztlichen Diagnose Demenz und einer Demenz nach erfolgter Einschätzung der kognitiven Einschränkung (DSS) 41

Abbildung 9: Auswahlkriterien für einen Demenzwohnbereich 51

Abbildung 10: Theoretische Ansätze in den Betreuungskonzepten 59

Abbildung 11: Merkmale der Betreuungskonzepte 60

Abbildung 12: Maßnahmen im Betreuungskonzept 61

Abbildung 13: Merkmale von Fallbesprechungen (Einrichtungsebene) 64

Abbildung 14: Eingeladene Teilnehmer von Fallbesprechungen (Wohnbereichsebene) 65

Abbildung 15: Teilnehmer der letzten Fallbesprechung in Abhängigkeit vom Grad der kognitiven Einschränkung 66

Abbildung 16: Eingesetzte Instrumente zur Schmerzeinschätzung bei Bewohnern mit schweren kognitiven Einschränkungen 73

Abbildung 17: Eingesetzte Instrumente zur Schmerzeinschätzung bei Bewohnern ohne kognitive Einschränkung 74

Abbildung 18: Maßnahmen der multisensorischen Stimulation in Abhängigkeit von der kognitiven Einschränkung 82

Abbildung 19: Angebote der Bewegungsförderung - Spaziergänge einzeln 84

Abbildung 20: Angebote der Bewegungsförderung - Spaziergänge in einer Gruppe 85

Abbildung 21: Angebote der Bewegungsförderung - Gymnastik/ Sitzgymnastik 85

Abbildung 22: Angebote der Bewegungsförderung - Sport und Spiele 86

Abbildung 23: Angebote der Bewegungsförderung - Spiele mit einer Konsole 86

Abbildung 24: Angebote der Bewegungsförderung - Tanz/ Sitztanz 87

Abbildung 25: Angebote der Bewegungsförderung - Tanzcafé 87

Abbildung 26: Teilnahme an Aktivitäten der Bewegungsförderung in Abhängigkeit von der kognitiven Einschränkung 88

Abbildung 27: Häufigkeiten von Aufenthalten an der frischen Luft in Abhängigkeit der Demenzschwere 89

1. Einleitung

Der Sektor der stationären Altenhilfe stellt einen wichtigen Bestandteil des Gesundheits- und Versorgungsystems in Deutschland dar. Die starke Zunahme der hochaltrigen Bevölkerungsschichten bei gleichzeitiger Abnahme des familialen Pflegepotentials hat in Deutschland dazu geführt, dass in den letzten 12 Jahren eine starke Zunahme von Heimplätzen zu verzeichnen ist. Die Anzahl von Einrichtungen der stationären Altenhilfe ist seit 1999 von 8.859 Einrichtungen auf 12.354 im Jahr 2011 angestiegen (Zuwachsrate von ca. 40%.); die Anzahl der verfügbaren Plätze stieg von 645.456 auf 875.549 (Zuwachs ca. 36%) im selben Zeitraum (Statistisches Bundesamt, 2013).

Die Zunahme der Einrichtungen steht dem sozialpolitischen Leitbild „ambulant vor stationär“ nur scheinbar konträr gegenüber. Solide Versorgungsstrukturen im ambulanten Bereich mit einem ausdifferenzierten Leistungsangebot des SGB XI ermöglichen es den Pflegebedürftigen, so lange wie möglich in ihrem angestammten Wohnumfeld zu leben. Der Umzug in ein Pflegeheim erfolgt heute zumeist erst mit zunehmender Pflegebedürftigkeit. Während 1994 63% der Heimbewohner pflegebedürftige Menschen darstellten, waren es 2005 bereits 85% (Schneekloth & Törne, 2009). In den letzten zehn Jahren hat sich das Altenheim, in dem auch viele Menschen ohne Pflegebedarf lebten, zum Pflegeheim gewandelt, das heute fast ausschließlich nur noch pflegebedürftige Menschen beheimatet.

Eine dementielle Erkrankung und die damit einhergehende Abnahme der kognitiven und funktionalen Fähigkeiten gehört zu den größten Risikofaktoren für einen Heimeinzug. Ergebnisse einer für Deutschland repräsentativen Studie zeigen, dass ca. 70% der Heimbewohner dementielle Veränderungen aufweisen, 56% weisen die Anzeichen einer schweren Demenz auf (Schäufele, Köhler, Hendlmeier, Hoell, & Weyerer, 2013). Das Leistungsangebot der Einrichtungen hat sich dementsprechend verändert und richtet sich nach den Bedürfnissen von Menschen mit Demenz. Im Jahr 2005 boten bereits ein Drittel der Einrichtungen der stationären Altenhilfe segregative Wohnbereiche an, die ausschließlich für Menschen mit Demenz konzipiert sind (Schneekloth & Törne, 2009). Ein Großteil der Einrichtungen hat besondere Betreuungsangebote für Menschen mit Demenz in seinem Konzept verankert (ebd.).

Die stärkere Ausrichtung der pflegerischen Versorgung an die besonderen Bedürfnissen von Menschen mit Demenz ist in Einrichtungen der stationären Altenhilfe in den letzten Jahrzenten ebenfalls stärker in den Fokus der Forschung gerückt, was zu einer starken Weiterentwicklung von demenzspezifischen Interventionen geführt hat (Palm, Köhler, Dichter, Bartholomeyczik, & Holle,

2013). Es kann davon ausgegangen werden, dass vor dem Hintergrund des hochdynamischen Marktes, in dem die Einrichtungen sich positionieren müssen, es auch in der Praxis zu einer Weiterentwicklung und weiteren Ausdifferenzierung des Leistungsangebotes gekommen ist. Seit 2007 sind vom Bundesministerium für Gesundheit Rahmenempfehlungen für den Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe veröffentlicht (Bartholomeyczik S. et al., 2007). Neben der Gestaltung eines demenzfreundlichen Wohnumfeldes, einer spezialisierten Ausbildung des Personals und der Etablierung von speziellen Wohnbereichen für Menschen mit Demenz werden verschiedene Interventionen empfohlen. Hierzu zählen die sogenannte verstehende Diagnostik, die Anwendung verschiedener verhaltens- und kognitionsbezogener Assessments und die Durchführung von Erinnerungspflege, multisensorischer Stimulation, Validation und Bewegungsförderung. Ein Teil der Rahmenempfehlungen nimmt den Umgang mit psychiatrischen Krisen in den Blick. Da bislang die Rahmenempfehlungen gemeinhin als „State of the Art“ für die Versorgung von Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe gelten, kann davon ausgegangen werden, dass die darin beschriebenen Versorgungsansätze und Interventionen in unterschiedlicher Art und Weise in den Einrichtungen Anwendung finden und somit einen wichtigen Einfluss auf das Versorgungsgeschehen ausüben.

Die allgemeinen Rahmenbedingungen in der stationären Altenhilfe, die Bewohnerstruktur und das Pflegegeschehen wurden in Deutschland bislang in wenigen Studien untersucht. Als relevante Untersuchung ist hier jedoch die MUG IV Studie zu nennen (4. Studie zu den Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen). Sie liefert wichtige Erkenntnisse zum Versorgungsgeschehen in der stationären Altenhilfe (Schneekloth & Wahl, 2009). In Erweiterung zu den Erhebungen und Berichten im Sinne von Pflegestatistiken nahm die MUG IV Studie im Jahr 2005 auf der Grundlage einer Repräsentativerhebung Entwicklungstrends in der stationären Versorgung in den Blick und untersuchte institutionelle Merkmale, Merkmale der Bewohner, wohnliche Gegebenheiten und soziale Kontakte sowie die personelle Ausstattung und Pflegesätze. Des Weiteren wurde die Situation von Menschen mit Demenz im Hinblick auf ihre aktuelle Lebens- und Versorgungssituation untersucht. Hierbei wurden Leistungsangebote und die Konzeption der Versorgung von Bewohnern mit Demenz sowie persönliche Charakteristika der Bewohner mit Demenz untersucht. Neben anderen Merkmalen wurden die kognitiven Fähigkeiten, das Verhalten sowie verschiedene Indikatoren der Lebensqualität in den Fokus der Untersuchung gestellt.

Die Studie „DemenzMonitor“ wurde zum Teil mit einem ähnlichen Untersuchungsinstrumentarium durchgeführt, um Vergleiche zu ermöglichen. Somit stellen die Ergebnisse der MUG IV Studie eine wichtige Ausgangsbasis für die vorliegende Untersuchung dar. Da die Beschreibung und Analyse des Pflegegeschehens und insbesondere die Umsetzung demenzspezifischer Pflegeinterventionen in der stationären Altenhilfe in Deutschland ein zentrales Interesse der Studie DemenzMonitor war, nahm der eingesetzte Fragebogen diese Themenkomplexe jedoch in besonderer Weise in den Blick und wurde um entsprechende Fragen ergänzt.

Das Deutsche Zentrum für neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) e.V. am Standort Witten hat seit seiner Gründung 2009 verschiedene Studien zur Versorgung von Menschen mit Demenz in stationären Altenhilfeeinrichtungen auf den Weg gebracht. Eine dieser Studien ist der „DemenzMonitor“. Das übergeordnete Ziel der Studie DemenzMonitor ist die Beschreibung des Verhaltens und der Lebensqualität der Bewohner stationärer Altenhilfeeinrichtungen sowie der Exploration beeinflussender umweltbezogener Faktoren. Als umweltbezogene Faktoren werden im Besonderen Strukturparameter der Einrichtungen sowie der pflegerischen Leistungserbringung in den Blick genommen. In diesem Sinne knüpft die vorliegende Studie an relevante vorliegende Forschungsergebnisse an und ergänzt sie um weitere wichtige Fragestellungen der Arbeitsgruppe Versorgungsstrukturen am DZNE Standort Witten.

Für eine umfassende Verortung der Studie, der leitenden Forschungsfragen sowie der theoretischen Verortung wird auf das Studienprotokoll verwiesen (Palm, Köhler, Schwab, Bartholomeyczik, & Holle, 2013).

2. Gegenstand und Aufbau des Forschungsberichts

In dem vorliegenden Forschungsbericht werden Ergebnisse der Studie „DemenzMonitor“ zur Umsetzung demenzspezifischer Wohn- und Betreuungskonzepte in Einrichtungen der stationären Altenhilfe präsentiert. Die deskriptive Darstellung der strukturellen Rahmenbedingungen und die Bewohnerstruktur der teilnehmenden Einrichtungen sind den Ergebnissen zu den Wohn- und Betreuungskonzepten vorangestellt.

In Anlehnung an das Studienprotokoll (Palm et al., 2013) waren dabei folgende Forschungsfragen leitend:

Wie erfolgt die Versorgung von Menschen mit Demenz in Einrichtungen der stationären Altenhilfe?

- Welche demenzspezifischen Wohnkonzepte werden umgesetzt? Bestehen Unterschiede in Bezug auf Strukturmerkmale zwischen Wohnbereichen mit verschiedenen Wohnkonzepten?
- Welche Betreuungskonzepte und pflegerischen Interventionen werden bei den Bewohnern umgesetzt, bzw. angewendet? Gibt es Unterschiede zwischen Bewohnern mit und ohne kognitive Einschränkungen in Bezug auf die Anwendung der Maßnahmen?

Die Ergebnisse werden in drei Kapiteln vorgestellt. Die Kapitel sind themenorientiert aufgebaut:

- Merkmale teilnehmender Einrichtungen, Wohnbereiche und Bewohner
- Darstellung der Wohnkonzepte der Einrichtungen
- Darstellung der Umsetzung von Betreuungskonzepten und pflegerischen Maßnahmen

Die Ergebnisse werden in einzelnen Abschnitten behandelt; diese umfassen jeweils eine Hinführung zum Thema, eine kurze Vorstellung der erhobenen Aspekte, die Darstellung der Ergebnisse sowie eine Einordnung in bestehende Erkenntnisse, sofern diese vorhanden sind. Der Bericht schließt mit einer Zusammenfassung der Ergebnisse und einem Ausblick ab.

3. Methodische Herangehensweise

Studiendesign & Teilnehmer

Bei der vorliegenden Untersuchung handelt es sich um eine deskriptive Querschnittsstudie. Die untersuchten Merkmale wurden im Mai 2013 in 51 Einrichtungen der stationären Altenhilfe erfasst.

Zur Teilnahme angesprochen waren Einrichtungen der stationären Altenhilfe im gesamten Bundesgebiet; der Aufruf zur Teilnahme erfolgte über Fachzeitschriften, Newsletter und verschiedene Netzwerke von Träger stationärer Altenhilfeeinrichtungen. Es handelt sich bei den teilnehmenden Einrichtungen um eine Gelegenheitsstichprobe. Die Teilnahme an der Studie war freiwillig. Den Einrichtungen stand es ebenfalls frei, die Anzahl der teilnehmenden Wohnbereiche zu bestimmen. Auf den Wohnbereichen war es dann beabsichtigt, eine Vollerhebung der Bewohner durchzuführen. Die Teilnahme der Bewohner erfolgte nur, wenn sich die Bewohner oder deren gesetzlichen Vertreter zur Teilnahme schriftlich einverstanden erklärten. Im Vorfeld der Studie wurde ein ethisches Clearing durch die Ethikkommission der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft eingeholt.

Eingesetzte Instrumente zur Datenerhebung

Die Datenerhebung wurde anhand drei verschiedener Fragebögen durchgeführt. Diese erfassen Daten auf der Ebene der Einrichtung, des Wohnbereichs und der Bewohner.

Auf Einrichtungs- und Wohnbereichsebene wurden strukturelle Rahmenbedingungen für folgende Bereiche erhoben:

- Allgemeine Strukturmerkmale (Größe, Lage, Trägerschaft, Kosten für einen Pflegeplatz),
- Personalausstattung, -qualifikation und -organisation (Beschäftigtenquoten, Betreuungsrelationen, Fort- und Weiterbildungsquoten, Zuteilung des Personals)
- Pflegestufenverteilung der Bewohner
- Merkmale von Betreuungs- und Wohnkonzepten (Spezialisierung der Einrichtung/ des Wohnbereichs auf Menschen mit Demenz, architektonische Gestaltung, Umgebungsgestaltung)
- Organisationsmerkmale der Wohnbereiche

Auf Bewohnerebene wurden verschiedene Merkmale der Bewohner sowie die Umsetzung empfohlener demenzspezifischer Interventionen erfasst:

- Soziodemografische Merkmale (Alter, Geschlecht, Dauer des Aufenthalts in der Einrichtung, gesetzlicher Betreuer, Unterbringungsbeschluss)
- Pflegebedürftigkeitseinschätzung (Pflegestufe, erheblicher allgemeiner Betreuungsbedarf nach § 87b SGB XI)
- Wohnsituation vor dem Einzug in die Einrichtung
- Wohnsituation in der Einrichtung (Zimmertyp und-ausstattung)
- Umsetzung demenzspezifischer Maßnahmen (Dementia Care Questionnaire (DemCare-Q) (Palm, Köhler, Bartholomeyczik, & Holle, 2014))
- Kognitive Einschränkung (Dementia Screening Scale (DSS))(Köhler, Schäufele, Hendlmeier, & Weyerer, 2010; Köhler, Weyerer, & Schäufele, 2007))
- Herausfordernde Verhaltensweisen (Neuropsychiatrisches Inventar (NPI-Q) (Kaufer et al., 2000)
- Pflegeabhängigkeit (Physical Self Maintenance Scale (PSMS) (Lawton & Brody, 1969))

Durchführung der Datenerhebung

Alle Fragebögen wurden im Mai 2013 durch Mitarbeiter der Einrichtungen ausgefüllt. In jeder Einrichtung wurde ein verantwortlicher Studienkoordinator benannt, der die Erhebung entweder selbst durchführte oder koordinierte. Der Studienkoordinator wurde auf diese Aufgabe im Rahmen einer eintägigen Schulung vorbereitet. Die Schulung wurde durch das wissenschaftliche Team des DemenzMonitors durchgeführt.

Datenauswertung

Alle Fragestellungen wurden anhand deskriptiver Datenauswertungen bearbeitet und dargestellt. Um Unterschiede zwischen Bewohnern mit und ohne kognitiven Einschränkungen zu untersuchen, wurden diese auf der Grundlage des kognitiven Screenings (Köhler et al., 2007) in drei Gruppen unterteilt: Bewohner ohne, mit leichten-mittelschweren und mit schweren kognitiven Einschränkungen. Die Ergebnisse zu den soziodemografischen Charakteristika, den pflegerelevanten Merkmalen sowie der Umsetzung der pflegerischen Interventionen wurde in diesen drei Gruppen untersucht. Die Unterschiede wurden mittels Mittelwertvergleichen bzw. Betrachtung von Häufigkeitsverteilungen beurteilt.

Um Unterschiede zwischen Wohnbereichen mit unterschiedlichen Wohnkonzepten zu untersuchen, wurden diese in zwei Gruppen unterteilt: Wohnbereiche, in denen ausschließlich Menschen mit Demenz leben und Wohnbereiche, in denen Menschen mit und ohne Demenz gemeinsam leben (segregatives und integratives Wohnkonzept).

Gruppenunterschiede werden ausschließlich auf der Basis von Häufigkeitsverteilungen und Mittelwertunterschieden beurteilt. Auf eine Berechnung von Signifikanzen wurde verzichtet, da die Ergebnisse keinen Rückschluss auf die Gesamtpopulation, sondern lediglich eine Aussage über die untersuchte Stichprobe zulassen.

4. Teilnehmende Einrichtungen und Bewohner

Insgesamt nahmen an der Erhebung im Jahr 2013 51 Einrichtungen mit 104 Wohnbereichen teil. Es liegen Daten von 1.808 Bewohnern vor (Gesamtstichprobe).

24 Einrichtungen erfassten einen Wohnbereich, 17 Einrichtungen zwei Wohnbereiche und zehn Einrichtungen mehr als drei Wohnbereiche (maximal sechs Wohnbereiche). Im Mittel nahm jede Einrichtung mit zwei Wohnbereichen an der Erhebung teil.

Pro Wohnbereich wurden im Mittel 35 Bewohner erfasst. Das Minimum der teilnehmenden Bewohner pro Einrichtung lag bei neun Bewohnern, das Maximum bei 117. Auf die Gesamtanzahl der Bewohner in der Einrichtung gerechnet, wurden im Durchschnitt 31% der Bewohner erfasst. Das Minimum lag hier bei 6%, das Maximum bei 100%.

Organisationsmerkmale der Einrichtungen und Wohnbereiche

Lage und Trägerschaft

Der größte Teil der teilnehmenden Einrichtungen im DemenzMonitor liegt in den Bundesländern Nordrhein-Westfalen (14), Hamburg (11), Brandenburg (5), Hessen (5) und Baden-Württemberg (4). Insgesamt liegen 44 Einrichtungen (86%) in den alten Bundesländern und 7 (13%) in den neuen Bundesländern. Abbildung 1 zeigt die Verteilung der Einrichtung in den Bundesländern.

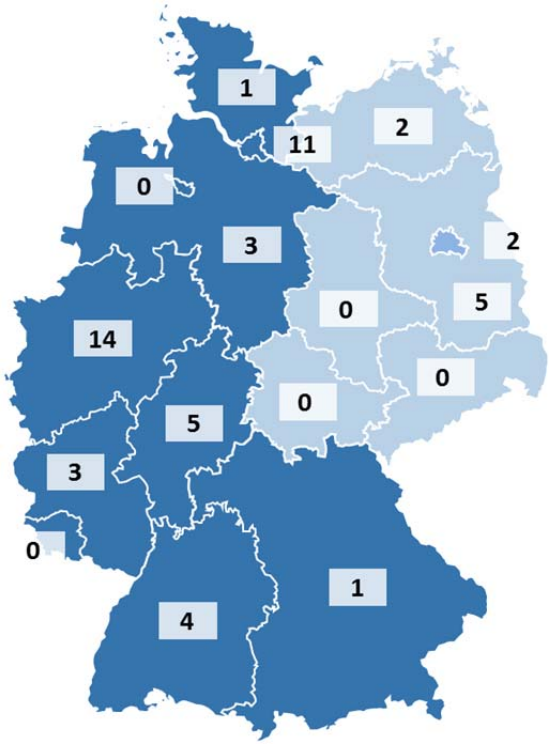

Abbildung 1: Lage der Einrichtungen in den Bundesländern

29% der Einrichtungen (n=15) liegen im ländlichen Raum mit weniger als 20.000 Einwohnern. Die restlichen 69% (n=36) liegen im städtischen Raum mit 20.000 Einwohnern und mehr. Hiervon liegen 15 Einrichtungen in Großstädten mit mehr als einer Million Einwohnern.

Was bedeutet dies für die Interpretation der Ergebnisse der Studie?

Die im DemenzMonitor vorzufindende Verteilung der Einrichtungen auf die Bundesländer entspricht nicht der tatsächlichen Verteilung von vollstationären Altenhilfeeinrichtungen im Bundesgebiet. An der Studie haben aus den alten Bundesländern größtenteils Einrichtungen aus Nordrhein-Westfalen teilgenommen (27%). Eine größere Verschiebung ergibt sich bei der Teilnahme der Einrichtungen aus Hamburg: 11 Einrichtungen aus Hamburg stellen im DemenzMonitor 21% der Stichprobe. Aus einigen Bundesländern wiederum haben keine oder sehr wenige Einrichtungen teilgenommen: Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen, Saarland, Bayern, Bremen und Schleswig-Holstein. Die Ergebnisse können aus diesem Grund nicht als repräsentativ für das Bundesgebiet betrachtet werden.

Der größte Teil der Einrichtungen liegt im städtischen Raum (70%). Das heißt, dass die Ergebnisse eher Einrichtungen aus dem städtischen Raum widerspiegeln als aus dem ländlichen Raum. Dies entspricht jedoch auch in etwa der repräsentativen Stichprobe der Vergleichsstudie MUG IV - hier liegen ca. 60% in Ballungsräumen, größeren Städten oder gehören zum Umland (Schneekloth & Törne, 2009, p. 53).

Von 51 teilnehmenden Einrichtungen gehören 33 einem frei-gemeinnützigen Träger an. Diese Gruppe ist mit 65% die größte. 17 Einrichtungen (33%) werden von einem privaten Träger betrieben, nur eine Einrichtung hat einen öffentlichen, bzw. kommunalen Träger. Der Anteil der Einrichtungen mit einem freigemeinnützigen Träger lag über dem Durchschnitt der Einrichtungen im Bundesgebiet (54%) (Statistisches Bundesamt, 2013) und kann somit auch nicht als repräsentativ angesehen werden. Dreiunddreißig Prozent der in die Studie eingeschlossenen Einrichtungen werden in privater Trägerschaft betrieben, in der Pflegestatistik liegt dieser Anteil bei 40% (ebd.). Der Anteil der Einrichtungen in kommunaler oder städtischer Trägerschaft ist im DemenzMonitor geringer (DemenzMonitor 2%, Pflegestatistik 5%).

Bei der Interpretation der Ergebnisse müssen die Strukturmerkmale der Einrichtungen beachtet werden.

Angebotsstruktur und Größe

Die Angebotsstruktur stationärer Altenhilfe hat sich in den letzten Jahren insbesondere im Bereich der zusätzlichen Angebote von Kurzzeitpflege- und Tagespflegeplätzen deutlich verändert. Auch

aufgrund geänderter Refinanzierungsmöglichkeiten hat z.B. die Zahl der vorgehaltenen Tagespflegeplätze stark zugenommen (Rothgang, 2015). Die stationären Altenhilfeeinrichtungen streben eine möglichst umfassende und flexible Angebotsstruktur insbesondere auch im Hinblick auf die Versorgung von Menschen mit Demenz an. Hierdurch wird es im Sinne der Nutzung fachlicher und personeller Synergien möglich, schon in der teilstationären Versorgung (Kurzzeitpflege, Tagespflege) eine spezialisierte Versorgung von Menschen mit Demenz anzubieten.

Als Angebotsstruktur der Einrichtungen wurde das jeweilige vorgehaltene und im Rahmen der Pflegesatzvereinbarung mit den Pflegekassen vereinbarte Angebot an vollstationären Plätzen, Kurzzeitpflegeplätzen, Tagespflege und Nachtpflege erhoben.

Separate Kurzzeitpflegeplätze (SKZP) bieten insgesamt 18 Einrichtungen im Mittel mit 7,6 SKZP pro Einrichtung an. Die kleinste Anzahl an SKZP pro Einrichtung liegt bei einem Platz (zwei Einrichtungen), die größte Anzahl bei 30 Plätzen (eine Einrichtung). Tagespflege bieten insgesamt zehn Einrichtungen mit im Mittel 12,4 Plätzen pro Einrichtung an. Bei der Tagespflege liegt die Anzahl der Plätze pro Einrichtung zwischen fünf (zwei Einrichtungen) und max. 20 Plätzen (eine Einrichtung).

Nachtpflege bietet nur eine Einrichtung an. Sie verfügt über einen Platz.

Betreutes Wohnen wird von sechs Einrichtungen mit im Mittel 36 Plätzen pro Einrichtung angeboten. Die Anzahl der Plätze liegt hier zwischen 1 und 70 (jeweils eine Einrichtung).

Die teilnehmenden Einrichtungen bieten im Durchschnitt 124 vollstationäre Plätze an. Im Mittel verteilen sich die angebotenen Plätze auf vier Wohnbereiche. Die kleinste Einrichtung verfügt über 26, die größte über 250 Plätze.

Die teilnehmenden Wohnbereiche verfügen im Mittel über 24 vollstationäre Plätze, der kleinste hat fünf, der größte 58 Plätze.

Eine Übersicht über die Angebotsstruktur der teilnehmenden Einrichtungen und Wohnbereiche ist in Tabelle 1 abgebildet.

Vorhandene Plätze (Einrichtung)	**n**	**MW (SD)**	**Min**	**Max**
Vollstationär	50	124,0 (64,6)	26	250
Kurzzeitpflege separat	18	7,7 (7,2)	1	30
Tagespflege	10	12,4 (4,8)	5	20
Betreutes Wohnen	6	36,0 (23,3)	1	70
Vorhandene Plätze (Wohnbereich)				
Vollstationär	103	24,0 (10,0)	5	58
Kurzzeitpflege separat	12	1,5 (1,1)	1	5

Tabelle 1: Angebotsstruktur der Einrichtungen und Wohnbereiche

In Bezug auf die Größe der Einrichtung lässt sich ein deutlicher Unterschied zu einer durchschnittlichen Altenpflegeeinrichtung feststellen: In der Studie DemenzMonitor haben die Einrichtungen im Mittel 124 Plätze, in den Einrichtungen des Bundesgebiets werden durchschnittlich 63 Pflegebedürftige betreut (Statistisches Bundesamt, 2015); in der MUG IV-Studie lebten im Schnitt 82 Bewohner in den untersuchten Einrichtungen (Schneekloth & Törne, 2009, p. 52). Im Hinblick auf die Ergebnisinterpretation des DemenzMonitors muss demnach berücksichtigt werden, dass überproportional viele große Einrichtungen teilgenommen haben.

Die angenommene Diversifizierung der Angebotsstruktur von Einrichtungen der stationären Altenhilfe lässt sich in den Daten des DemenzMonitors nur bedingt nachzeichnen. Bundesweit halten 66% der stationären Pflegeeinrichtungen ausschließlich Dauerpflegeplätze vor (Statistisches Bundesamt, 2015). Bei den teilnehmenden Einrichtungen des DemenzMonitors halten über die Hälfte ausschließlich vollstationäre Pflegeplätze vor. Das heißt, dass der Anteil der Einrichtungen mit mehreren Angeboten etwas größer war als im Bundesvergleich. Hinsichtlich der Angebotsstruktur lässt sich somit festhalten, dass die teilnehmenden Einrichtungen weitestgehend dem Durchschnitt der bundesdeutschen Altenhilfeeinrichtungen entsprechen.

Kosten für Pflege, Unterkunft & Verpflegung und Investitionen

Aus Sicht der Nutzer stellen die durch eine vollstationäre Unterbringung entstehenden Kosten ein relevantes Entscheidungskriterium im Hinblick auf die Auswahl einer stationären Pflegeeinrichtung dar. Einrichtungsspezifische Besonderheiten wie auch die regionale Verortung (Bundesländer) können dazu führen, dass es deutliche Unterschiede in der Kostenstruktur und somit dem Preis für die Unterbringung in einer vollstationären Pflegeeinrichtung geben kann. Um die Kostenstruktur der am DemenzMonitor beteiligten Einrichtungen beschreiben zu können, wurden sowohl pflegebedingte Kosten (Pflegesatz) sowie Kosten für Unterkunft und Verpflegung und die so genannten Investitionskosten erhoben.

Die Kosten für einen Pflegeplatz pro Tag sind in Tabelle 2 abgebildet. Sie umfassen den Pflegesatz, die Kosten für Unterkunft und Verpflegung (U&V) (Einzel- oder Doppelzimmer), sowie die Investitionskosten (Einzel- oder Doppelzimmer) und bilden zusammen die Gesamtkosten.

Kosten pro Tag in €	**n**	**MW (SD)**	**Min**	**Max**
Pflegesatz Pflegestufe 0 (verhandelt)	40	28,50 (5,2)	22	45
Pflegesatz Pflegestufe 1	50	45,44 (6,1)	36	66
Pflegesatz Pflegestufe 2	50	62,21 (7,2)	49	75
Pflegesatz Pflegestufe 3	50	80,50 (9,2)	59	100
Pflegesatz Pflegestufe 3 erhöht (verhandelt)	39	89,46 (10,3)	64	114
Unterkunft & Verpflegung EZ	50	22,83 (5,9)	6	35
Unterkunft & Verpflegung DZ	50	22,78 (5,9)	6	35
Investitionskosten EZ	50	14,77 (15,6)	2	39
Investitionskosten DZ	50	13,54 (7,4)	1	38
Gesamtkosten pro Tag in €				
Pflegestufe 0 EZ	40	69,11 (10,2)	51	96
Pflegestufe 1 EZ	50	83,04 (13,8)	57	120
Pflegestufe 2 EZ	50	99,80 (15,1)	70	132
Pflegestufe 3 EZ	50	118,10 (16,8)	85	154
Pflegestufe 3 erhöht EZ	39	126,50 (17,6)	85	116
Pflegestufe 0 DZ	40	67,52 (10,5)	51	95
Pflegestufe 1 DZ	50	81,76 (13,5)	57	120
Pflegestufe 2 DZ	50	98,53 (14,8)	70	132
Pflegestufe 3 DZ	50	116,82 (16,5)	85	154
Pflegestufe 3 erhöht DZ	39	125,78 (17,2)	85	166

EZ=Einzelzimmer DZ=Doppelzimmer

Tabelle 2: Kosten für Pflege, Unterkunft und Verpflegung und Investitionen

Unterschiede in den Kosten zwischen den einzelnen Einrichtungen ergeben sich in Abhängigkeit vom jeweiligen Bundesland, in dem die Einrichtung liegt sowie den individuell verhandelten Pflegesätzen.

In Abbildung 2 und 3 sind die Mittelwerte der Kosten für Pflege, Unterkunft und Verpflegung (U&V) und Investitionen der teilnehmenden Einrichtungen nach Bundesländern gegliedert abgebildet. Abbildung 4 zeigt die Mittelwerte der Gesamtkosten der Pflegeplätze der teilnehmenden Einrichtungen nach Bundesländern.

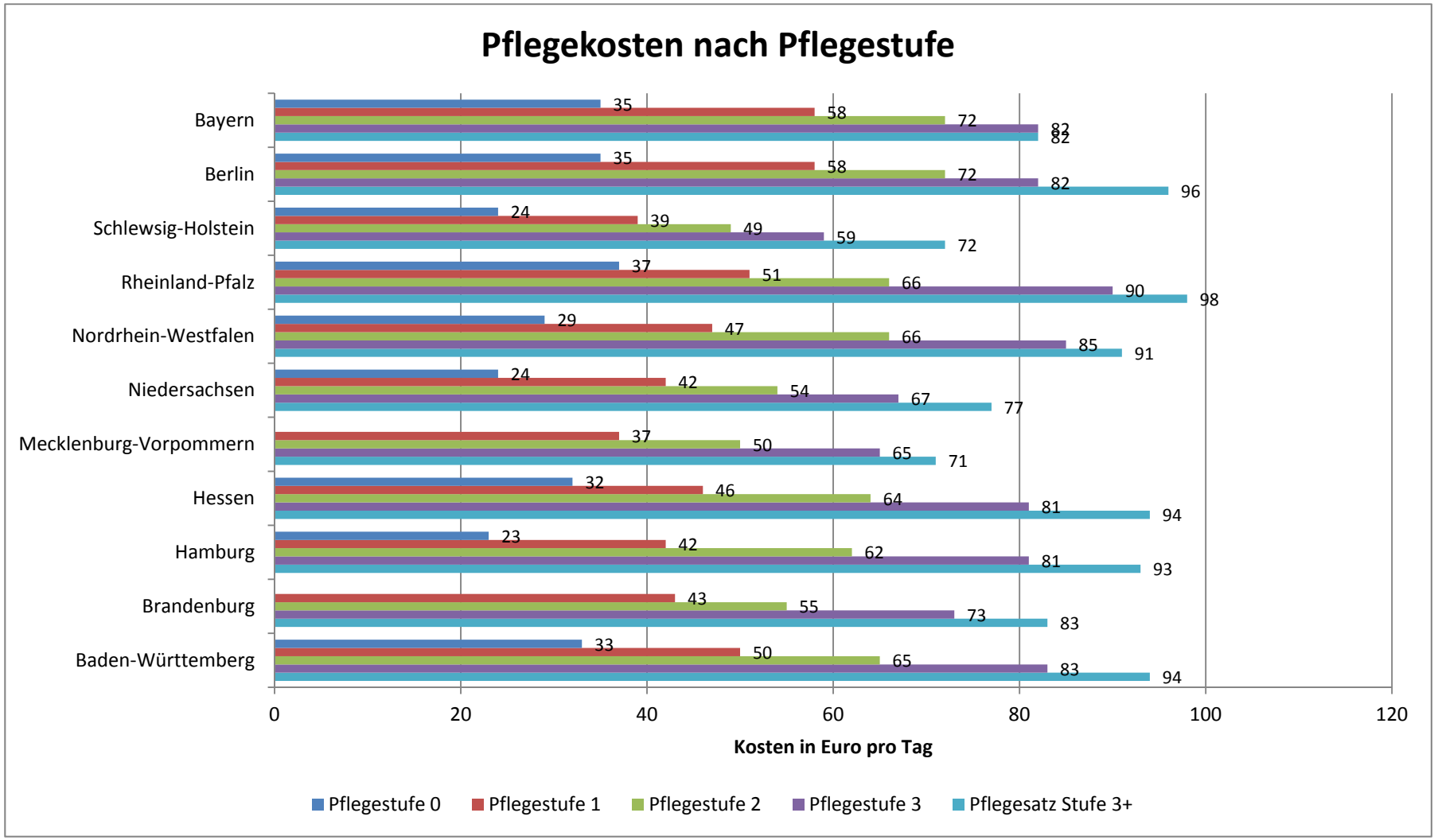

Abbildung 2: Kosten für Pflege pro Tag in den teilnehmenden Einrichtungen nach Bundesland

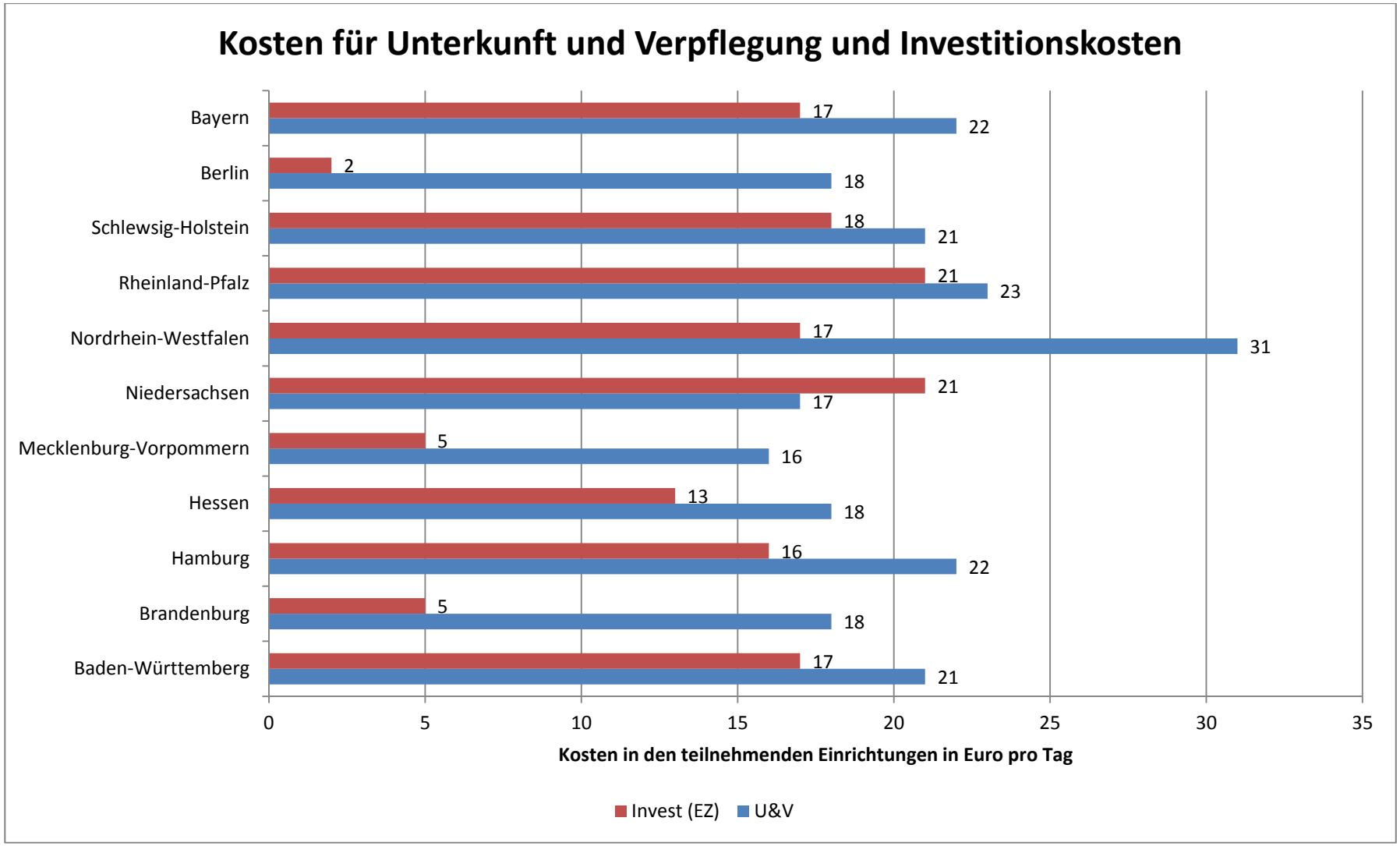

Abbildung 3: Kosten für Unterkunft & Verpflegung und Investitionskosten pro Tag in den teilnehmenden Einrichtungen nach Bundesland

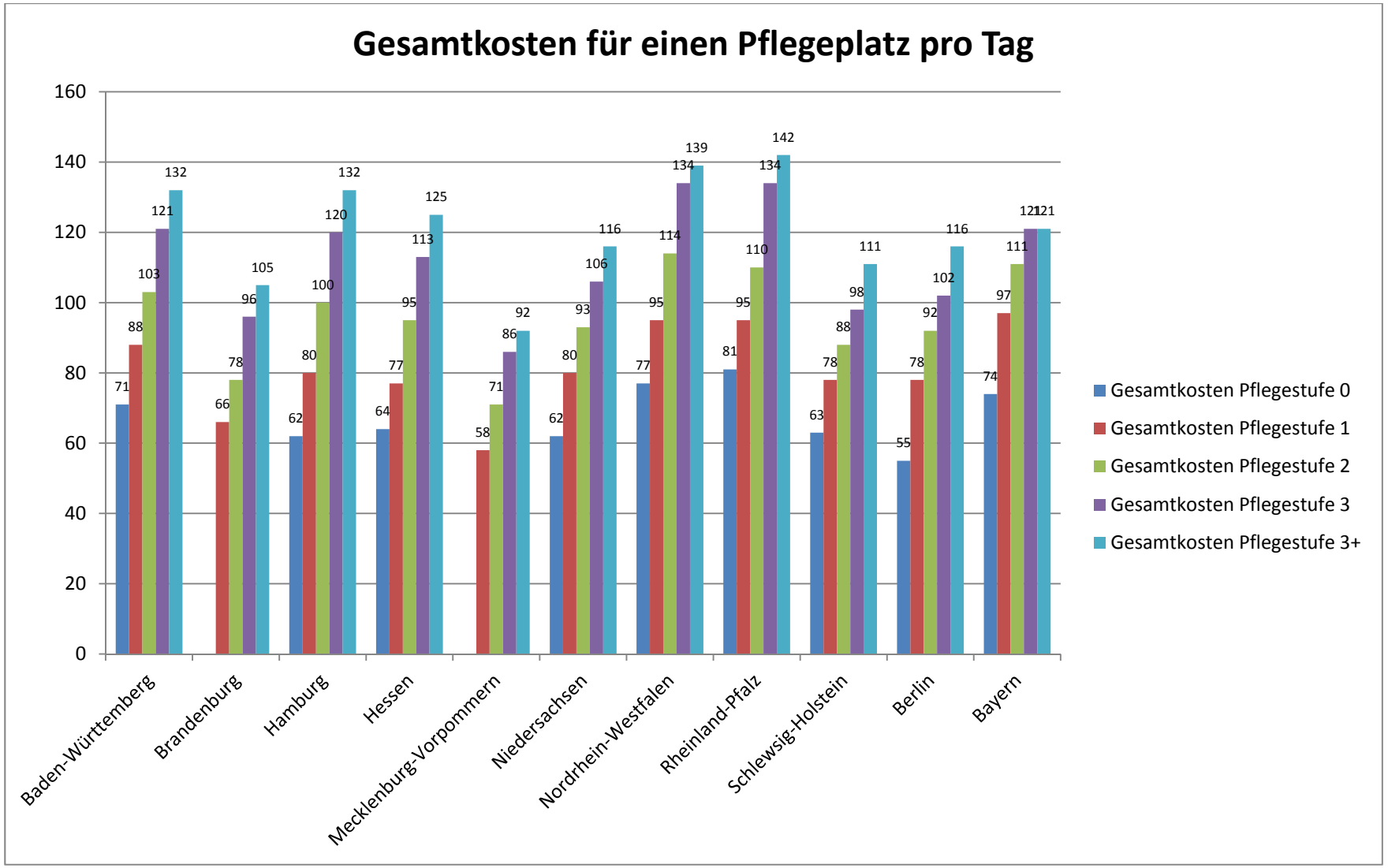

Abbildung 4: Gesamtkosten für einen Pflegeplatz pro Tag in Euro

Werden die im Rahmen der Studie erhobenen Kosten für Pflege, Unterkunft und Verpflegung mit den Zahlen der Pflegestatistik (Statistisches Bundesamt, 2013) verglichen, so zeigt sich, dass in den teilnehmenden Einrichtungen aus Baden-Württemberg, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Niedersachsen sowohl der Pflegesatz als auch die Kosten für Unterkunft und Verpflegung weniger als fünfzig Euro pro Monat vom Durchschnitt des jeweiligen Bundeslandes (in Pflegestufe 3) abweichen. In den Einrichtungen aus Bayern, Brandenburg, Hessen und Nordrhein-Westfalen liegen die monatlichen Kosten um bis zu 700 Euro über den durchschnittlich verhandelten Sätzen und repräsentieren somit Einrichtungen mit durchschnittlich höheren Entgelten. Da in allen Einrichtungen des DemenzMonitors höhere Pflegesätze vereinbart waren als der durchschnittliche Pflegesatz des jeweiligen Bundeslandes, und in den Einrichtungen aus Bayern, Brandenburg und Nordrhein-Westfalen auch die Kosten für Unterkunft & Verpflegung über dem durchschnittlichen Satz liegen, kann auf Ebene der Einrichtung davon ausgegangen werden, dass die Stichprobe eher hochpreisige Einrichtungen repräsentiert.

Kosten für einen Pflegeplatz auf einem Demenzwohnbereich

Im Hinblick auf die speziellen Anforderungen an die pflegerische Versorgung von Menschen mit Demenz entstehen zunehmend besondere Wohnbereiche für Menschen mit Demenz. Diese unterscheiden sich zumeist in Bezug auf das Konzept, die Personalausstattung und der Belegung (Auswahl der jeweiligen Bewohner) von herkömmlichen Wohnbereichen. Um einen Eindruck hinsichtlich der Ausgestaltung dieser Wohnbereiche zu erhalten, wurden die entsprechenden Rahmenbedingungen bei den Einrichtungen abgefragt.

Vierunddreißig der insgesamt 51 teilnehmenden Einrichtungen gaben an, einen gesonderten Demenzwohnbereich zu haben. Der größte Teil von ihnen (23) haben dafür keine gesonderte Leistungsvereinbarung getroffen; dementsprechend sind die Kosten für Pflege, Unterkunft und Verpflegung identisch mit den anderen Wohnbereichen. 11 Einrichtungen rechnen den Aufenthalt auf einem Demenzwohnbereich gemäß einer gesonderten Leistungsvereinbarung ab. Neun Einrichtungen mit einer gesonderten Leistungsvereinbarung liegen in Hamburg; hier lagen die Pflegesätze pro Tag für Demenzwohnbereiche im Mittel 16 Euro über den herkömmlichen Pflegesätzen. In Bayern und Niedersachsen gaben ebenfalls zwei Einrichtungen an, höhere Pflegesätze für Demenzwohnbereiche zu veranschlagen. Diese lagen im Mittel jeweils fünf - acht Euro über dem herkömmlichen Pflegesatz pro Tag.

Die Mittelwerte der Pflegesätze (für Pflegestufe 0 bis 3 (und 3 erhöht sofern verhandelt) sind in Tabelle 3 abgebildet.

Pflegesätze pro Tag in €	n	MW (SD)	Min	Max
Pflegesatz Pflegestufe 0	4	40,20 (0,9)	39	41
Pflegesatz Pflegestufe 1	11	59,15 (2,0)	56	62
Pflegesatz Pflegestufe 2	11	77,37 (2,6)	72	81
Pflegesatz Pflegestufe 3	11	95,21 (5,9)	82	102
Pflegesatz Pflegestufe 3 erhöht	8	112,86 (13,9)	98	145

Tabelle 3: Kosten für Pflege auf einem Demenzwohnbereich/Tag in Euro

Vergleichswerte für die Höhe zusätzlicher vereinbarter Vergütungen für Demenzwohnbereiche existieren für Deutschland nicht.

Personalbeschäftigtenquoten, Betreuungsrelationen und Personalbesetzung

Neben anderen Faktoren stellt die personelle Besetzung und Ausstattung von stationären Altenhilfeeinrichtungen das aus Sicht der Nutzer wichtigste Kriterium zur Auswahl einer Pflegeeinrichtung dar (Kuhlmey, 2015). Insbesondere eine gute Ausbildung sowie eine gute medizinisch-therapeutische Versorgung stehen hierbei im Vordergrund (ebd.). Auch vor dem Hintergrund der steigenden fachlichen Anforderungen an die spezialisierte Versorgung von Menschen mit Demenz, die oftmals durch zeitintensive und personenbezogene Interventionen gekennzeichnet ist, ist die Betreuungsrelation eine wichtige Kennzahl im Hinblick auf eine gelingende Versorgung.

Die Beschreibung der Personalausstattung wurde anhand zwei verschiedener Erhebungen durchgeführt. Auf Einrichtungsebene wurden Soll-Stellen im Vollzeitäquivalent ermittelt. Auf Wohnbereichsebene wurde die Kopf-Anzahl von Mitarbeitern erfragt, die zu bestimmten Zeiten im Wohnbereich tätig waren. Soll-Stellen im Vollzeitäquivalent geben eine Auskunft über die im Rahmen der Pflegesatzverhandlung verhandelte Personalausstattung. Sie geben jedoch keine Auskunft über die tatsächliche Betreuungssituation, da Abwesenheit aufgrund von Krankheit oder Nicht-Besetzung der Stelle nicht berücksichtigt sind. Dies kann nur aufgrund einer Berechnung der tatsächlich vorhandenen Personalausstattung der Wohnbereiche erfolgen.

In der Studie DemenzMonitor sind im Mittel pro 100 Bewohner 41,8 Vollarbeitskräfte (absolut) für den Pflegedienst vorgesehen (Soll-Stellen) (Tabelle 4). Diese Zahl schließt zwei- und dreijährig examinierte Alten- sowie Gesundheits- und Krankenpfleger mit ein, sowie Pflegehilfskräfte (einjährig ausgebildet oder geringer). In der Repräsentativerhebung von TNS-Infratest aus dem Jahr 2005 lag die Zahl der Vollarbeitskräfte mit nicht näher definiertem Ausbildungstand in der Pflege bei 38,1

(Schneekloth & Törne, 2009, p. 141). Ein Vergleich dieser Zahlen setzt allerdings dieselbe Definition von Pflegepersonal voraus. In der Repräsentativerhebung wurde die Definition des Pflegepersonals nicht berichtet, von daher ist unbekannt, ob ebenfalls dieselben Qualifikationsgruppen des Pflegepersonals eingeschlossen wurden und wie sich das Pflegepersonal zusammensetzte. Einen Hinweis auf die übliche Zusammensetzung des Pflegepersonals in Altenpflegeeinrichtungen liefert die Pflegestatistik. Sie zeigt, dass ca. die Hälfte des eingesetzten Personals in der Pflege über eine mehrjährige Ausbildung verfügt, während die andere Hälfte sich aus Hilfs- oder ungelernten Kräften zusammensetzt (Statistisches Bundesamt, 2013).

Wird davon ausgegangen, dass die Zahlen zur Personalausstattung der Einrichtungen aus dem DemenzMonitor mit den Zahlen der TNS-Infratest-Erhebung vergleichbar sind, zeigt sich eine vermeintlich bessere Personalausstattung. Die Personalausstattung berücksichtigt allerdings nicht die Pflegebedürftigkeit der Bewohner. Um eine bessere Vergleichbarkeit im Hinblick auf den anfallenden Pflegeaufwand zu ermöglichen, wurde daher die Beschäftigtenquote „Vollarbeitskräfte pro 100 Bewohner“ anhand der Pflegebedürftigkeit der Bewohner gewichtet. Hierzu wurde analog der MUG IV-Studie folgende Berechnung durchgeführt: Bewohner mit Pflegestufe 0 wurden mit 0,5 gewichtet, Bewohner in Pflegestufe 1 mit 1,0, Bewohner mit Pflegestufe 2 mit 1,5 und Bewohner mit Pflegestufe 3 sowie Pflegestufe 3 erhöht mit 2,0. Die gewichtete Kalkulation zeigt einen wesentlich geringeren Unterschied in der Personalausstattung. Die gewichtete Relation wird in der TNS-Infratest-Erhebung auf 29,0 Vollarbeitskräfte pro 100 Bewohner beziffert (Schneekloth & Törne, 2009), im DemenzMonitor wurde eine gewichtete Betreuungsrelation von 29,6 (Schneekloth & Törne, 2009)(Schneekloth & Törne, 2009)(Schneekloth & Törne, 2009)ermittelt (Tabelle 5).

Als weitere Beschäftigtenquote wurde die Betreuungsrelation (Zahl der Bewohner pro Beschäftigtem im Vollzeitäquivalent) berechnet. Diese lag bei 2,5 Bewohnern pro Beschäftigtem in Bezug auf das gesamte Pflegepersonal und 4,5 Bewohner pro Beschäftigtem in Bezug auf die examinierten Pflegemitarbeiter (Tabelle 4). Neben den Beschäftigten im pflegerischen Bereich stellt das Verwaltungspersonal die größte Gruppe der Beschäftigten in der stationären Altenhilfe dar.

Personal pro 100 Bewohner (VZA)	**n (Einrichtung)**	**MW (SD)**	**Min**	**Max**
Pflegepersonal gesamt[1]	49	41,8 (10,1)	26,0	74
2- & 3-jährig examiniertes Pflegepersonal	50	22,9 (5,6)	11,0	45
Pflege Azubis	50	5,6 (3,4)	0,6	13
Verwaltungspersonal[2]	49	4,4 (1,7)	2,0	10
Sozialarbeiter	39	1,7 (1,4)	0,2	6,7
Therapeutisches Personal	22	1,2 (0,4)	0,4	2,1
Betreuungsrelation Bewohner pro Mitarbeiter (VZÄ)	**n**	**MW (SD)**	**Min**	**Max**
Pflegepersonal gesamt[1]	49	2,5 (0,5)	1,0	4
2- & 3-jährig examiniertes Pflegepersonal	50	4,5 (1,0)	2,0	9

[1]umfasst 2- & 3-jährig examinierte Pflegekräfte (inkl. Wohnbereichsleitungen), 1-jährig ausgebildete und ungelernte Pflegende
[2] umfasst Heim- und Pflegedienstleitung, Verwaltungsmitarbeiter, Qualitätsbeauftragte
VZA - Vollzeitarbeitskräfte

Tabelle 4: Personal pro 100 Bewohner im Vollzeitäquivalent (nicht gewichtet)

Personal pro 100 Bewohner (VZA) gewichtet	**n**	**MW (SD)**	**Min**	**Max**
Pflegepersonal gesamt[1]	49	29,6 (7,1)	20,3	59,1
2- & 3-jährig examiniertes Pflegepersonal	50	16,2 (3,3)	9,0	29,4
Pflege Azubis	50	3,9 (2,2)	0,5	9,3
Verwaltungspersonal[2]	49	3,1 (1,1)	1,3	6,7
Sozialarbeiter	39	1,1 (0,9)	0,1	4,6
Therapeutisches Personal	22	0,8 (0,3)	0,3	1,7

[1]umfasst 2- & 3-jährig examinierte Pflegekräfte (inkl. Wohnbereichsleitungen / 1-jährig ausgebildete) und ungelernte Pflegende
[2] umfasst Heim- und Pflegedienstleitung, Verwaltungsmitarbeiter, Qualitätsbeauftragte
VZA - Vollzeitarbeitskräfte

Tabelle 5: Personal pro 100 Bewohner im Vollzeitäquivalent (gewichtet)

Insgesamt lässt sich im Hinblick auf die Betreuungsrelation feststellen, dass die Ergebnisse des DemenzMonitors den Ergebnissen anderer Studien entsprechen. Um eine detailliertere Beschreibung der tatsächlichen Versorgungssituation zu ermöglichen, wurde auf Wohnbereichsebene die Personalbesetzung in Form einer Momentaufnahme erfasst. Das heißt, dass die Besetzung am Vortag der Datenerhebung zu vier verschiedenen Zeiträumen (08 – 09 Uhr / 12 – 13 Uhr / 15 – 16 Uhr / 18 - 19 Uhr) ermittelt wurde. Diese Form der Erhebung ermöglicht die Darstellung einer realen Betreuungsquote. Die Momentaufnahme hat dabei den Vorteil, dass die Anzahl an Mitarbeitern in den Zeiträumen einfach und schnell ermittelt werden kann. Des Weiteren können Schwankungen zwischen den Zeiträumen abgebildet werden. Die Erfassung des Personals in definierten Zeiträumen ermöglicht jedoch keine Kalkulation einer Betreuungsquote über einen Tag oder über einen längeren Zeitraum.

Um eine Vergleichbarkeit zu gewährleisten, wurden hier ebenfalls verschiedene Betreuungsrelationen berechnet, die jeweils die Anzahl der Bewohner des Wohnbereichs in Relation zu dem vorhandenen Personal setzen. Das Personal wurde als Kopfanzahl erfasst. Berechnet wurden die Betreuungsrelationen für das examinierte Pflegepersonal, sowie für das gesamte Pflegepersonal, sonstige Mitarbeiter in der Pflege sowie für alle Mitarbeiter in der Pflege. Das gesamte Pflegepersonal umfasst 2- & 3-jährig examinierte (inkl. Wohnbereichsleitungen), 1-jährig ausgebildete und ungelernte Pflegende.

Die Ergebnisse sind in Tabelle 6 dargestellt.

Frühdienst (8 – 9 Uhr / 12 - 13 Uhr)

Von 103 Wohnbereichen gaben 7 an, dass zwischen 8.00 und 9.00 Uhr keine examinierte Pflegekraft auf dem Wohnbereich anwesend war. Auf den 96 verbliebenen Wohnbereichen betreute ein examinierter Pflegender im Mittel 18 Bewohner. Obwohl sich die Anzahl der Bewohner zwischen den Wohnbereichen stark unterscheidet, waren größtenteils nur ein oder zwei examinierte Pflegende auf den Wohnbereichen. In 60 Wohnbereichen war ein examinierter Pflegender, in 30 zwei examinierte Pflegende anwesend. Dementsprechend groß sind die Schwankungen in der Betreuungsrelation. Diese liegt zwischen fünf und 52 Bewohnern pro examinierten Pflegemitarbeiter. Nur auf sechs Wohnbereichen waren drei oder mehr examinierte Pflegemitarbeiter anwesend. Ein ähnliches Bild ergibt sich zwischen 12.00 und 13.00 Uhr.

Die Betreuungsrelation für das gesamte Pflegepersonal zeigt, dass im Mittel ein Mitarbeiter sieben bis acht Bewohner betreut. Die Anzahl der Mitarbeiter auf den Wohnbereichen variiert im Frühdienst (8.00 – 9.00 Uhr) zwischen einem und neun Mitarbeitern und liegt im Mittel bei 3,6. Dementsprechend groß sind die Differenzen in der Betreuungsrelation, sie liegen zwischen zwei und 15 (8.00 – 9.00 Uhr), bzw. zwei und 32 (12.00 – 13.00 Uhr) Bewohnern pro Mitarbeiter.

In Bezug auf die Gruppe der sonstigen Mitarbeiter in der Pflege ergibt sich eine Betreuungsrelation von 14 Bewohnern pro Mitarbeiter. Das Minimum liegt hier bei 1:2 Bewohnern, das Maximum bei 1:40 (8 – 9 Uhr), bzw. 1: 50 (12 - 13 Uhr) Bewohnern.

Werden alle Mitarbeiter zusammen gerechnet, ergibt sich im Frühdienst eine Betreuungsrelation von 1:4 (8 - 9 Uhr), bzw. 1:5 (12 - 13 Uhr).

Spätdienst (15 – 16 Uhr / 18 - 19 Uhr)

Zwischen 15 und 16 Uhr sind weniger examinierte Pflegemitarbeiter im Wohnbereich anwesend. In 12 Wohnbereichen war kein examinierter Pflegemitarbeiter. In den übrigen Wohnbereichen lag die

Betreuungsrelation im Mittel bei 20 Bewohnern pro examinierten Pflegenden. In 71 Wohnbereichen war in diesem Zeitraum ein examinierter Pflegender, in den übrigen zwei und mehr. Eine ähnliche Verteilung zeigt sich während 18 und 19 Uhr. Somit versorgte im Spätdienst im Mittel ein examinierter Pflegender 20 (15 – 16 Uhr), bzw. 19 Bewohner (18 – 19 Uhr). Das Minimum lag bei 1:9 (15 -16 Uhr), bzw. 1:5 Bewohnern, das Maximum bei 1:52 Bewohnern (18 -19 Uhr).

In der Gruppe der sonstigen Mitarbeiter in der Pflege ergibt sich im Spätdienst eine Betreuungsrelation von 1:14 Bewohnern (15 - 16 Uhr) bzw. 1:18 Bewohnern (18 - 19 Uhr). Die Schwankungen liegen zwischen 1:2 bzw. 5 und 40 Bewohnern.

Werden alle Mitarbeiter zusammen gerechnet, ergibt sich im Spätdienst eine Betreuungsrelation von 1:6 (15 - 16 Uhr), bzw. 1:7 (18 – 19 Uhr).

Betreuungsrelation Bewohner pro Mitarbeiter (Köpfe) im Wohnbereich	**MW (Min-Max)**			
	8 – 9 Uhr	**12 – 13 Uhr**	**15 – 16 Uhr**	**18 – 19 Uhr**
2- & 3-jährig examiniertes Pflegepersonal	18 (5-52)	18 (5-52)	20 (9-52)	19 (5-52)
Pflegehilfskräfte[1]	14 (5-40)	16 (5-50)	18 (5-50)	17 (5-40)
Pflegepersonal gesamt[2]	7 (2-15)	8 (2-32)	9 (3-19)	9 (3-16)
Sonstige Mitarbeiter in der Pflege[3]	14 (2-40)	14 (2-50)	14 (2-40)	18 (5-40)
Alle Mitarbeiter in der Pflege	4 (1-9)	5 (1-26)	6 (1-15)	7 (2-14)

[1]umfasst 1-jährig ausgebildete / ungelernte Pflegende
[2]umfasst 2- & 3-jährig examinierte (inkl. Wohnbereichsleitungen) / 1-jährig ausgebildete / ungelernte Pflegende
[3]umfasst Mitarbeiter des Sozialen Dienstes, Hauswirtschafts- und Präsenzkräfte, zusätzliche Betreuungskräfte, Ehrenamtliche

Tabelle 6: Betreuungsrelationen auf den Wohnbereichen

Zusammenfassend lässt sich zu der auf Grundlage einer Momentaufnahme erfassten Betreuungsrelationen auf den Wohnbereichen feststellen, dass es große Unterschiede zwischen den einzelnen Wohnbereichen gibt. Eine Interpretation und Verortung der erhobenen Daten ist schwierig, da keine entsprechenden Vergleichsdaten publiziert vorliegen. Die großen Schwankungen in der Betreuungsrelation lassen sich unter Umständen durch sehr unterschiedliche Organisationsformen in den Einrichtungen und auf den Wohnbereichen erklären. So besteht die Möglichkeit, dass Personal für mehrere Wohnbereiche zuständig ist, zu dem Zeitpunkt der Momentaufnahme aber nicht auf dem gerade erfassten Wohnbereich tätig war. Bei aller gebotenen Vorsicht im Rahmen der Interpretation dieser Ergebnisse lässt sich jedoch festhalten, dass es große Unterschiede in der Betreuungsrelation auf einzelnen Wohnbereichen gibt, jedoch die Schwankung der Betreuungsrelation im Hinblick auf die Tageszeit relativ gering ist.

Qualifikation der Mitarbeiter

Die Versorgung von Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe und die damit verbundene Umsetzung demenzspezifischer Interventionsansätze stellt hohe Anforderungen an die fachliche Kompetenz von professionell Pflegenden (Brüggemann, 2009). Neben der einrichtungsbezogenen Entwicklung spezifischer Versorgungskonzepte stellt auch die Qualifizierung von professionell Pflegenden eine Anforderung an die Einrichtungen dar (ebd.). Diese spezifischen Qualifikationsanforderungen werden häufig durch die Fort- und Weiterbildung von geeigneten Mitarbeitern sichergestellt.

Um das demenzspezifische Qualifikationsniveau der Mitarbeiter abzubilden, wurde ebenfalls eine Relation gebildet, die die Anzahl der Mitarbeiter mit der jeweiligen Qualifikation (in Köpfen) pro 100 Bewohner abbildet (Tabelle 7). Eine Relation wurde in denjenigen Einrichtungen berechnet, die einen Mitarbeiter mit einer entsprechenden Weiterbildung beschäftigten. Eine weitergebildete Fachkraft für Gerontopsychiatrie war in 41 Einrichtungen beschäftigt; dies stellt somit die häufigste Weiterbildungsform dar, gefolgt von Palliative Care, Dementia Care Mapping und Validation. Betrachtet man die Relation der mit einer Weiterbildung geschulten Mitarbeiter pro 100 Bewohner, wird deutlich, dass in Validation eher mehrere Mitarbeiter durch die jeweilige Einrichtung geschult werden, während die Weiterbildung Basale Stimulation sowie die Fachkraft für Psychiatrie eher durch einzelne Mitarbeiter repräsentiert wird.

Anzahl Mitarbeiter (Köpfe) pro 100 Bewohner mit einer Weiterbildung für	**n**	**MW (SD)**	**Min**	**Max**
Fachkraft für Gerontopsychiatrie	41	2,3 (1,7)	1	8
Fachkraft für Palliative Care	26	1,7 (1,1)	1	5
Dementia Care Mapping	23	3,7 (9,6)	0,4	47
Validation	22	16,9 (18,5)	1	67
Basale Stimulation	12	4,1 (3,6)	1	11
Fachkraft für Psychiatrie	3	1,5 (1,0)	1	3

Tabelle 7: Anzahl der Mitarbeiter mit Weiterbildung in Betreuungsrelation

25% (n=26) der Wohnbereiche gaben an, dass die Leitung des Wohnbereichs die Zusatzqualifikation zur Fachkraft für Gerontopsychiatrie erworben hat. Dies traf nicht auf die Weiterbildung Palliative Care zu: Hier gaben nur zwei von 103 Wohnbereichen an, dass die Wohnbereichsleitung über diese Zusatzqualifikation verfügt. 75% (n=78) aller Wohnbereiche wurden von Wohnbereichsleitungen ohne eine der erfragten Zusatzqualifikationen geleitet.

58% der Einrichtungen (n=29) gaben an, mehr als 50% ihrer Mitarbeiter zum Thema Fallbesprechungen und Erinnerungspflege geschult zu haben. 52% der Einrichtungen (n=26) haben

mehr als 50% ihrer Mitarbeiter in Validation geschult; 46% (n=23) in Maßnahmen der Bewegungsförderung. 34% (n=23) gaben an, mehr als 50% der Mitarbeiter in Maßnahmen der multisensorischen Stimulation und der Anwendung von Assessmentinstrumenten geschult zu haben.

Die Einrichtungen legen verschiedene Schwerpunkte in Bezug auf die Fort- und Weiterbildung ihrer Mitarbeiter. Im Bereich der Weiterbildungen werden verschiedene Strategien deutlich: Die Weiterbildung zur Fachkraft für Gerontopsychiatrie hat den höchsten Verbreitungsgrad; hier werden aber vorwiegend eine kleine Anzahl an Mitarbeitern weitergebildet, vorranging Mitarbeiter in Leitungspositionen. Als Fachkraft für Palliative Care wird ebenfalls nur eine geringe Anzahl an Mitarbeitern in der Einrichtung fortgebildet; diese Weiterbildung wird aber vorrangig nicht für Mitarbeiter in Leitungspositionen angeboten. In Validation wurde in ca. der Hälfte der Einrichtungen eine hohe Anzahl (n) von Mitarbeitern weitergebildet. Diese Unterschiede könnten sich anhand der unterschiedlichen Zielsetzungen der Weiterbildungen erklären lassen: Während in der Weiterbildung zur Fachkraft für Gerontopsychiatrie und Palliative Care überwiegend verschiedene Fähigkeiten zur Verbesserung der klinischen Expertise gelehrt werden, wird bei der Weiterbildung Validation eher eine Grundhaltung zu Menschen mit Demenz vermittelt. Validation wird als Konzept zum Umgang mit Menschen mit Demenz verstanden.

Durch folgende Gründe lässt sich eine hohe Anzahl an Mitarbeitern mit einer bestimmten Weiterbildung innerhalb der Einrichtungen erklären:

- für die Umsetzung dieses Konzepts wird eine hohe Anzahl an geschulten Mitarbeitern als wichtig erachtet
- die Fortbildung kann für eine größere Anzahl von Mitarbeitern gewährleistet werden (in Bezug auf Kosten und Organisation)

Eine niedrige Anzahl von Mitarbeitern mit einer Weiterbildung könnte folgendermaßen erklärt werden:

- die Weiterbildung qualifiziert für eine Tätigkeit in Schlüsselpositionen; eine hohe Anzahl an Mitarbeitern mit der Qualifikation wird als nicht notwendig erachtet
- der Zugang zu Möglichkeiten der Weiterbildung ist erschwert (hohe Kosten, Fahrtwege)
- die Weiterbildungsmöglichkeit ist nicht bekannt

Der Anteil an Einrichtungen, die Fachkräfte für Gerontopsychiatrie beschäftigen, ist deutlich höher als in der MUG IV Studie: in dieser lag er bei 33%, in der Studie DemenzMonitor bei über 80%. Die

Interpretation dieses Unterschieds muss mit Vorsicht erfolgen: Er wird vermutlich durch den Charakter einer Gelegenheitsstichprobe erklärt. Einrichtungen, die großen Wert auf die Weiterbildung ihrer Mitarbeiter legen und dementsprechend diese Mitarbeiter überproportional häufig beschäftigen, sind gegebenenfalls eher an der Teilnahme an einer Studie interessiert. Zusätzlich muss der Faktor bedacht werden, dass am DemenzMonitor viele Demenzwohnbereiche aus Hamburg teilgenommen haben. In Hamburg wird vorausgesetzt, dass Leitungen dieser Wohnbereiche eine Qualifikation als Fachkraft für Gerontopsychiatrie vorweisen. Der Unterschied kann jedoch auch ein Hinweis darauf sein, dass generell der Weiterbildung der Mitarbeiter eine große Relevanz zugesprochen wird und der Anteil in den letzten Jahren angestiegen ist. Insgesamt kann vermutet werden, dass die Einrichtungsleitungen in den letzten Jahren auf die höher werdenden Anforderungen an das qualifikatorische Niveau von professionell Pflegenden im Bereich der Versorgung von Menschen mit Demenz in Form von Qualifikationsangeboten reagiert haben. Sie kommen hiermit auch den Forderungen der Qualitätsprüfungsanforderungen, wie sie in verschiedenen Publikationen beschrieben werden, nach (Brüggemann, 2009).

Personalorganisation

Die feste Zuordnung von Personal stellt eine wichtige Voraussetzung für die Betreuungskontinuität sowie eine bewohnerbezogene Pflegeorganisation dar. Häufig wechselnde Mitarbeiter verhindern den für eine personenzentrierte Pflege notwendigen Beziehungsaufbau; Diskontinuität und Fragmentierung hingegen begünstigen die Abhängigkeit des Pflegebedürftigen (Planer, 2010). Um beschreiben zu können, ob professionell Pflegende eine kontinuierliche pflegerische Versorgung leisten können, wurden die entsprechenden organisatorischen Voraussetzungen hierfür untersucht. Hierbei wurde erfragt, ob es eine feste Zuordnung professionell Pflegender auf bestimmte Wohnbereiche gibt.

Die Ergebnisse zeigen, dass in 93% der teilnehmenden Wohnbereichen (n=96) das Pflegepersonal diesen fest zugeordnet ist. Das hauswirtschaftliche Personal ist demgegenüber nur in 75% (n=77) der Wohnbereiche diesen auch fest zugeordnet. In 90% (n=93) der Wohnbereiche ist tagsüber kontinuierlich mindestens ein examinierter Pflegemitarbeiter anwesend.

Auf Grundlage der Ergebnisse ist davon auszugehen, dass für den Bereich der professionell Pflegenden eine hohe personelle Kontinuität auf den Wohnbereichen besteht. Diese Kontinuität und die entsprechende Sicherstellung eines qualifikatorischen Niveaus auf den Wohnbereichen wird als

Grundvoraussetzung für eine gelingende Versorgung von Menschen mit Demenz und den dafür notwendigen Beziehungsaufbau zwischen den Bewohnern und professionell Pflegenden angesehen (Brüggemann, 2009).

Personal nach §87b SGB XI

Im Rahmen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetz mit Einführung im Jahr 2008 wurden die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung für Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen im Rahmen des §45 a SGB XI ausgeweitet (GKV-Spitzenverband, 2014). Hierin wird geregelt, dass Menschen mit sog. erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf Anspruch auf Leistungen der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung haben. Stationäre Pflegeeinrichtungen haben die Möglichkeit, Leistungszuschläge für die Anstellung von entsprechendem Personal nach § 87b SGB XI mit den Pflegekassen zu vereinbaren. Im Rahmen der Pflegestatistik 2013 wurde der Anteil von Betreuungskräften nach §87b SGB XI am Gesamtpersonal stationärer Altenhilfe mit 4,1% beschrieben (Statistisches Bundesamt, 2015).Diese Zahl entspricht dem Anteil der zusätzlichen Betreuungskräfte nach §87 b SGB XI, der auch in der Studie DemenzMonitor beobachtet werden konnte. In der Regel wird eine zusätzliche Betreuungskraft (Vollzeit) für 24 Bewohner von der Pflegversicherung finanziert (GKV-Spitzenverband, 2014). In der Studie DemenzMonitor haben 3743 Bewohnern einen zusätzlichen Betreuungsbedarf nach § 87 b SGB XI, demnach ergibt sich rechnerische eine Anzahl von bis zu 155 zusätzlichen Betreuungskräften in den teilnehmenden Einrichtungen. In den Einrichtungen des DemenzMonitors waren zum Zeitpunkt der Erhebung 168 zusätzliche Betreuungskräfte im Vollzeitäquivalent eingeplant. Diese Abweichung lässt sich durch ggf. nicht tagesaktuelle Anpassung der Berechnungsgrundlage durch die Pflegekassen und/oder Einrichtungen der stationären Altenhilfe erklären. Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass die Einrichtungen des DemenzMonitors im Durchschnitt die Möglichkeiten zur Finanzierung einer zusätzlichen Betreuungskraft nach § 87b SGB XI weitestgehend ausgeschöpft haben und somit die Möglichkeiten der Personalausweitung, die durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz angelegt wurden, umfänglich umgesetzt haben.

Ehrenamtliche Mitarbeiter

Die Einbindung Ehrenamtlicher Mitarbeiter in Einrichtungen der stationären Altenhilfe ist weit verbreitet und bringt unterschiedliche Vorteile für die Träger mit sich. Stationäre Einrichtungen erhalten hierüber die Möglichkeit, zusätzliche Angebote im sozialen, nichtmonetären und refinanzierbaren Bereich für die Bewohner zu generieren (GKV Spitzenverband, 2006). Zudem sind die Ehrenamtlichen Mitarbeiter wichtige Partner bei der Bestrebung der Einrichtungen sich in das

soziale Umfeld zu öffnen. Die ehrenamtlichen Mitarbeiter übernehmen eine wichtige Funktion bei der Gestaltung von Aktivitäten die außerhalb der Einrichtung stattfinden.

Im Rahmen des DemenzMonitors wurde die Anzahl der Ehrenamtlichen Mitarbeiter nicht im Vollzeitäquivalent erfasst, da diese nicht als in der Einrichtung beschäftigtes Personal gelten. Die Anzahl der Ehrenamtlichen wurde aus diesem Grund als Kopfzahl erfasst. Um die Zahlen vergleichbar zu machen, wurde die Anzahl der ehrenamtlichen Mitarbeiter ebenfalls in eine Relation zu jeweils 100 Bewohnern gesetzt. Es zeigt sich, dass sich auch die Anzahl der ehrenamtlichen Mitarbeiter zwischen den Einrichtungen stark unterscheidet. Im Mittel kommen auf 100 Bewohner 20 ehrenamtliche Mitarbeiter. Aus dieser Zahl lässt sich schließen, dass ehrenamtliche Mitarbeiter oder Helfer eine wichtige Rolle im Personalmix der Einrichtungen einnehmen. Aussagen über den tatsächlichen Umfang ihrer Tätigkeit oder die Art der Tätigkeit können auf Grundlage der Erhebung im DemenzMonitor allerdings nicht getroffen werden. Die Etablierung ehrenamtlicher Tätigkeit kann aufgrund der Ergebnisse für die Einrichtungen unserer Stichprobe als durchaus heterogen angesehen werden. Es liegt die Vermutung nahe, dass die teilnehmenden Einrichtungen sehr unterschiedliche Konzepte und Strategien in der Einbindung von ehrenamtlichen Mitarbeitern verfolgen. In Abhängigkeit der Einsatzmöglichkeiten und Bereitschaft zur Mitarbeit variieren die Zahlen Ehrenamtlichen Mitarbeiter auf die zurückgegriffen werden kann sehr stark.

Pflegestufenverteilung in den teilnehmenden Einrichtungen

Um die Einrichtungen hinsichtlich der Pflegebedürftigkeit ihrer Bewohner vergleichen zu können, wird nachfolgend die Pflegestufenverteilung der Bewohner für die gesamte Stichprobe des DemenzMonitors sowie ein Vergleich der Einrichtungen hinsichtlich der Pflegestufenverteilung dargestellt. Insgesamt lebten in den teilnehmenden Einrichtungen zum Zeitpunkt der Datenerhebung 5.899 Bewohner. 220 (4%) hatten keine Pflegestufe, 2.094 (36%) Pflegestufe 1, 2.328 (40%) Pflegestufe 2, 1.169 (20%) Pflegestufe 3 und 88 (2%) Pflegestufe 3 erhöht (Tabelle 8). Abbildung 5 zeigt die Verteilung der Pflegestufen innerhalb der Bewohner der Einrichtungen. Die zum Teil sehr deutlichen Unterschiede der Einrichtungen im Hinblick auf die Pflegestufenverteilung lassen sich durch die unterschiedliche konzeptionelle Ausrichtung der am DemenzMonitor teilnehmenden Einrichtungen erklären. So haben neben Einrichtungen mit speziellen Angeboten für Bewohner mit hoher Pflegebedürftigkeit auch Einrichtungen teilgenommen, die ein eher allgemeines Versorgungsangebot vorhalten.

Bewohner (Gesamt n=5.899)	n	Anteil der Bewohner (%)
Pflegestufe 0	220	3,7
Pflegestufe 1	2.094	35,5
Pflegestufe 2	2.328	39,5
Pflegestufe 3	1.169	19,8
Pflegestufe 3 erhöht	88	1,5

Tabelle 8: Bewohnerstruktur der Einrichtungen

Erheblicher allgemeiner Betreuungsbedarf

Die für die Inanspruchnahme zusätzlicher Betreuungsleistungen nach §87b SGB XI notwendige Einschätzung erfolgt auf Grundlage des § 45a SGB XI im Rahmen des sog. PEA Assessment. Hierin wird festgestellt, ob eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz vorliegt, und somit eine zusätzliche Betreuungsleistung nach §87b SGB XI in Anspruch genommen werden kann. Insgesamt haben 3.743 Bewohner der Stichprobe des DemenzMonitors einen erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf nach §45a. Dies entspricht 63,45% der Gesamtstichprobe. Wird die Verteilung der Bewohner mit Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen innerhalb der Pflegestufen betrachtet, so zeigt sich, dass von den Bewohnern mit Pflegestufe 3 der größte Anteil einen erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf hat (87%). Diese Zahlen entsprechen denen anderer Statistiken, in denen darauf hingewiesen wird, dass in stationären Einrichtungen besonders viele Menschen mit eingeschränkter Alltagsfähigkeit in den höheren Pflegestufen 2 und 3 eingestuft sind (Rothgang, 2015). Wird der Unterschied im Hinblick auf die einzelnen Einrichtungen betrachtet, so wird deutlich, dass auch hier der Anteil der Bewohner mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf innerhalb der Pflegestufe schwankt. In einigen Einrichtungen liegt der Anteil der Bewohner in Pflegestufe 3 und 3 erhöht mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf bei 100%, in anderen unter 70% (Abbildung 6).

Insgesamt lässt sich für die Stichprobe des DemenzMonitors festhalten, dass der Anteil der Bewohner mit einer anerkannten erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz relativ hoch ist. Deutlich mehr als die Hälfte der Bewohner sind entsprechen eingestuft und können somit Leistungen nach § 45b und 87b SGBXI erhalten. Dieses Ergebnis lässt darauf schließen, dass die Einrichtungen darauf achten, eine entsprechende Begutachtung durch den MDK vornehmen zu lassen, um flächendeckend für die zusätzlichen Betreuungsangebote eine Refinanzierung zu erhalten. Diese Annahme bestätigt sich auch durch die schon beschriebene Ausstattung der Einrichtungen mit entsprechenden zusätzlichen Betreuungskräften nach § 87b SGB XI.

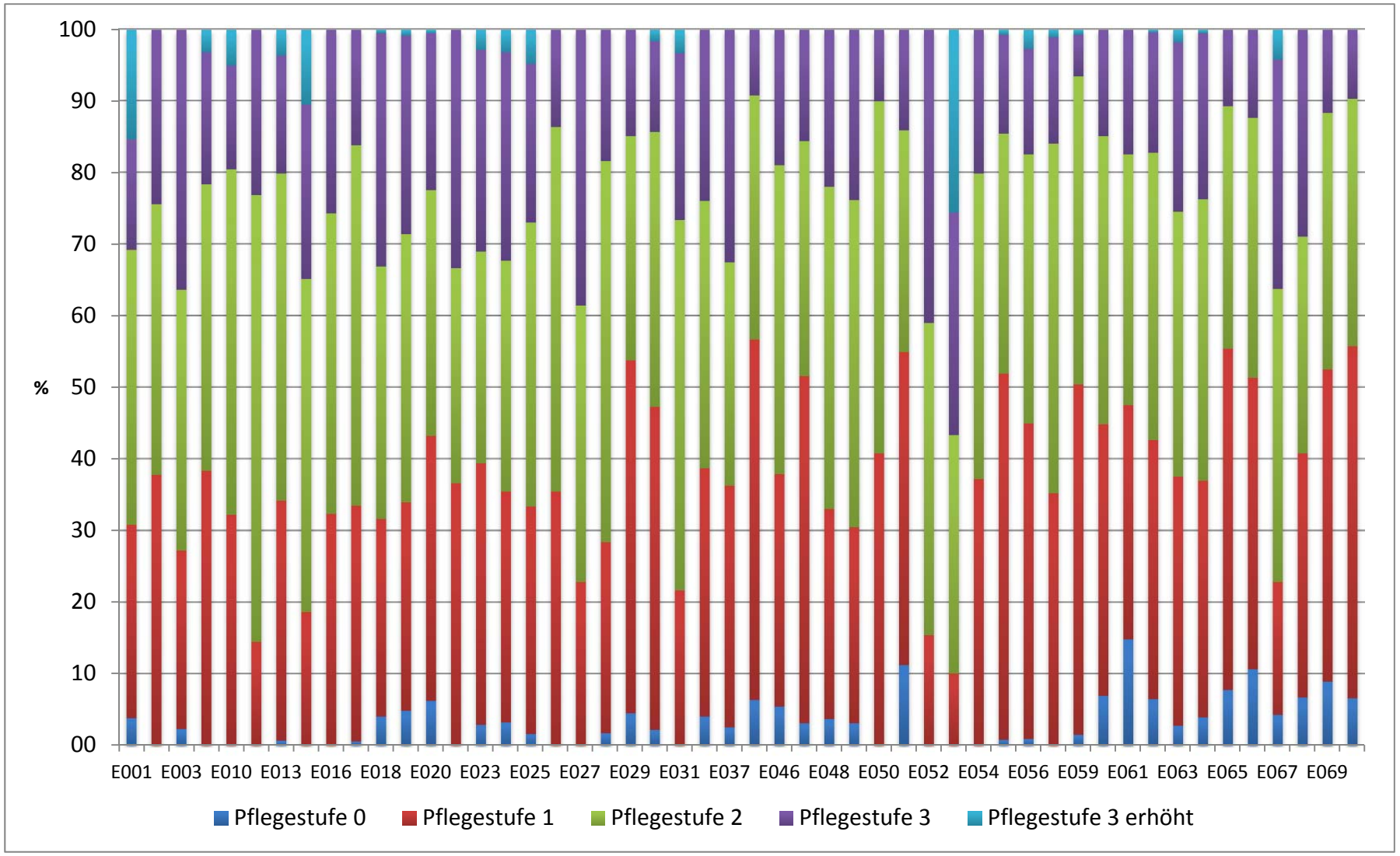

Abbildung 5: Pflegestufenverteilung in den Einrichtungen

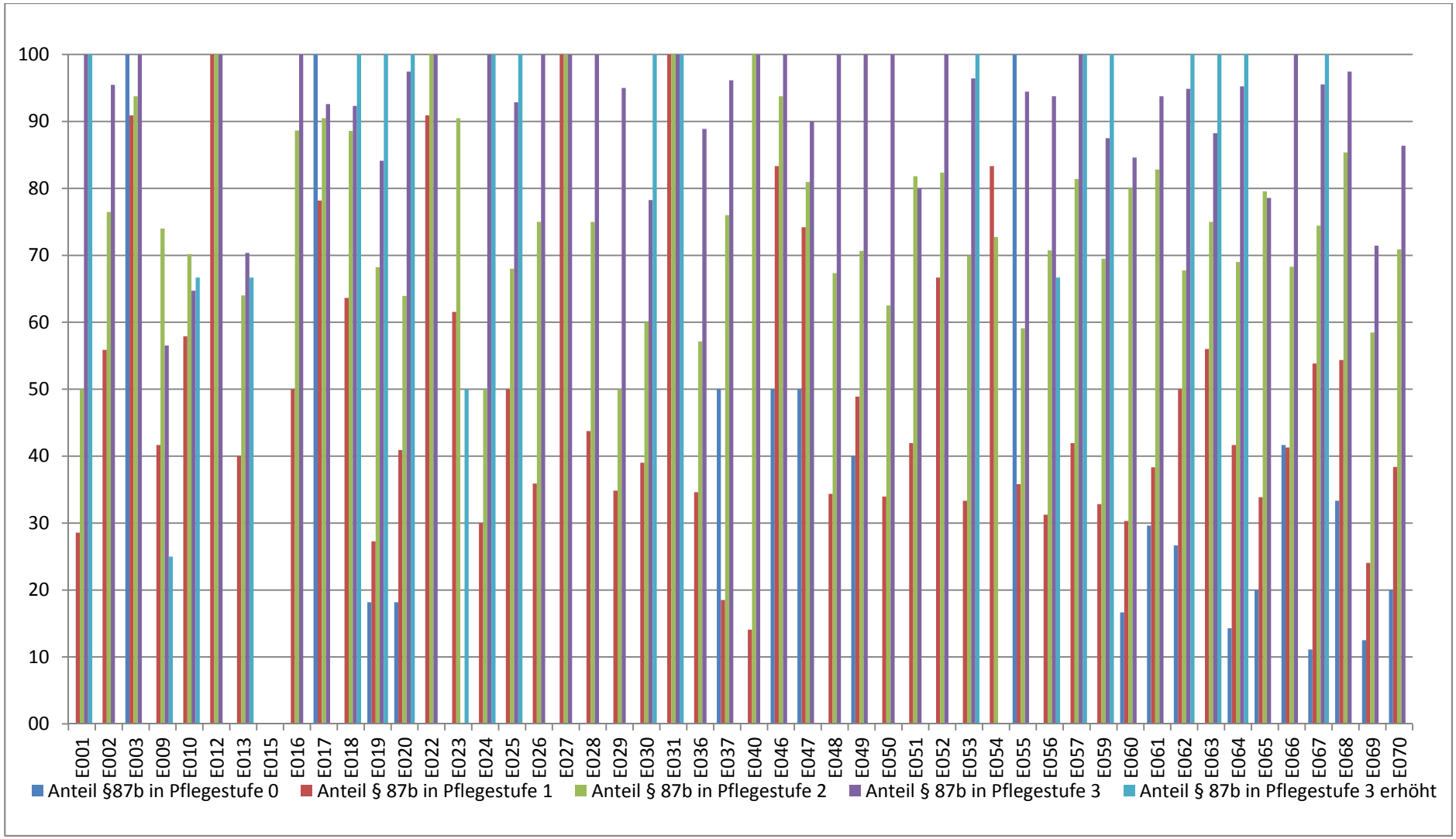

Abbildung 6: Anteil (%) von Bewohnern mit erheblichem Betreuungsbedarf in den Pflegestufen in den einzelnen Einrichtungen

Die Bewohnerstruktur der teilnehmenden Einrichtungen weicht in Bezug auf die Verteilung der Pflegestufen unwesentlich vom Bundesdurchschnitt ab. In der Studie DemenzMonitor war der Anteil von Bewohnern in Pflegestufe 1 geringer als in der Pflegestatistik (Pflegestatistik: 38,1%, DemenzMonitor 35,5%). Der Anteil von Bewohnern in Pflegestufe 2 und 3 war vergleichbar (Abweichung < 1%); wobei der Anteil der Bewohner in Pflegestufe 2 den größten Anteil bildet. Einem deutlich höheren Anteil war jedoch keine Pflegestufe zugewiesen (Pflegestatistik: 1,1%, DemenzMonitor 3,7%) (Statistisches Bundesamt, 2013). Ein Vergleich der Verteilung der Pflegestufen im DemenzMonitor mit der Entwicklung der Pflegestufenverteilung, wie sie in der Pflegestatistik berichtet wird, ist in Abbildung 7 abgebildet.

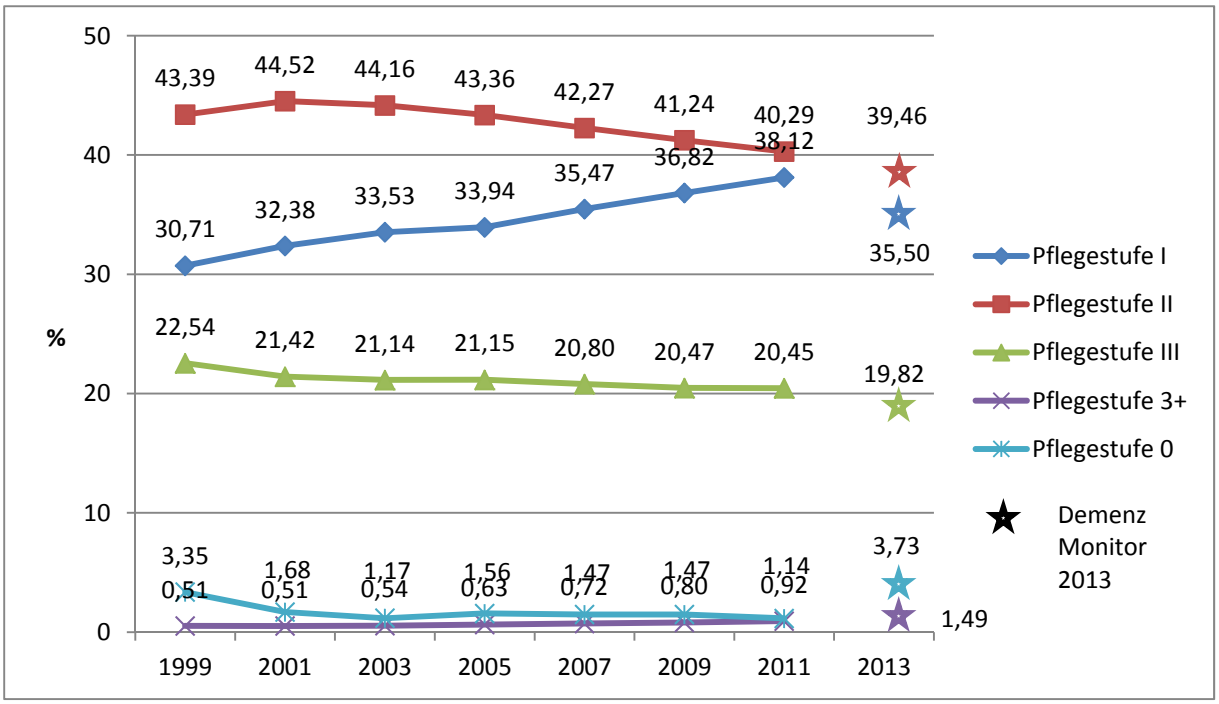

Abbildung 7: Pflegestufenverteilung der Pflegestatistik und des DemenzMonitors im Vergleich

Pflegerelevante Merkmale der Bewohner

Soziodemografische Charakteristika

Soziodemografische Charakteristika stellen einen wichtigen Baustein zur Beschreibung von Stichproben dar. In der Studie DemenzMonitor wurde von den soziodemografischen Merkmalen der Bewohner das Alter, das Geschlecht, die Aufenthaltsdauer in der Einrichtung, die Pflegestufe, das Vorhandensein von einem zusätzlichen Betreuungsbedarf nach § 87b SGB XI, das Vorhandensein einer gesetzlichen Betreuung und der letzte Aufenthaltsort des Bewohners vor Heimeinzug erfasst.

Bewohner mit kognitiven Einschränkungen waren im Mittel zwei Jahren älter und zu einem größeren Anteil Frauen. Die durchschnittliche Verweildauer in stationären Altenhilfeeinrichtungen von Bewohnern mit kognitiven Einschränkungen ist im Mittel 9 Monate kürzer als von Bewohnern ohne kognitive Einschränkungen.

Der Anteil von Bewohnern in Pflegestufe 2 und 3 war bei den Bewohnern mit kognitiven Einschränkungen deutlich höher als bei Bewohnern ohne kognitiven Einschränkungen. Ebenso war der Anteil von Bewohnern mit einem erhöhten allgemeinen Betreuungsbedarf bei Bewohnern mit kognitiven Einschränkungen deutlich höher als bei Bewohnern ohne kognitive Einschränkungen.

Während Bewohner ohne kognitive Einschränkungen häufiger einen Vorsorgevollmachtnehmer hatten, hatten Bewohner mit kognitiven Einschränkungen häufiger einen gesetzlichen Betreuer; größtenteils sind es Angehörige. Ebenso liegt bei Bewohnern mit kognitiven Einschränkungen häufiger ein richterlicher Beschluss zur Unterbringung sowie zur Anwendung freiheitseinschränkender Maßnahmen vor.

Deutliche Unterschiede gab es auch in Bezug auf den letzten Aufenthaltsort vor dem Heimeinzug. Bewohner ohne kognitive Einschränkungen kamen größtenteils aus einem Privathaushalt, in dem sie allein gelebt haben. Zwar kamen auch die meisten Bewohner mit kognitiven Einschränkungen aus einem Privathaushalt, in dem sie allein gelebt haben, jedoch war die Gruppe derer, die dort mit einem Ehe- oder Lebenspartner oder anderen Personen gelebt haben, deutlich größer als bei den Bewohnern ohne kognitiven Einschränkungen.

Die Ergebnisse zu den soziodemografischen Merkmalen der Bewohner sind in Tabelle 9 abgebildet.

	Keine kognitiven Einschränkungen (n=364)	**Leichte-mittelschwere kognitive Einschränkungen (n=503)**	**Schwere kognitive Einschränkungen (n=938)**
Altersdurchschnitt in Jahren (SD)	81,3 (9,7)	83,4 (9,0)	83,4 (8,4)
Geschlecht, weiblich in % (n)	70,6 (257)	77,9 (392)	77,3 (725)
Durchschnittliche Verweildauer in Monaten (SD)	46,2 (62,7)	36,5 (48,1)	37,3 (39,8)
Anteil der Bewohner in den Pflegestufen in % (n)			
ohne Pflegestufe	3,0 (11)	1,2 (6)	0,2 (2)
Pflegestufe 1	57,4 (209)	38,2 (192)	13,1 (123)
Pflegestufe 2	35,2 (128)	51,7 (255)	45,2 (424)
Pflegestufe 3	3,3 (12)	10,7 (49)	38,2 (358)
Pflegestufe 3 erhöht	1,1 (4)	0,2 (1)	3,3 (31)
Anteil der Bewohner mit allgemeinem erheblichen Betreuungsbedarf in % (n)			
Erhöhter Betreuungsbedarf liegt vor	37,1 (135)	78,5 (395)	898 (95,7)
Anteil der Bewohner mit einem richterlicher Beschluss zur in % (n)			
Unterbringung in der Einrichtung in %	2,5 (9)	7,4 (37)	9,7 (91)
Anwendung freiheitseinschränkender Maßnahme in %	2,2 (8)	6,8 (34)	15,5 (145)
Anteil der Bewohner ohne Betreuer/Vorsorgevollmachtnehmer in % (n)			
Kein Betreuer/Vorsorgevollmachtnehmer	18,7 (68)	6,8 (34)	1,5 (14)
Letzter Wohnort vor dem Heimeinzug in % (n)			
Privathaushalt, allein	59,1 (215)	53,3 (268)	40,8 (383)
Privathaushalt mit Ehepartner	16,5 (60)	17,9 (90)	27,6 (259)
Privathaushalthalt mit anderen	9,9 (36)	14,1 (71)	13,4 (126)
Pflegeeinrichtung	7,4 (27)	8,5 (43)	11,8 (111)
Sonstiges	1,9 (7)	1,0 (5)	0,6 (6)
unbekannt	4,1 (15)	5,0 (25)	5,4 (51)

Tabelle 9: Allgemeine Angaben der Bewohner mit Unterteilung Schweregrad der kognitiven Einschränkung

In Bezug auf das Geschlecht zeigt der DemenzMonitor andere Ergebnisse als die MUG-IV Studie: Der Anteil an Frauen ist bei den Bewohnern ohne kognitiven Einschränkungen deutlich geringer. Dieser lag in der MUG-IV Studie bei 76,5% (Schäufele, Köhler, Lode, & Weyerer, 2009:175), in der DemenzMonitor Studie bei 70,6%. In Bezug auf das Alter sind die Ergebnisse in den Gruppen mit und ohne kognitive Einschränkungen vergleichbar. In Bezug auf die Pflegestufe weisen die Ergebnisse des DemenzMonitors ebenfalls in die gleiche Richtung wie die MUG-IV Studie. In der Gruppe der Bewohner ohne kognitive Einschränkungen hatten über 50% der Bewohner eine Pflegestufe 1, in der Gruppe der Bewohner mit kognitiven Einschränkungen hatten die meisten Bewohner in beiden Studien die Pflegestufe 2 (Schäufele et al., 2009:176). Im Vergleich zur MUG-IV Studie hatten in der DemenzMonitor Studie in beiden Gruppen weniger Bewohner keinen Betreuer oder Vorsorgevollmachtnehmer. Bei Menschen ohne kognitive Einschränkungen lag dieser Anteil bei unter 20%, bei den Bewohnern mit kognitiven Einschränkungen bei unter 10%. In der MUG-IV Studie hatten von den Bewohnern ohne kognitive Einschränkungen ca. 40% weder einen

Vorsorgevollmachtnehmer oder einen Betreuer. In der Gruppe der Bewohner mit kognitiven Einschränkungen lag dieser Anteil bei ca. 20% (Schäufele et al., 2009:175).

Prävalenz von kognitiven Einschränkungen und Demenzdiagnosen

In der Studie wurde die dokumentierte ärztliche Diagnose Demenz erhoben und die kognitiven Fähigkeiten des Bewohners mittels der Dementia Screening Scale (DSS) (Köhler et al., 2007) eingeschätzt. Die DSS erfasst die kognitiven Fähigkeiten von Bewohnern von Altenpflegeeinrichtungen aufgrund der Einschätzung des Erinnerungs- und Orientierungsvermögens. Dies erfolgt anhand von sieben Items mit einem Punktwert zwischen 0-14. Bewohner mit einem Punktwert zwischen 0-2 gelten nicht als kognitiv eingeschränkt, Bewohner mit einem Punktwert zwischen 3-7 gelten als leicht-mittelschwer kognitiv eingeschränkt, Bewohner mit einem Punktwert über 7 gelten als schwer kognitiv eingeschränkt.

Von 1.796 Bewohnern liegt eine Einschätzung der kognitiven Fähigkeiten mittels der Dementia Screening Scale (DSS) sowie eine Angabe zur ärztlichen Diagnose Demenz vor. Es folgt eine Darstellung der Ergebnisse des kognitiven Screenings sowie eine Gegenüberstellung mit den ärztlich dokumentierten Diagnosen.

Die Einschätzung der Pflegenden und die darauf beruhende Einteilung in einen Demenzschweregrad stimmen nicht bei allen Bewohnern mit einer ärztlichen Diagnose Demenz überein. Insgesamt wurden von den Pflegenden 78,8% (n=1434) als mindestens leicht kognitiv eingeschränkt eingeschätzt. Von diesen gelten 497 Bewohner (28% der Gesamtstichprobe) als Bewohner mit einer leichten-mittelschweren kognitiven Einschränkung und 937 (52% der Gesamtstichprobe) als Bewohner mit einer schweren kognitiven Einschränkung. Der größte Teil von ihnen hatte ebenfalls eine ärztliche Diagnose Demenz: In der Gruppe der Bewohner mit leichten-mittleren kognitiven Einschränkung waren 359 Bewohner mit einer ärztlichen Diagnose (72%); in der Gruppe der Bewohner mit schweren kognitiven Einschränkungen hatten 885 Bewohner eine ärztliche Diagnose Demenz (94%). Insgesamt hatten von den 1434 Bewohnern, die mittels der DSS als kognitiv eigeschränkt eingeschätzt wurden, 190 Bewohner (13%) keine ärztliche Diagnose Demenz.

Die Übereinstimmung zwischen der Einschätzung mittels der DSS und der ärztlichen Diagnose Demenz ist in Abbildung 8 dargestellt.

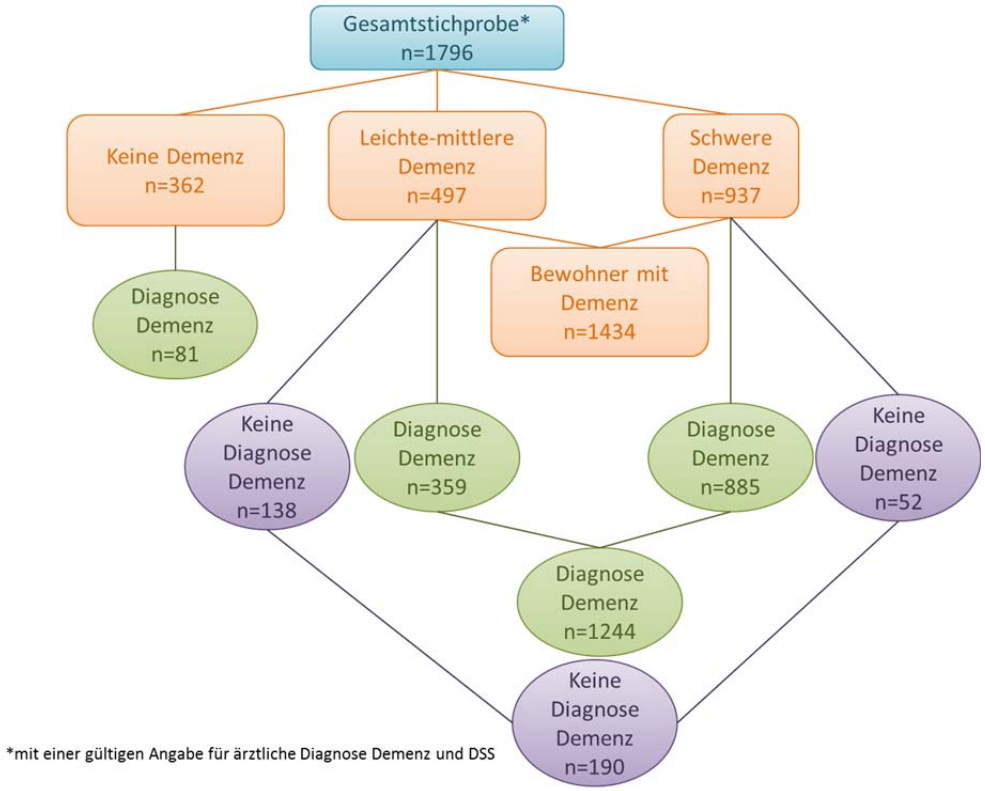

Abbildung 8: Bewohner mit einer ärztlichen Diagnose Demenz und einer Demenz nach erfolgter Einschätzung der kognitiven Einschränkung (DSS)

Der Anteil von nahezu 80% kognitiv eingeschränkten Bewohner kann als relativ hoch eingeschätzt werden und entspricht vermutlich nicht dem durchschnittlichen Anteil von Bewohnern mit demenziellen Veränderungen in deutschen Altenpflegeeinrichtungen. In der MUG IV-Studie, deren Ergebnisse als repräsentativ gelten, wiesen 69% der Bewohner beim kognitiven Screening mit der DSS Einschränkungen auf (Martina Schäufele et al., 2013; M. Schäufele et al., 2009). Dieser Unterschied kann damit erklärt werden, dass am DemenzMonitor überproportional viele spezielle Demenzwohnbereiche mit ihren Bewohnern teilnahmen und dementsprechend der Prozentsatz an Bewohnern mit Demenz und kognitiven Einschränkungen höher ausfällt.

Der Anteil der Bewohner, die mittels der DSS als dementiell verändert identifiziert wurden und keine ärztliche Diagnose Demenz aufwiesen, war in der Studie DemenzMonitor wesentlich geringer als in der MUG IV-Studie: während in dieser bei nur 55% der Bewohner mit einer Demenz nach DSS eine ärztliche Diagnose Demenz dokumentiert war, so lag dieser Anteil in der Studie DemenzMonitor bei 86%. Dies lässt darauf schließen, dass vermutlich in den teilnehmenden Einrichtungen des DemenzMonitors der Diagnosestellung ein größerer Stellenwert eingeräumt wurde. Dies lässt sich jedoch ebenfalls mit der teilnehmenden Stichprobe erklären: Auf speziellen Demenzwohnbereichen ist eine vorliegende Demenzdiagnose häufig ein Aufnahmekriterium.

Nur bei einem kleinen Anteil von den Bewohnern, die per DSS als schwer kognitiv eingeschränkt eingeschätzt wurden, lag keine ärztliche Diagnose vor (5%). Der Anteil der Bewohner, die als leicht-mittelschwer kognitiv eingeschränkt eingeschätzt wurden und bei denen keine Diagnose dokumentiert wurde, lag bei 18%. Vorangegangene Validierungsstudien der DSS zeigen, dass eine Identifizierung von leichten Demenzen und eine Abgrenzung zu keiner Demenz nicht verlässlich möglich ist (M. Schäufele et al., 2009). Aus diesem Grund kann nicht ausgeschlossen werden, dass mittels der DSS Bewohner als leicht-mittelschwer kognitiv eingeschränkt identifiziert wurden, bei denen im Rahmen einer ärztlichen Untersuchung keine Demenz diagnostiziert wurde. Es ist jedoch auch bemerkenswert, dass 22% der Bewohner, die nach DSS als nicht kognitiv eigeschränkt eingeschätzt wurden, eine Demenzdiagnose aufwiesen. Dieses Ergebnis entspricht den Erkenntnissen aus der MUG IV-Studie: Auch hier lag bei 14% der Bewohner, die laut DSS als nicht kognitiv eingeschränkt galten, eine Demenzdiagnose vor (Martina Schäufele et al., 2013). Eine weitere Untersuchung zur Qualität der Demenzdiagnostik in deutschen Altenpflegeeinrichtungen aus 2004 zeigte, dass 77% der Bewohner kognitive Einschränkungen aufwiesen, 68% hatten eine diagnostizierte Demenz. Auch in dieser Untersuchung wiesen 15% der kognitiv gesunden Heimbewohner eine Demenzdiagnose auf (Brune-Cohrs, Juckel, & Schröder, 2007).

Die Ergebnisse des DemenzMonitors bestätigen die Erkenntnisse vorangegangener Studien dahingehend, dass eine Aussage über die kognitiven Fähigkeiten eines Bewohners, bzw. des Vorliegens eines Demenzsyndroms anhand der dokumentierten Demenzdiagnose in deutschen Altenpflegeeinrichtungen nicht verlässlich möglich ist. Ein kognitives Screening mit der DSS stellt eine praktikable Alternative zur Erfassung der Demenzdiagnose dar. Anhand dieses Instruments wurden sowohl in der MUG IV Studie als auch im DemenzMonitor ein größerer Anteil an Bewohnern mit kognitiven Einschränkungen identifiziert als der Anteil an Bewohnern mit einer dokumentierten Demenzdiagnose. Diese Prävalenzen müssen jedoch vorsichtig interpretiert werden, da zum einen die Sensitivität der DSS Skala im Bereich der leichten Demenzen nicht ausreichend ist und zum anderen anhand der Skala keine Differenzierung zwischen Menschen mit kognitiven Einschränkungen, die auf eine Demenz zurück zu führen sind, und anderen Ursachen wie z.B. angeborene Gehirnerkrankungen möglich ist.

Prävalenz von Pflegeabhängigkeit

Die Erfassung der Pflegeabhängigkeit der Bewohner erfolgte anhand der Physical Self Maintenance Scale (PSMS) (Lawton & Brody, 1969). Anhand dieser Skala wird die Selbstständigkeit der Bewohner in den Bereichen Stuhl- und Harninkontinenz, Nahrungsaufnahme, Ankleiden, äußeres Erscheinungsbild, Baden/Duschen und Mobilität eingeschätzt. In den einzelnen Bereichen erhielten die Bewohner Punkte auf einer Skala von 1 (vollkommen selbstständig) bis 5 (komplette Übernahme der Tätigkeit in diesem Bereich erforderlich). Auf der Grundlage des Gesamtscores erfolgte eine Einteilung der Ausprägung der Pflegeabhängigkeit in leicht (6-12 Punkte), mittel (13-18 Punkte) und schwer (19-30 Punkte).

Die funktionalen Fähigkeiten der Bewohner mit schweren kognitiven Einschränkungen sind deutlich stärker eingeschränkt als von Menschen ohne oder mit leichten-mittelschweren kognitiven Einschränkungen. Nahezu 70% der Bewohner mit schweren kognitiven Einschränkungen sind schwer pflegeabhängig, in der Gruppe der Bewohner ohne kognitive Einschränkungen sind es nur 9%, bei den Bewohnern mit leichten-mittelschweren kognitiven Einschränkungen 24% (siehe Tabelle 10).

	Vorkommen % (n)		
Ausprägung der Pflegeabhängigkeit	**Keine kognitiven Einschränkungen (n=364)**	**Leichte - mittelschwere kognitive Einschränkungen (n=500)**	**Schwere kognitive Einschränkungen (n=934)**
Leicht (6-12)	30 (110)	11 (55)	1 (10)
Mittel (13-18)	61 (222)	65 (323)	31 (286)
Schwer (19-30)	9 (32)	24 (122)	68 (638)
		MW (SD)	
Gesamtscore (6-36)	13, 4 (4,5)	16,7 (4,8)	21,8 (4,0)

Tabelle 10: Pflegeabhängigkeit der Bewohner in Bezug zum Schweregrad der kognitiven Einschränkung

Pflegeabhängigkeit von Bewohnern ohne kognitive Einschränkungen

Bewohner ohne eine Demenz haben am häufigsten hohen Unterstützungsbedarf im Bereich des Ankleidens, des Badens oder Duschens und der Pflege des äußeren Erscheinungsbildes. In diesen Bereichen benötigten ca. 20% der Bewohner viel Unterstützung; weniger als 5% der Bewohner bedurften jedoch der kompletten Übernahme der Tätigkeiten. Einen besonders hohen Unterstützungsbedarf wiesen jedoch 11,3% der Bewohner ohne Demenz im Bericht der Kontinenz auf, denn sie verfügten über keine Blasen- oder Stuhlkontrolle.

Pflegeabhängigkeit von Bewohnern mit leichten-mittelschweren kognitiven Einschränkungen

Bei den Bewohnern mit einer leichten bis mittelschweren Demenz war eine starke Pflegeabhängigkeit in den genannten Bereichen häufiger vorhanden: ca. 30% der Bewohner wiesen einen hohen Unterstützungsbedarf im Bereich des Ankleidens, des Baden oder Duschens und der Pflege des äußeren Erscheinungsbildes auf. Der Anteil der Bewohner, bei denen die Pflege in diesen Bereichen komplett übernommen werden musste, lag in diesen Bereichen ebenfalls bei unter 5%. Die Harn- oder Stuhlinkontinenz trat wesentlich häufiger auf: Rund 15% der Bewohner waren oftmals inkontinent; rund 20% dauerhaft.

Pflegeabhängigkeit von Bewohnern mit schweren kognitiven Einschränkungen

Bei den Bewohnern mit schwerer Demenz lag in den benannten Bereichen bei mehr als 60% der Bewohner ein hoher Unterstützungsbedarf vor; mehr als 40% hatten zusätzlich einen hohen Unterstützungsbedarf bei der Nahrungsaufnahme. Rund zwei Drittel der Bewohner mit schwerer Demenz haben keine Kontrolle über Blase oder Stuhlgang. Ein weiterer Bereich, in dem Menschen mit einer schweren Demenz deutlich mehr Unterstützung benötigen, ist der Bereich der Mobilität. Rund 15% der Bewohner gelten als bettlägerig, was heißt, dass sie das Bett mehr als die Hälfte des Tages nicht verlassen. Dieser Anteil war bei Menschen ohne bzw. mit leichteren kognitiven Einschränkungen deutlich geringer.

Die Ergebnisse zur Pflegeabhängigkeit sind in Tabelle 11 dargestellt.

Ausprägung der Pflegeabhängigkeit	Vorkommen % (n)		
	Keine kognitiven Einschränkungen (n=364)	**Leichte - mittelschwere kognitive Einschränkungen (n=500)**	**Schwere kognitive Einschränkungen (n=934)**
Stuhl- und Harninkontinenz			
Während des wachen Zustandes mehr als 1mal pro Woche eingestuhlt oder eingenässt	7,1 (26)	14,7 (74)	20,5 (192)
Keine Blasen oder Stuhlkontrolle	11,3 (41)	19,9 (100)	54,6 (512)
Nahrungsaufnahme			
Isst mit mäßiger Unterstützung, unordentlich (z.B. Aufforderung zum Essen)	5,5 (20)	7,4 (37)	40,5 (380)
Benötigt weitgehend Hilfe bei allen Mahlzeiten (z.B. Essen anreichen, enterale und parenterale Ernährung)	2,5 (9)	0,6 (3)	5,1 (48)
Ankleiden			
Benötigt weitgehende Hilfe beim Ankleiden, aber lässt Unterstützung anderer zu	19,5 (71)	36,7 (184)	70,8 (663)
Unfähig zum Ankleiden und lehnt Unterstützung anderer ab	0	1,6 (8)	7,8 (73)
Äußeres Erscheinungsbild			
Benötigt vollständige Hilfe bei der Pflege des Äußeren; bewahrt nach Hilfe ein gepflegtes Äußeres	9,9 (36)	31,2 (157)	74,6 (699)
Lehnt aktiv jede Bemühungen anderer ab, die auf ein gepflegtes Äußeres zielen	2,2 (8)	3,8 (19)	3,4 (32)
Baden/Duschen			
Kann sich nicht selbst waschen, aber unterstützt diejenigen, die sie/ihn waschen/baden	15,9 (58)	29,5 (148)	63,5 (594)
Versucht nicht, sich zu waschen und lehnt Bemühungen anderer, ihn/die zu waschen, ab	1,9 (7)	4,8 (24)	11,2 (105)
Mobilität			
Sitzt ohne Unterstützung auf einem Stuhl/Rollstuhl, aber kann sich nicht ohne Hilfe fortbewegen	8,0 (29)	12,5 (63)	25,7 (241)
Hält sich mehr als die Hälfte im Bett auf (bettlägerig)	1,9 (7)	5,6 (28)	14,7 (138)

Tabelle 11: Bereiche der Pflegeabhängigkeit in Abhängigkeit des Schweregrads der kognitiven Einschränkung

Erwartungsgemäß weisen die Bewohner mit Demenz eine höhere Pflegeabhängigkeit auf; ein wesentlich höherer Anteil der Bewohner mit einer schweren Demenz hat im Vergleich zu Bewohnern ohne Demenz die Pflegestufe 3. Die Ergebnisse stimmen mit denen der MUG IV Studie hinsichtlich der Aussage überein, dass Bewohner mit Demenz eine höhere Pflegeabhängigkeit aufweisen und diese sich besonders in den Bereichen Mobilität und Inkontinenz bemerkbar macht (M. Schäufele et

al., 2009:177). Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit den Gründen für einen Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung: Neben den voranschreitenden kognitiven Einschränkungen ist die Inkontinenz eine der ausschlaggebenden Gründe für eine Heimaufnahme (Luppa et al., 2010).

Prävalenz von herausforderndem Verhalten

Das Verhalten wurde im DemenzMonitor anhand des neuropsychiatrischen Inventars (NPI-Q) (Kaufer et al., 2000) erfasst. Dieses Instrument erfasst zwölf verschiedene Verhaltensauffälligkeiten, bzw. neuropsychiatrische Symptome:

- Wahnvorstellungen
- Halluzinationen
- Depressionen
- Angst
- Euphorie
- Aggression/Agitation
- Apathie
- Enthemmung
- Auffälliges motorisches Verhalten
- Auffällige nächtliche Verhaltensweisen
- Auffälliges Essverhalten

Im DemenzMonitor werden diese Verhaltensweisen nicht als Symptome einer Erkrankung verstanden, sondern als Ausdruck von Bedürfnissen, die im Rahmen der sozialen Interkation geäußert und wahrgenommen werden. Es wird des Weiteren davon abgesehen, Verhalten als auffällig, problematisch oder störend zu bezeichnen, da dies eine negative Bewertung der Abweichung von der Norm impliziert. Stattdessen wird der Begriff herausforderndes Verhalten gewählt, da dieser zum einen Anforderungen an die jeweiligen Interaktionspartner stellt und zum anderen eine a priori Festlegung des Verhaltens umgeht (Bartholomeyczik S. et al., 2007).

Anhand des NPI-Q wird eingeschätzt, ob das jeweilige Verhalten in den letzten vier Wochen von den Bewohnern gezeigt wurde und mit welcher Intensität. Die Intensität wird in leicht / mittelschwere / schwer unterschieden. Mittels dieser Einschätzung wurden verschiedene Auswertungen

vorgenommen: der NPI-Q Summenscore, die Anzahl von gezeigten Verhaltensweisen sowie die Intensität der einzelnen Verhaltensweisen.

Insgesamt zeigten im DemenzMonitor 72% der teilnehmenden Bewohner mindestens eine der benannten Verhaltensweisen. Bewohner mit kognitiven Einschränkungen zeigten von diesen häufiger und intensiver herausfordernde Verhaltensweisen. Der NPI- Q-Score war in der Gruppe der Bewohner mit schweren kognitiven Einschränkungen am höchsten (4,3). Bei Bewohnern ohne kognitive Einschränkungen lag er bei 1,7 (Tabelle 12).

NPI Gesamtscore (0-36)				
Schweregrad der kognitiven Einschränkungen	**n**	**MW (SD)**	**Min**	**Max**
Keine kognitiven Einschränkungen	362	1,7 (2,4)	0	13
Leichte – mittelschwere kognitive Einschränkungen	495	3,2 (3,8)	0	27
Schwere kognitive Einschränkungen	927	4,3 (4,2)	0	22

Tabelle 12: Deskriptive Statistik zum Gesamtscore des NPI

Die Häufigkeit von verschiedenen herausfordernden Verhaltensweisen (unabhängig von deren Intensität) war ebenfalls in der Gruppe der Bewohner mit schweren kognitiven Einschränkungen am höchsten (Tabelle 13).

NPI Anzahl der gezeigten herausfordernden Verhaltensweisen				
Schweregrad der kognitiven Einschränkungen	**n**	**MW (SD)**	**Min**	**Max**
Keine kognitiven Einschränkungen	364	1,2 (1,6)	0	8
Leichte – mittelschwere kognitive Einschränkungen	498	2,0 (2,0)	0	11
Schwere kognitive Einschränkungen	934	2,6 (2,2)	0	10

Tabelle 13:Deskriptive Statistik zur Anzahl der gezeigten herausfordernden Verhaltensweisen

Bei Bewohnern mit und ohne kognitive Einschränkungen wurden Anzeichen von Reizbarkeit/Labilität und Depression/Dysphorie am häufigsten wahrgenommen.

Herausfordernde Verhaltensweisen bei Bewohnern ohne kognitive Einschränkungen

Bei Bewohnern ohne kognitive Einschränkungen wurde die Verhaltensweisen *Reizbarkeit/Labilität* und *Depression/Dysphorie* am häufigsten wahrgenommen. Der Anteil lag bei unter 30% der Bewohner ohne kognitive Einschränkungen. Die Beurteilung der Schwere zeigte, dass die

Verhaltensweisen *Halluzinationen* und *motorische Störungen* am stärksten wahrgenommen wurden, sie traten jedoch bei unter 5% der Bewohner auf.

Herausfordernde Verhaltensweisen bei Bewohnern mit leichten-mittleren kognitiven Einschränkungen

Auch bei Bewohnern mit leichten-mittelschweren kognitiven Einschränkungen wurden die Verhaltensweisen *Reizbarkeit/Labilität* sowie *Depression/Dysphorie* häufiger wahrgenommen als andere Verhaltensweisen. Der Anteil lag jeweils bei 27%, bzw. 34%. Am schwersten wurden *Wahnvorstellungen* wahrgenommen, diese traten bei 17% der Bewohner auf.

Herausfordernde Verhaltensweisen bei Bewohnern mit schweren kognitiven Einschränkungen

Bei Bewohnern mit schweren kognitiven Einschränkungen wurden motorische Störungen sowie Unruhe/Aggression häufiger wahrgenommen als andere Verhaltensweisen. Der Anteil lag jeweils bei 38%, bzw. 33%. *Motorische Störungen* wiesen auch die stärkste Intensität auf.

Alle Ergebnisse sind in Tabelle 14 abgebildet.

Verhalten	**Keine kognitiven Einschränkungen (n=364)**		**Leichte - mittelschwere kognitive Einschränkungen (n=501)**		**Schwere kognitive Einschränkungen (n=935)**	
	Vorkommen und mittlere Schwere					
	% (n)	**MW**	**% (n)**	**MW**	**% (n)**	**MW**
Wahnvorstellungen	6 (23)	1,4	17 (87)	1,7	14 (131)	1,7
Halluzinationen	4 (13)	1,6	8 (41)	1,6	12 (109)	1,5
Unruhe/Aggression	8 (29)	1,2	21 (103)	1,5	33 (306)	1,7
Depression/Dysphorie	21 (76)	1,5	27 (137)	1,4	23 (212)	1,5
Angst	10 (38)	1,4	12 (59)	1,5	19 (181)	1,6
Enthemmung	4 (16)	1,3	4 (22)	1,5	5 (48)	1,3
Apathie/Gleichgültigkeit	11 (39)	1,5	20 (101)	1,5	22 (204)	1,7
Euphorie/Hochstimmung	8 (30)	1,3	14 (70)	1,5	16 (149)	1,3
Reizbarkeit/Labilität	25 (89)	1,4	34 (169)	1,5	27 (256)	1,7
Motorische Störungen	3 (9)	1,6	15 (74)	1,4	38 (353)	1,8
Nächtliche Verhaltensweisen	6 (20)	1,3	19 (97)	1,5	24 (228)	1,7
Appetit/Essverhalten	15 (53)	1,4	17 (87)	1,5	27 (255)	1,6

Tabelle 14: Vorkommen und mittlere Schwere erfasster herausfordernder Verhaltensweisen in Abhängigkeit vom Schweregrad der kognitiven Einschränkungen

In Bezug auf das Verhalten der Bewohner bestätigt der DemenzMonitor vorangegangene Studienergebnisse: herausfordernde Verhaltensweisen wurden von Bewohnern mit kognitiven Einschränkungen wesentlich häufiger und stärker gezeigt als von Bewohnern ohne kognitive Einschränkungen. Wie auch in der MUG IV Studie bilden depressive Verstimmungen eine Ausnahme: Diese wurden in allen drei Gruppen zu einem ähnlich hohen Anteil wahrgenommen (21%-27%). Dies

entspricht auch den Ergebnissen der MUG IV Studie, hier war der Anteil aber deutlich höher und lag bei ca. 40% (M. Schäufele et al., 2009:179). In dieser Studie zeigten sich Unterschiede bei den verschiedenen Verhaltensweisen und Bewohnern mit und ohne Demenz. Vor allem die Verhaltensweisen Aggression, Apathie, Angst, Auffälligkeiten beim Appetit/Essverhalten, Wahnvorstelllungen, Halluzinationen und abweichendes motorisches Verhalten traten bei Bewohnern mit Demenz häufiger auf. Im DemenzMonitor konnte dies nicht für alle Verhaltensweisen bestätigt werden. Es zeigte sich, dass vor allem Aggressionen, motorische Störungen und Auffälligkeiten beim Appetit/Essverhalten deutlich häufiger bei Bewohnern mit schweren kognitiven Einschränkungen auftraten. In diesen Bereichen waren mindestens zusätzlich 10% der Bewohner mit schweren kognitiven Einschränkungen betroffen als in der Gruppe der Bewohner mit leichten-mittelschweren kognitiven Einschränkungen. Diese Ergebnisse verstärken die Relevanz dieser Verhaltensweisen.

5. Wohnkonzept der teilnehmenden Einrichtungen

Die Konzeptualisierung von Einrichtungen und Wohnbereichen ist ein wichtiger Bestandteil der Versorgungsstruktur der stationären Altenpflegeeinrichtungen. Die Spezialisierung von Einrichtungen und Wohnbereichen auf Menschen mit Demenz hat sich dabei in den letzten Jahren in Deutschland zunehmend etabliert. In der Praxis haben sich verschiedene Formen entwickelt: besondere Demenzwohnbereiche für Menschen mit schweren kognitiven Beeinträchtigungen und starken herausfordernden Verhaltensweisen (z.B. Domus Unit, Special Care Unit), milieutherapeutsich ausgerichtete Demenzwohngruppen (Anton Piekhofje, Cantou Modell), Pflegeoasen für Menschen mit weit fortgeschrittener Demenz, Hausgemeinschaftsmodelle für Menschen mit und ohne Demenz und Quartiershäuser. Neben diesen herrschen in den meisten Einrichtungen Wohnbereiche ohne eine spezielle konzeptionelle Ausrichtung vor, hier leben größtenteils Menschen mit und ohne Demenz zusammen in einem Wohnbereich. In der Studie DemenzMonitor wurden verschiedene Angaben zu der Spezialisierung der Wohnbereiche für Menschen mit Demenz erfasst. Spezialisierte Wohnbereiche wurden als Wohnbereiche definiert, auf denen ausschließlich Menschen mit Demenz leben (segregative Wohnbereiche/ Demenzwohnbereiche). Diese wurden unterschieden von Wohnbereichen, auf denen Menschen mit und ohne Demenz zusammen leben (integrative Wohnbereiche).

Bislang existiert keine eindeutige Definition von spezialisierten Wohnbereichen für Menschen mit Demenz. Sie können anhand verschiedener Kriterien wie ihrer Größe, der architektonischen Gestaltung, der Orientierung von Arbeitsabläufen am Normalitätsprinzip, der Aufrechterhaltung von Alltags- und hauswirtschaftlichen Aktivitäten, der Einbindung der Angehörigen, dem Angebot demenzspezifischer Programme und der Tagesstruktur beschrieben werden.

Um das Wohnkonzept von stationären Altenpflegeeinrichtungen zu charakterisieren, wurden Informationen zur Spezialisierung der Einrichtungen und Wohnbereiche, der Wohngestaltung der Wohnbereiche und die individuelle Wohnsituation von Bewohnern erfasst. Dafür wurde ein selbst entwickelter Fragebogen genutzt, dessen Inhaltsvalidität und Praktikabilität vor der Datenerhebung untersucht wurde (DemCare-Q) (R. Palm, Bartholomeyczik, Roes, & Holle, 2014).

Spezialisierung der Wohnbereiche

In sechs der 51 teilnehmenden Einrichtungen leben ausschließlich Menschen mit Demenz. In den anderen Einrichtungen wird in 22 (49%) ein integratives Wohnkonzept angeboten, 23 (45%)

Einrichtungen haben sowohl integrative als auch segregative Wohnbereiche. Sechs Einrichtungen (12%) haben einen speziellen Bereich für Menschen mit weit fortgeschrittener Demenz (z.B. eine Pflegeoase).

Von den teilnehmenden Wohnbereichen sind 63 (61%) integrativ und 40 (39%) segregativ. 16 dieser Wohnbereiche haben eine gesonderte Leistungsvereinbarung, die eine zusätzliche Finanzierung des Wohnbereichs regelt.

Von den 40 segregativen Wohnbereichen gaben 36 an, dass die Auswahl der Bewohner für einen Demenzwohnbereich anhand von Kriterien erfolgt. Am häufigsten wurde hierbei die Demenzdiagnose genannt, die bei 28 (78%) Wohnbereichen ein Auswahlkriterium darstellt. Die Einschätzung des Verhaltens oder der Mobilität spielen hingegen nur eine untergeordnete Rolle (siehe Abbildung 9).

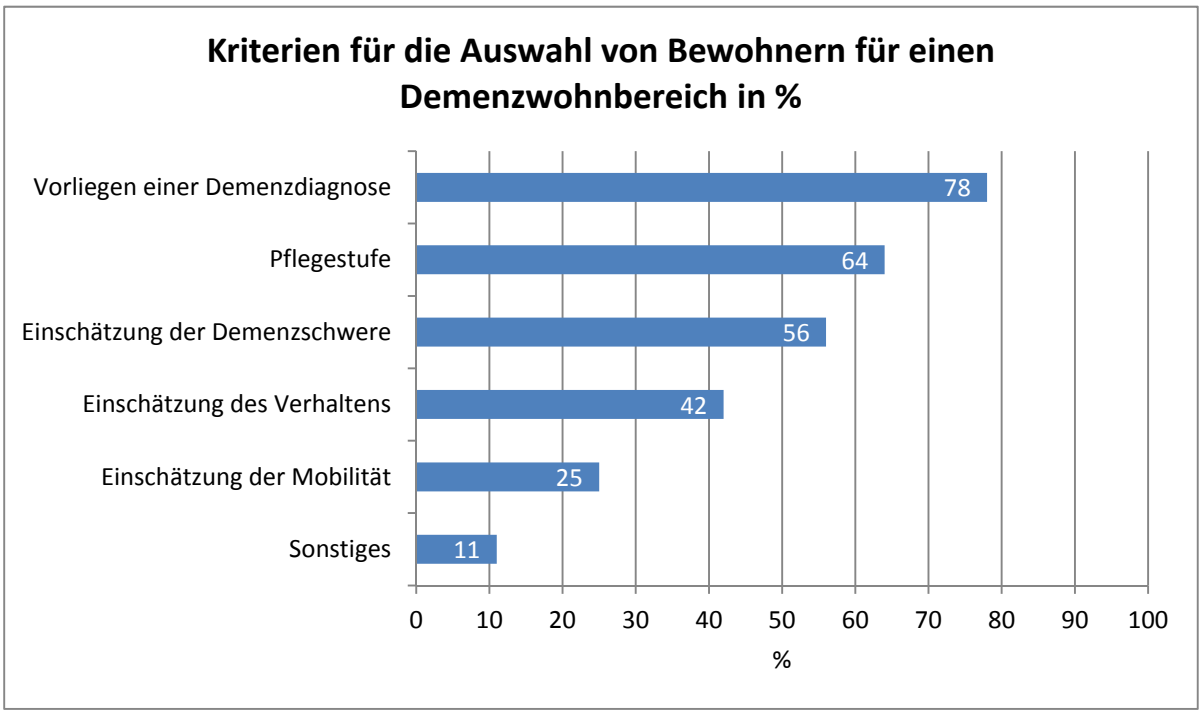

Abbildung 9: Auswahlkriterien für einen Demenzwohnbereich

Bislang gibt es wenige Daten zu der Frage, wie weit verbreitet Spezialeinrichtungen oder spezielle Wohnbereiche in den vorhandenen Einrichtungen in Deutschland sind. Der Anteil an Einrichtungen mit einem speziellen Wohnbereich für Menschen mit Demenz lag im DemenzMonitor bei ca. 40%. Dieser Anteil liegt höher als in der MUG IV Studie (Schäufele et al., 2009; Schneekloth & Törne, 2009). Hier lag der Anteil von Einrichtungen mit segregativen Wohnbereichen für Menschen mit

Demenz bei ca. 30%. Einen vergleichbaren Anteil an Einrichtungen mit speziellen Demenzwohnbereichen zeigte auch die Studie von Hanns et al. (Hanns, Born, Nickel, & Brähler, 2010). In dieser Studie in Leipziger Altenpflegeheimen gaben ebenfalls 30% von 47 Einrichtungen an, spezielle Demenzwohnbereiche für Menschen mit Demenz zu haben. Die Abweichung kann ebenfalls mit dem Charakter der Stichprobe im DemenzMonitor erklärt werden.

Architektonische Gestaltung der Wohnbereiche

Einer der wichtigsten Aspekte eines Wohnkonzeptes von Demenzwohnbereichen ist deren architektonische Gestaltung. Ein auf die Situation eines Menschen angepasstes architektonisches Milieu kann sich fördernd auf das Wohlbefinden von erkrankten Menschen auswirken, wenn es deren Krankheitssymptome berücksichtigt. Bei einer Demenzerkrankung ist oftmals die Fähigkeit vermindert, Umweltreize zu verarbeiten. Akustische oder visuelle Stimuli der Umwelt können in den Menschen Stress hervorrufen, die sich häufig durch herausfordernde Verhaltensweisen, wie z.B. Schreien oder Rufen, äußern. Demenzfreundliche Gestaltungskonzepte berücksichtigen dies, indem gezielt akustische und visuelle Reizquellen ausgeschaltet werden. Eine sogenannte „demenzfreundliche“ Architektur schließt ebenfalls eine spezielle Gestaltung der Flure, Aufenthalts- und Ruheräume sowie Außenbereiche mit ein. Lange Flure mit identisch aussehenden Türen werden vermieden, da diese eine Orientierung erschweren. Es werden zahlreiche Rückzugsmöglichkeiten angeboten, wie z.B. gemütliche Sitzecken. Die Gestaltung der Einrichtung erlaubt das „Wandern“ von Bewohnern mit einem hohen Bewegungsdrang (Marquardt & Schmieg, 2009).

In den teilnehmenden Einrichtungen des DemenzMonitors sind ein großer Anteil segregativer Wohnbereiche für Menschen mit Demenz gebaut bzw. umgebaut worden (87%); dies trifft nur auf einen geringen Anteil an integrativen Wohnbereichen zu (19%). Deutlich mehr integrative Wohnbereiche haben jedoch einen hohen Anteil an Einzelzimmern, die segregativen Wohnbereiche weisen insgesamt eine niedrigere Einzelzimmerquote auf (siehe Tabelle 15). Weiterführende Analysen der erhobenen Daten zu den Wohnbereichen haben ergeben, dass die niedrigste Einzelzimmerquote in segregativen Wohnbereichen mit mehr als 20 Bewohnern und einer zusätzlichen Leistungsvereinbarung vorzufinden war (Palm, Bartholomeyczik, et al., 2014). Im Mittel waren auf diesen Wohnbereichen die Hälfte aller Zimmer Einzelzimmer. Aktuelle Empfehlungen zur Umgebungsgestaltung weisen auf den positiven Effekt von Einzelzimmern auf Menschen mit Demenz hin (Fleming & Purandare, 2010). Die Entscheidung eines Altenhilfeträgers über die Einrichtung von Einzelzimmern hängt jedoch von vielen verschiedenen Faktoren ab, die zu erwartende Auslastung sowie wirtschaftliche Interessen spielen ebenfalls eine Rolle.

Nahezu alle Wohnbereiche des DemenzMonitors verfügen über einen frei zugänglichen Außenbereich (Balkon, Terrasse oder Garten), den die Bewohner ohne Aufsicht nutzen können. In der MUG IV Studie lag dieser Anteil bei 44% der Einrichtungen und war somit deutlich geringer. Es kann vermutet werden, dass dem ungehinderten Zugang nach draußen in den letzten Jahren vermehrt Aufmerksamkeit gewidmet wurde und viele Modernisierungsmaßnahmen dieses zum Ziel hatten, bzw. dies beim Neubau von Einrichtungen berücksichtigt wurde (siehe Tabelle 15).

Ein weiteres wichtiges Merkmal von Wohnbereichen ist die Regelung zum Zugang bzw. Verlassen des Wohnbereichs. Geschlossene Einrichtungen hindern ihre Bewohner durch verschlossene Türen und Fenster daran, diese eigenständig zu verlassen. Nach deutschem Recht muss für jeden der Bewohner, die auf diesen Wohnbereichen leben, ein Beschluss zur Unterbringung in einer geschlossenen Einrichtung vorliegen (§1906 BGB). Die Unterscheidung von offenen und geschlossenen Einrichtungen ist nicht immer offensichtlich, da viele offene Einrichtungen über verschiedene Vorrichtungen zur Prävention des unbemerkten Verlassens durch Bewohner verfügen. Hierzu zählen Maßnahmen und Sicherungssysteme wie akustische Signale, eine besetzte Pforte oder auch farblich verdeckte Türen, die das Verlassen der Einrichtung verhindern sollen. In der Studie DemenzMonitor gaben rund 30% der segregativen Wohnbereiche an, dass sie über eine Ausgangskontrolle verfügen und damit als geschlossen gelten; dies trifft auf nur 8% der integrativen Wohnbereiche zu (siehe Tabelle 15).

Milieugestaltung der Wohnbereiche

Für die Umgebungsgestaltung von Wohnbereichen wird empfohlen, diese am Normalisierungsprinzip auszurichten und für den Bewohner eine normale wohnliche Atmosphäre zu schaffen (Bartholomeyczik S. et al., 2007). In Bezug auf die Möblierung schaffen private Möbel und Geräte ein vertrautes Gefühl, welches Sicherheit und Geborgenheit vermittelt. Vertraute Gegenstände aktivieren zudem Erinnerungen und unterstützen das Identitätserleben von Menschen mit Demenz (Dürrmann, 2005). Vielen Menschen fällt es nicht minder schwer, das eigene Heim zu verlassen, als dort Haustiere zurück zu lassen. Tiere sind eine wichtige Brücke zum Erleben und Empfinden von Menschen mit Demenz und stellen aus diesem Grund mittlerweile einen wichtigen Bestandteil von Wohnkonzepten dar. Auch wenn die Mitnahme eines Haustiers eine Einrichtung vor große Herausforderungen stellt, so wird dies doch als wichtig erachtet, um dem Bewohner den Einzug in die Einrichtung zu erleichtern.

Im DemenzMonitor wurde erfasst, wie die Wohnräume möbliert sind, um dessen Charakter beschreiben zu können. Zusätzlich wurde erfragt, ob die Möglichkeit besteht, ein Haustier mit in die

Einrichtung zu bringen. Es zeigte sich, dass der Charakter der Wohnräume größtenteils durch eine Mischung aus Funktionalität und Individualität bestimmt wird. Die Möblierung der Zimmer kann in nahezu allen Wohnbereichen mit individuellen Möbeln erfolgen. Auch die Gemeinschaftsräume sind größtenteils nicht ausschließlich mit funktionalen Möbeln ausgestattet, so dass auch in den öffentlichen Räumen versucht wird, einen Institutionscharakter zu vermeiden. Die Gestaltung der Wohnräume unterscheidet sich nicht zwischen integrativen und segregativen Wohnbereichen. In dieser Stichprobe ist keine eindeutige Charakterisierung des Wohnkonzepts durch die Umgebungs- und Wohnraumgestaltung erkennbar. Die Mitnahme eines Haustiers ist in nahezu 75% der Wohnbereiche möglich. Alle Ergebnisse sind detailliert in Tabelle 15 einzusehen.

Die Mahlzeitengestaltung ist eine weitere wichtige Komponente des Normalisierungsprinzips. Die gemeinsame Zubereitung von Mahlzeiten oder deren Komponenten wird als ein Kernelement von Wohnkonzepten wie den Hausgemeinschaftsmodellen oder auch den Demenzwohngruppen betrachtet. Dem Bewohner wird die Möglichkeit zur Partizipation geboten, die gemeinsame Aktivität fördert das Gemeinschaftserleben. Die Zubereitung in der eigenen Küche fördert den Appetit und das Wohlbefinden der Bewohner (Dürrmann, 2005).

Im DemenzMonitor wurde erfasst, ob die Mahlzeiten im Wohnbereich zubereitet werden und wie diese serviert werden. Es wurde angegeben, dass mit Ausnahme des Mittagessens, der Großteil der Wohnbereiche diese Mahlzeiten auf dem Wohnbereich zubereitet. Da auf nahezu keinem Wohnbereich angegeben wurde, dass die Mahlzeiten ausschließlich im Tablettsystem angerichtet werden (dies sieht ursprünglich eine Portionierung in der Zentralküche vor), erscheint es plausibel, dass im Großteil der Wohnbereiche Lebensmittel vorgehalten werden, bzw. diese zu den Mahlzeiten angeliefert werden. Das Mittagessen wird in ca. 30% der segregativen und 40% der integrativen Wohnbereiche selbst zubereitet. Für die verschiedenen Mahlzeiten werden größtenteils verschiedene Serviersysteme verwendet. Ebenfalls häufig verwendet wird ausschließlich das sogenannte „Schüssel-Schöpf-System“, was eine Portionierung der Mahlzeiten für jeden Bewohner bei jeder Mahlzeit auf dem Wohnbereich vorsieht. Die stärkste Ausrichtung am normalen Alltagsleben bei dem Servieren der Mahlzeiten ist gegeben, wenn der Tisch für die Bewohner gedeckt wird „wie zu Hause“. Dies wird in ca. 20% aller Wohnbereiche gewährleistet.

Merkmal	Segregativ (n=40) % (n)	Integrativ (n=63) %(n)
Größe (Anzahl der Plätze), MW ± SD (Min-Max)	23,6 ± 10,2 (9-58)	24,3 ± 9,9 (5-55)
Anteil der Einzelzimmer, n (%)		
0-25%	15,0 (6)	1,6 (1)
25-50%	15,0 (6)	11,1 (7)
50-75%	20,0 (8)	17,5 (11)
75-100%	50,0 (20)	69,8 (44)
Erbaut/umgebaut für Bewohner mit Demenz, n(%)	87,5 (35)	19 (12)
Baulich abgetrennt, n(%)	72,5 (29)	66,7 (42)
Geschützter Wohnbereich (geschlossen), n(%)	30 (12)	7,9 (5)
Erlaubnis eigene Möbel mitzubringen, n(%)	97,5 (39)	100 (63)
Erlaubnis Tiere mitzubringen, n(%)	80 (32)	69,8 (44)
Möblierung öffentlicher Räume, n(%)		
Ausschließlich funktional	17,5 (7)	9,5 (6)
Funktional und individuell	80 (32)	88,9 (56)
Ausschließlich individuell	2,5 (1)	1,6 (1)
Erreichbarer Außenbereich, n(%)		
Bewohner können ihn selbstständig nutzen	72,5 (29)	85,5 (53)
Bewohner können ihn nur in Begleitung nutzen	17,5 (7)	9,7 (6)
Es ist kein Außenbereich vorhanden	10,0 (4)	4,8 (3)
Zubereitung von Mahlzeiten im Wohnbereich, n(%)	80 (32)	73 (46)
Frühstück	84,4 (27)	95,7 (44)
Mittagessen	31,3 (10)	39,1 (18)
Kaffee/Kuchen	96,9 (31)	80,4 (37)
Abendessen	78,1 (25)	84,8 (39)
Snacks/Zwischenmahlzeiten	81,3 (26)	95,7 (44)
Serviersystem der Mahlzeiten, n(%)		
Ausschließlich Tablettsystem	0 (0)	3,2 (2)
Ausschließlich Schüssel-Schöpf-System	30 (12)	28,6 (18)
Ausschließlich Buffett	0	0
Ausschließlich „wie zuhause“	20,0 (8)	20,6 (13)
Gemischtes System	50,0 (20)	47,6 (30)

Tabelle 15: Merkmale integrativer und segregativer Wohnbereiche im Vergleich

Wohnsituation der Bewohner

Neben der Befragung der Einrichtungen und Wohnbereiche wurden einige der Merkmale zur individuellen Wohnsituation bei den Bewohnern erhoben. Hierzu zählen die Spezialisierung des Wohnbereichs, auf dem die Bewohner leben, die Belegung eines Einzel- oder Doppelzimmers sowie die Mitnahme eines Haustiers.

Insgesamt leben 1148 Bewohner (63,5% der Gesamtstichprobe) in einem integrativen Wohnbereich. Ein deutlicher Unterschied zwischen Bewohnern von integrativen und segregativen Wohnbereichen besteht in Bezug auf die Zimmerstruktur. Von den Bewohnern integrativer Wohnbereiche leben 70% (n=807 Bewohner) in einem Einzelzimmer, von den Bewohnern segregativer Wohnbereiche sind es

nur 56% (n=367). Ein Unterschied besteht ebenfalls in Bezug auf die Mitnahme eigener Möbel in die Einrichtung. 69% (n=790) der Bewohner integrativer Wohnbereiche brachten eigene Möbel mit, in segregativen Wohnbereichen waren es nur 57% (n=372) der Bewohner. Ein Haustier hat insgesamt nur 1% der Bewohner in die Einrichtung gebracht, hier bestand kein Unterschied zwischen Bewohnern integrativer und segegativer Wohnbereiche.

Von den Bewohnern mit schweren kognitiven Einschränkungen lebten 54% (n=509 von 938) in einem segregativen Wohnbereich, von den Bewohnern mit leichten-mittleren kognitiven Einschränkungen waren es 23% (n=118 von 503). Tendenziell lebten Bewohnern mit schweren kognitiven Einschränkungen seltener in einem Einzelzimmer (53%) als Bewohner mit leichten-mittleren kognitiven Einschränkungen (71%). Von den Bewohnern ohne kognitive Einschränkungen lebten 86% in einem Einzelzimmer. Von den drei Gruppen von Bewohnern haben in jeder Gruppe die Mehrheit eigene Möbel mitgebracht, in der Gruppe mit Bewohnern ohne kognitive Einschränkungen erfolgte dies jedoch am häufigsten (78%). Von den Bewohnern mit leichten-mittleren kognitiven Einschränkungen brachten 71% eigene Möbel mit, in der Gruppe der Bewohner mit schweren kognitiven Einschränkungen waren es 56%. Ein ähnliches Bild ergibt sich in Bezug auf die Mitnahme von Haustieren: 2,5% der Bewohner ohne kognitive Einschränkungen nahmen ein Haustier mit in die Einrichtung, 1,4% der Bewohner mit leichten-mittleren kognitiven Einschränkungen und 0,6% der Bewohner mit schweren kognitiven Einschränkungen.

6. Betreuungskonzept der teilnehmenden Einrichtungen

In den vergangenen Jahren ist eine Vielzahl an Betreuungskonzepten für die Pflege von Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe entwickelt worden. Die genutzten Begrifflichkeiten Betreuungskonzept, Pflegekonzept und Pflegeleitbild sind in der Literatur nicht einheitlich und werden häufig synonym verwendet.

Ein Konzept wird vom Diakonischen Werk wie folgt definiert: *„Konzepte stellen die Ziele und strategischen Grundsätze für die zukünftige Orientierung einer Organisation auf und sind damit wesentliches Steuerungsinstrument."* (Diakonisches Werk Württemberg (Hrsg.) & Bär, 2010). Ein Konzept nimmt eine handlungsleitende Funktion für die Mitarbeiter ein und soll nicht ausschließlich der Repräsentation der Einrichtung dienen. Es soll handlungsleitende Programme darstellen, die Situation und Bedürfnisse der Bewohner beschreiben, klare Ziele stecken und daraus Handlungsstrategien ableiten (ebd.). In dieser Quelle werden die Konzeptebenen für die Einrichtung, den Wohnbereich sowie Konzepte für einzelne Maßnahme unterschieden. Die Einrichtungskonzeption beschreibt die Grundlagen der Begleitung der Bewohner im gesamten Haus und umfasst somit mehr als die direkte Pflege und Betreuung, sondern auch die Schnittstellen zu anderen Arbeitsbereichen (Hauswirtschaft, Sozialdienst). Wohngruppenkonzepte werden für Einrichtungen empfohlen, deren Leistungsangebot sich in verschiedenen Wohnbereichen unterscheidet. Einzelne Maßnahmen können wiederum durch Konzepte fachlich untermauert werden. Leptihn (2004) unterscheidet bei einem Betreuungskonzept inhaltliche und organisatorische Ziele. Inhaltliche Ziele werden als Leitbild mit gerontopsychiatrischen Pflegeansätzen beschrieben, organisatorische Ziele als Strukturen und Prozesse.

Die Vorhaltung eines Pflegekonzeptes und Pflegeleitbildes ist durch die Richtlinien der Qualitätsprüfungen nach § 114 SBG XI (QPR) (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V., 2014) vorgesehen und wird als Bestandteil des Einrichtungskonzeptes verstanden. Das Pflegekonzept soll sich an pflegewissenschaftlichen Theorien und Modellen orientieren sowie auf praktischen Erfahrungen beruhen. Es definiert das pflegerische Angebot und stellt eine Handlungsorientierung für alle Mitarbeiter, die am Pflegeprozess beteiligt sind, dar. Bestandteil der Qualitätsprüfung ist die Frage, ob das Konzept Aussagen zum Pflegemodell, dem Pflegesystem, dem Pflegeprozess und zur Leistungsbeschreibung macht.

Grundsätze des Betreuungskonzepts

Es wurde davon ausgegangen, dass in den teilnehmenden Einrichtungen sehr unterschiedliche Betreuungskonzepte in Bezug auf ihren Aufbau und Struktur vorlagen. Aus diesem Grund wurden drei Fragen entwickelt, die unabhängig von Aufbau und Struktur beantwortet werden können. Die Fragen wurden gezielt auf die Betreuung von Menschen mit Demenz angelegt. Es wurde erhoben, ob verschiedene demenzspezifische theoretische Ansätze dem Konzept zugrunde liegen, welche strukturellen bzw. organisatorischen Merkmale im Betreuungskonzept Berücksichtigung finden und welche pflegerischen Maßnahmen im Konzept als handlungsleitend beschrieben werden.

Der größte Teil der Einrichtungen verfügt über ein schriftliches, theoretisch fundiertes Betreuungskonzept, das auf die Betreuung von Menschen mit Demenz ausgerichtet ist (44 von 50 Einrichtungen). In diesen werden etablierte Praxiskonzepte wie Validation, Milieutherapie oder das Normalisierungsprinzip benannt (siehe Abbildung 10).

In der MUG IV Studie benannten 44% der teilnehmenden Einrichtungen Validation als ihr Betreuungskonzept. Diese Ergebnisse heben die Relevanz dieses Konzeptes in der Praxis hervor. Die Studie von Hanns et al. (Hanns et al., 2010) kam zu einem anderen Ergebnis in Bezug auf die Konzeption der Demenzversorgung in Einrichtungen der stationären Altenhilfe. In dieser Studie gaben 34% der Einrichtungen an, dass ihr Konzept sich an hausinternen Richtlinien orientiert und keine etablierten Konzepte der Demenzversorgung explizit benannt sind.

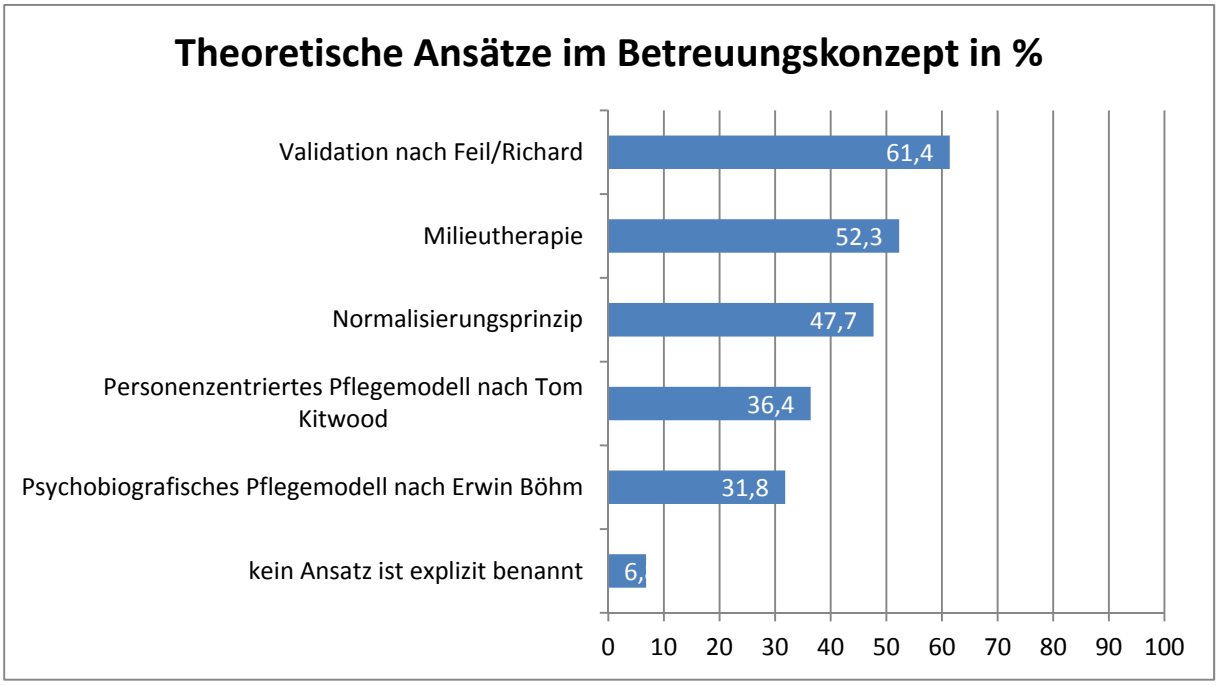

Abbildung 10: Theoretische Ansätze in den Betreuungskonzepten

Neben der theoretischen Fundierung wurde auf Einrichtungsebene erfragt, welche Merkmale die größte Relevanz für das Betreuungskonzept haben. Hierbei wurde den Merkmalen die größte Relevanz zugesprochen, die eine Stabilität des Alltags gewährleisten: Tagesstrukturierung und eine feste Zuordnung des pflegerischen Personals. Merkmale, die sich an den individuellen Bedürfnissen der Bewohner ausrichten wie z.B. flexible Zeiten für die Köperpflege, Mahlzeiteneinnahme und Nachtruhe wurden selten benannt (Abbildung 11).

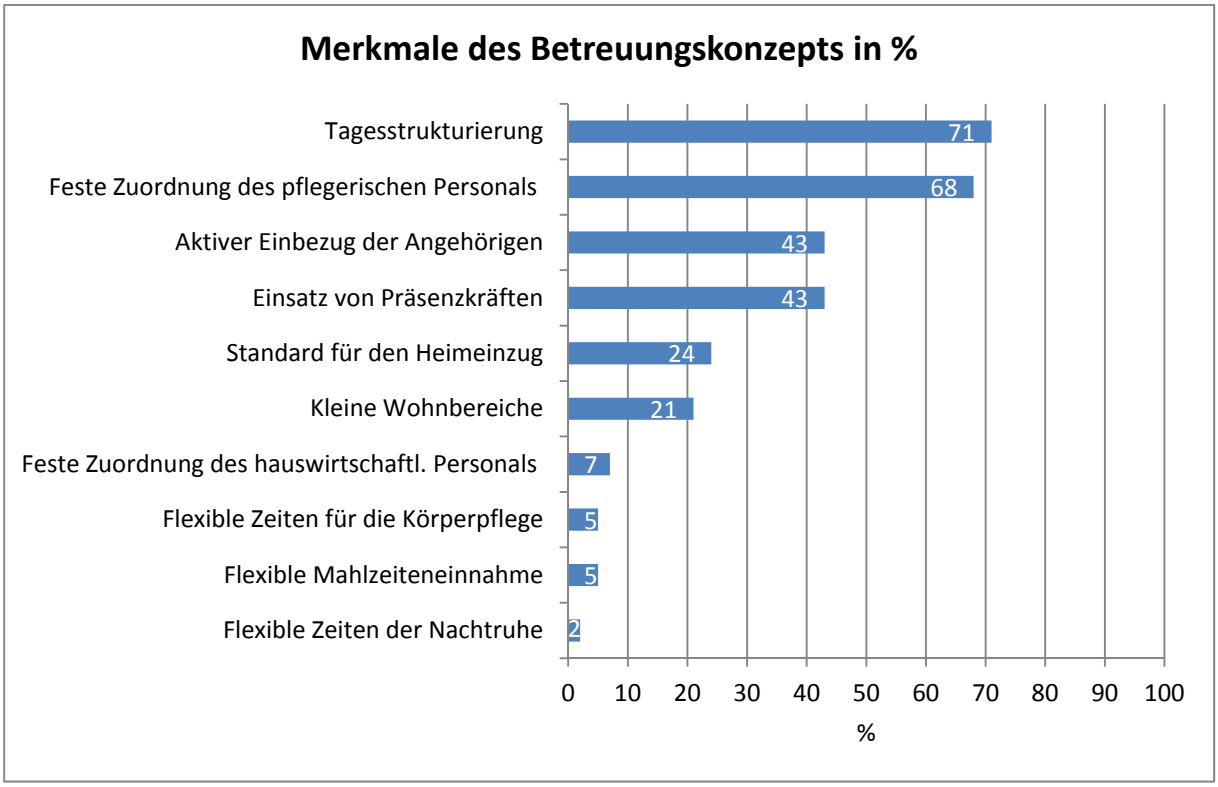

Abbildung 11: Merkmale der Betreuungskonzepte

Neben der theoretischen Fundierung und organisatorischer Merkmale wurde die praktische Ausrichtung (Interventionen) innerhalb des Konzepts erfragt. Am häufigsten wird die Durchführung von Erinnerungspflege/ Biographiearbeit als konkrete Maßnahme zur Umsetzung des Konzepts benannt. Die Durchführung von bewegungsfördernden Maßnahmen und Fallbesprechungen werden ebenfalls in über 80% der Einrichtungen benannt (Abbildung 12). Verhaltens- und kognitionsbezogene Assessments werden in ca. der Hälfte der Einrichtungen mit dem Betreuungskonzept in Verbindung gebracht.

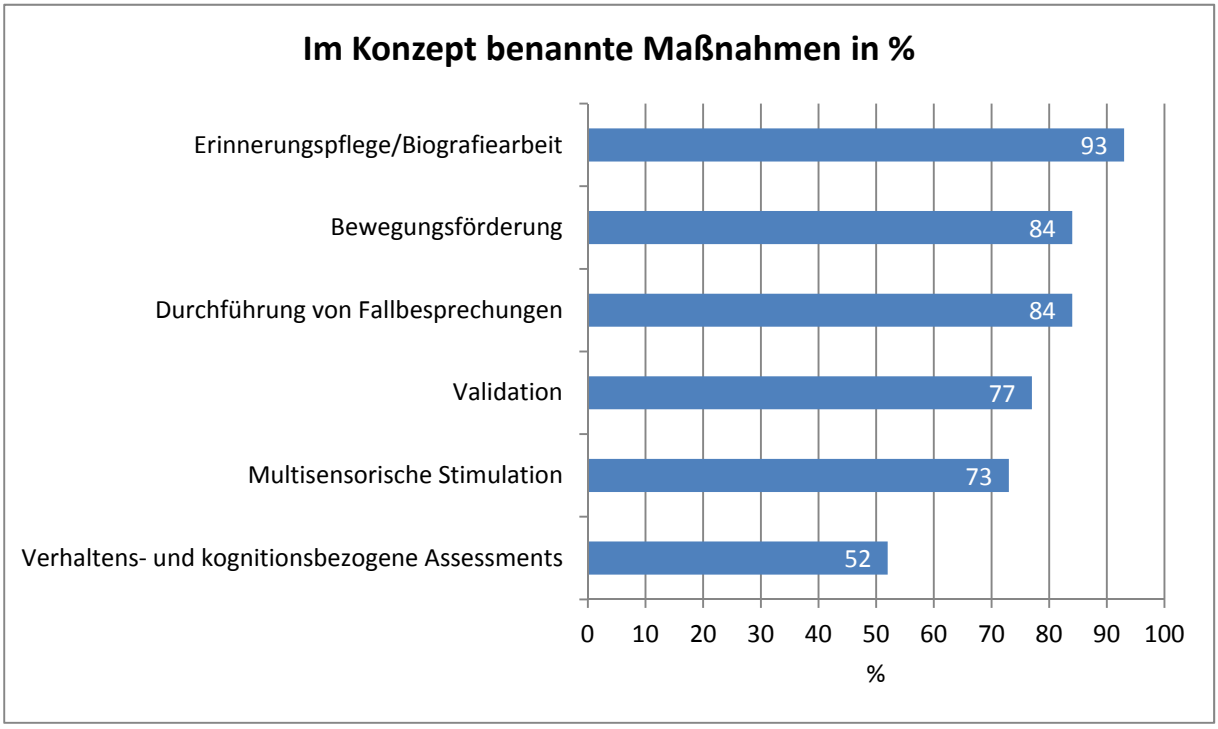

Abbildung 12: Maßnahmen im Betreuungskonzept

Umsetzung von empfohlenen Maßnahmen für Bewohner mit herausforderndem Verhalten

Die Ergebnisse des DemenzMonitors und anderer Studien zur Prävalenz von herausforderndem Verhalten zeigen die Relevanz dieses Phänomens in der stationären Altenhilfe auf. Herausforderndes Verhalten stellt für den Menschen mit Demenz selbst, sowie für alle Menschen in seiner Umgebung eine große Belastung dar (Bartholomeyczik S. et al., 2007). Eine medikamentöse Behandlung dieser Verhaltensweisen hat sich als wenig effektiv herausgestellt, die Nebenwirkungen psychotroper

Medikamente sind zudem beträchtlich. Aus diesem Grund gelten heute nicht-medikamentöse Interventionen als die bevorzugte Methode, um herausfordernde Verhaltensweise in der täglichen Interaktion mit Bewohnern stationärer Altenpflegeeinrichtungen positiv beeinflussen zu können (Bartholomeyczik S. et al., 2007). Das Bundeministerium für Gesundheit hat 2007 die Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten veröffentlicht. Von einem Expertengremium werden verschiedene Maßnahmen empfohlen, die das Verständnis für den Menschen mit Demenz und sein Verhalten verbessern sollen, um damit die Grundlage für die Gewährleistung einer personenzentrierten Pflege zu schaffen.

Bislang ist wenig darüber bekannt, welche empfohlenen Maßnahmen in der Praxis in Deutschland umgesetzt werden. Einzelne Studienergebnisse geben lediglich Aufschluss über bestimmte Interventionen. Um die Umsetzung und Verankerung von den empfohlenen Maßnahmen für Menschen mit Demenz zu ermitteln, wurden im DemenzMonitor Angaben zu folgenden Interventionen erhoben: Fallbesprechungen, Assessments (Schmerz, Verhalten, Demenzschwere, Depression, Lebensqualität), Biographieassessements, Maßnahmen der multisensorischen Stimulation, Validation und Bewegungsförderung.

Den Ausführungen zu den speziellen Maßnahmen für Menschen mit Demenz vorangestellt sind die Ergebnisse zum theoretischen Betreuungskonzept der Einrichtungen. Hier wird dargestellt, welche theoretischen Ansätze im Betreuungskonzept verankert sind, welche Merkmale das Betreuungskonzept aufweist und welche Interventionen als Bestandteil des Konzepts benannt werden.

Die Beschreibung der Maßnahmen erfolgte dabei für einige Bereiche ausschließlich auf Bewohnerebene (Validation, Biographieassessment, Maßnahmen der multisensorischen Stimulation). Zu jeder Intervention wurden verschiedene Informationen erfasst. Grundsätzlich stand die Frage im Vordergrund, ob eine Intervention bei einem Bewohner angewendet wurde. Zusätzlich wurden Details zur Umsetzung erhoben (wie z.B. Art und Inhalt der Intervention, Häufigkeit und Dauer). Bei den Interventionen Fallbesprechungen, Assessments und Bewegungsförderung wurden zudem Informationen, die als eine wichtige Voraussetzung für die Umsetzung gelten, auf Wohnbereichsebene erhoben.

Fallbesprechungen

Fallbesprechungen sind ein Instrument, das dem Austausch verschiedener an der Pflege und Betreuung beteiligter Akteure dient. Über den Austausch von Erfahrungen und Erlebnissen ist es das Ziel, komplexe Problemlagen und seine Ursachen zu erörtern und Lösungsstrategien zu entwickeln (Reuther et al., 2012). Die Problemlagen können dabei vielschichtig sein: Nahrungsverweigerung, Stürze, Schmerzen, Folgen eines Krankenhausaufenthalts, herausfordernde Verhaltensweisen wie Aggression oder das sogenannte „Wandern“, Konflikte mit Angehörigen oder anderen Bewohnern sowie viele andere mehr.

Bestandteil vieler Fallbesprechungskonzepte ist der multiperspektivische Austausch. Um diesen Austausch zu gewährleisten, ist die Teilnahme verschiedenster Akteure bei den Fallbesprechungen vorgesehen: Mitarbeiter des Pflegedienstes, des sozialen, therapeutischen und ärztlichen Dienstes sowie der Bewohner selbst, ggf. mit seinen Angehörigen oder seines Betreuers (Buscher et al., 2012).

Konzeption von Fallbesprechungen

Auf Einrichtungsebene wurde erfasst, welche Merkmale das in der Einrichtung umgesetzte Konzept von Fallbesprechungen kennzeichnen. Über 80% der Einrichtungen gaben hierbei an, dass eine Ergebnisprotokollierung, das Hinzuziehen verschiedener Berufsgruppen, ein ungestörter Ablauf sowie die Ergebnisevaluation Kennzeichen der in ihrer Einrichtung stattfindenden Fallbesprechungen sind. Circa 60% der Einrichtungen gaben an, dass Bewohner oder Angehörige zu ihren Fallbesprechungen eingeladen werden oder dass die Fallbesprechungen einem festgelegten Ablauf folgen. Die Moderation von Fallbesprechungen durch eine externe Person hat sich in den Einrichtungen im DemenzMonitor nicht etabliert (Abbildung 13).

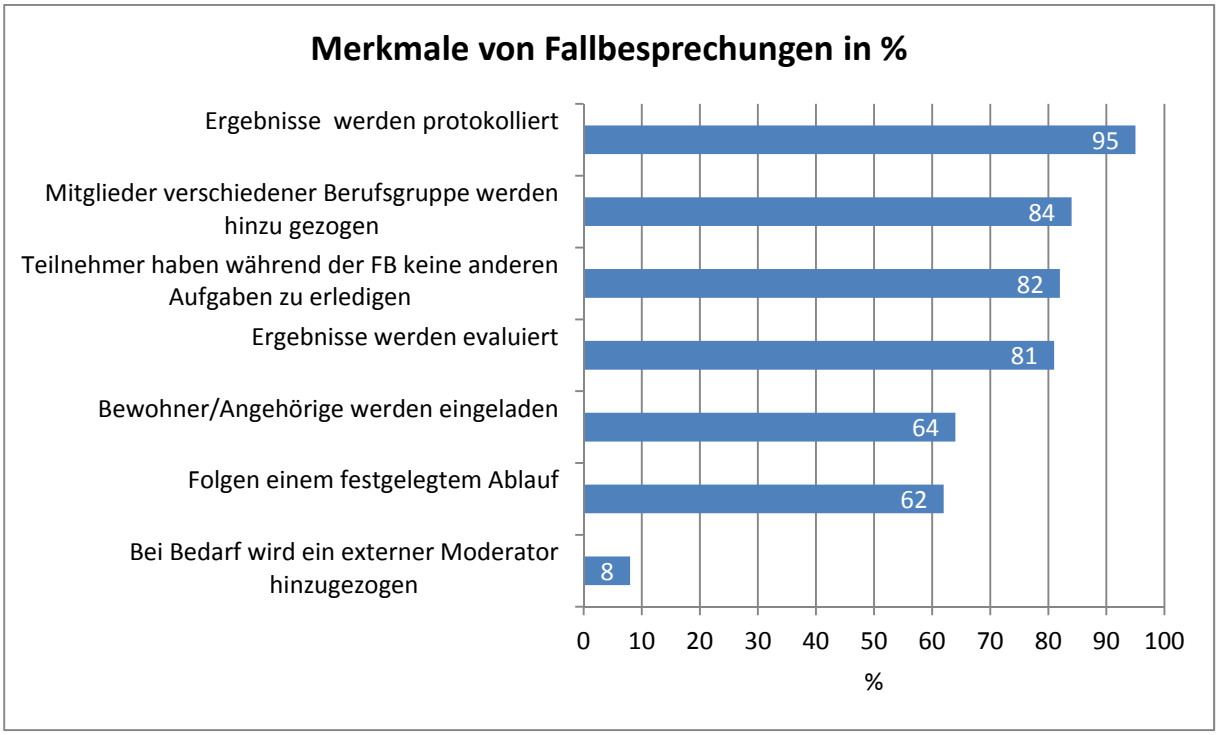

Abbildung 13: Merkmale von Fallbesprechungen (Einrichtungsebene)

Auf Wohnbereichsebene wurde noch detaillierter erfragt, wer zu den Fallbesprechungen eingeladen wird. Größtenteils wurde das Personal eingeladen, das in der täglichen Betreuung mit den Bewohnern arbeitet (Pflegende und weiteres Betreuungspersonal). Bei über der Hälfte der Wohnbereiche wurde angegeben, dass Heim- oder Pflegedienstleitung sowie Angehörige ebenfalls eingeladen werden. Weniger als 30 % gaben an, dass die Bewohner zu Fallbesprechungen eingeladen werden (Abbildung 14).

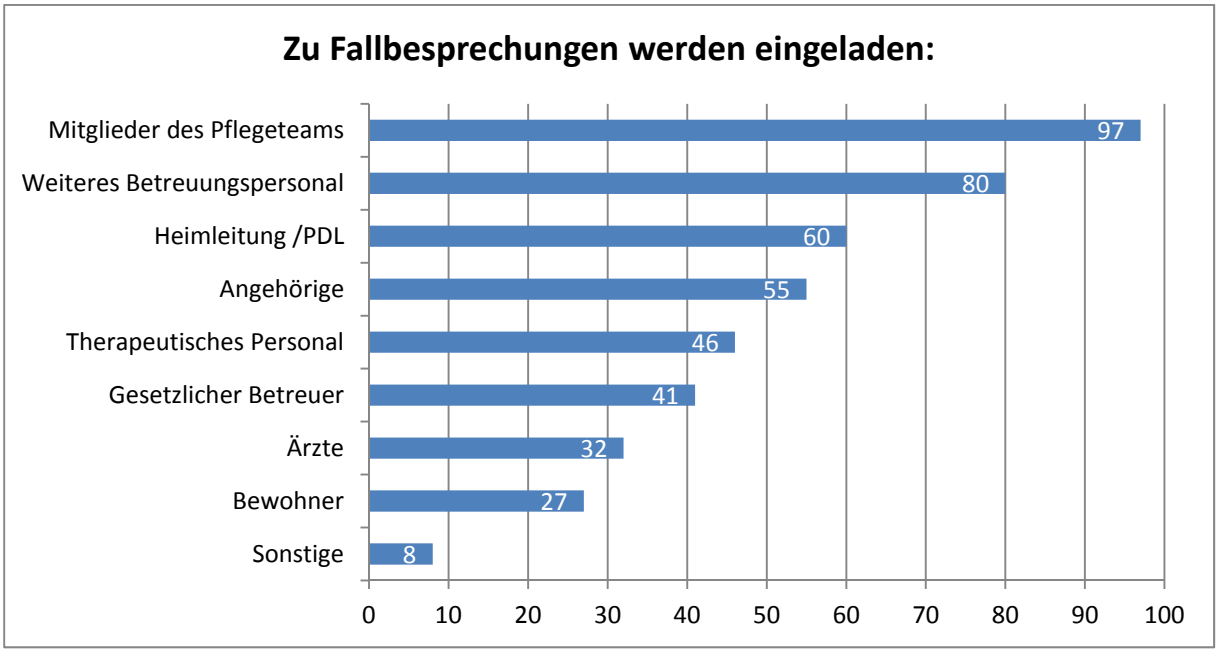

Abbildung 14: Eingeladene Teilnehmer von Fallbesprechungen (Wohnbereichsebene)

Es wurde angegeben, dass die Fallbesprechungen größtenteils ungestört ablaufen. Auf 11% der Wohnbereiche wurde angegeben, dass die Teilnehmer nie die Fallbesprechung verlassen müssen, um andere Aufgaben im Wohnbereich zu erledigen. 66% der Wohnbereiche gaben an, dass dies selten vorkommt; 21% manchmal. Lediglich 2% gaben an, dass es immer zu Unterbrechungen kommt.

Umsetzung von Fallbesprechungen

Insgesamt wurde bei ca. 75% der Bewohner eine Fallbesprechung durchgeführt. Bei Bewohnern mit Demenz wurden diese häufiger durchgeführt (71% der Bewohnern ohne Demenz (n=252), 73% der Bewohner mit leichter-mittelschwerer Demenz (n=351) und bei 79% der Bewohner mit schwerer Demenz (n=726)).

Hinsichtlich der Teilnehmer der Fallbesprechungen zeigen sich vor allem Unterschiede bei den Mitgliedern des Pflegeteams, des weiteren Betreuungspersonals, des therapeutischen Personals und der Bewohner selbst. Bei Fallbesprechungen von Bewohnern mit Demenz waren häufiger Mitglieder des Pflegeteams, weiteres Betreuungs- und therapeutisches Personal anwesend. Bewohner mit Demenz nehmen seltener an Fallbesprechungen teil als Bewohner ohne Demenz (Abbildung 15).

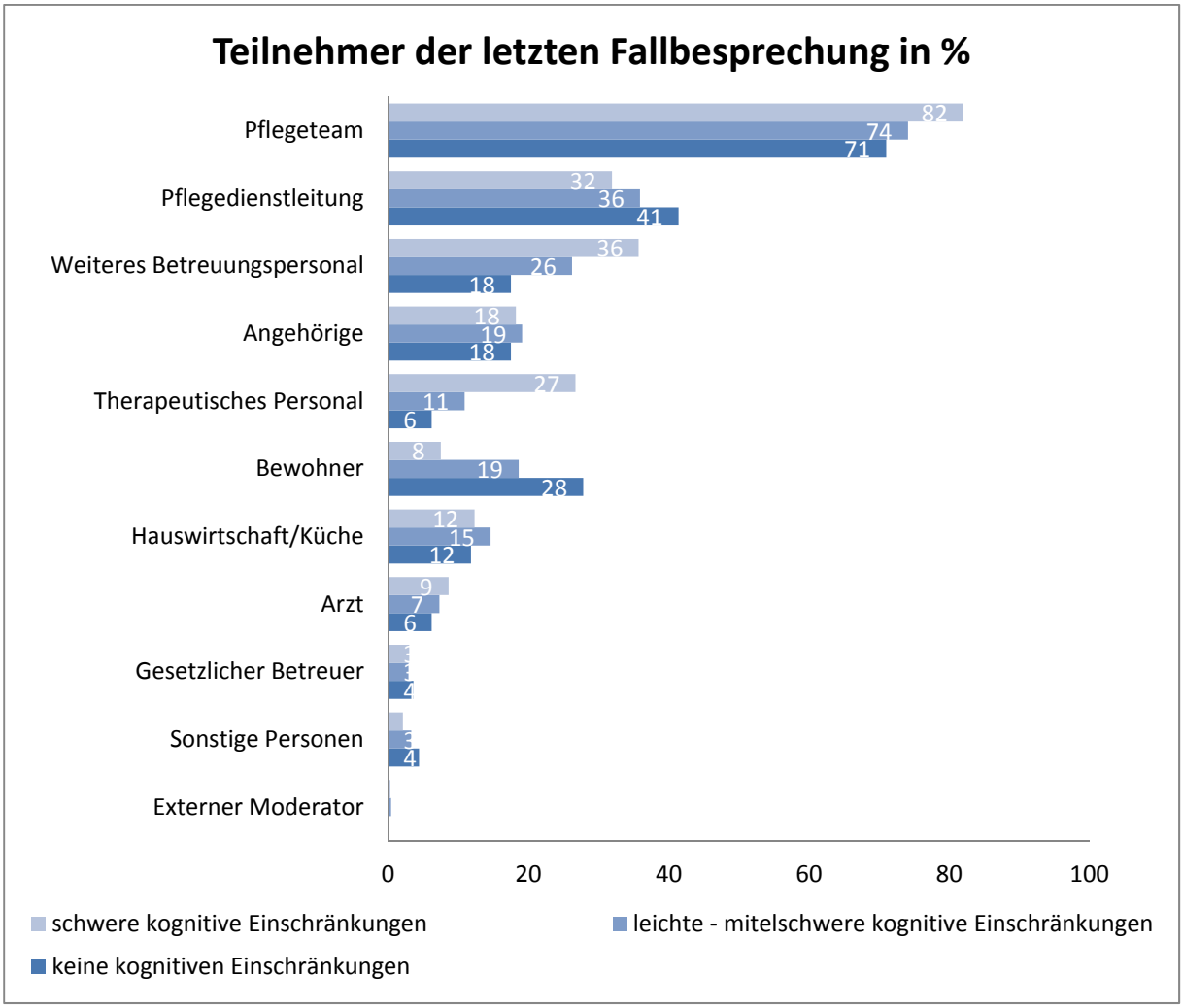

Abbildung 15: Teilnehmer der letzten Fallbesprechung in Abhängigkeit vom Grad der kognitiven Einschränkung

Die Ergebnisse zur Konzeptualisierung und tatsächlichen Durchführung von Fallbesprechungen decken sich zum Teil mit anderen Ergebnissen aus der Literatur. In der Studie DemenzMonitor wurde in der Einrichtungsbefragung angegeben, dass Fallbesprechungen dadurch gekennzeichnet sind, dass sie multidisziplinär und gemeinsam mit den Bewohnern und Angehörigen durchgeführt werden. In der Wohnbereichsbefragung wurden diese Merkmale zu einem geringeren Anteil angegeben, auf Bewohnerebene zeigte sich, dass insgesamt nur bei einem geringen Anteil an Fallbesprechungen Mitglieder anderer Berufsgruppen außer der Pflege sowie die Bewohner selbst anwesend waren. Die Gegenüberstellung dieser Ergebnisse legt nahe, dass die multidisziplinäre Durchführung von Fallbesprechungen zwar gewünscht und theoretisch vorgesehen ist, sich jedoch in der Umsetzung eher selten realisieren lässt. Erfahrungen aus der Praxis zeigten, dass die Teilnehmer von Fallbesprechungen zum größten Teil die direkten Bezugspflegenden waren und selten Angehörige anderer Berufsgruppen, wie z.B. Pflegende (Holle, Krüger, Halek, Sirsch, & Bartholomeyczik, 2015).

Die Pflegenden berichteten in diesem Zusammenhang, dass sie es zum Einen bedauerten, dass Ärzte so selten teilnehmen würden, zum Anderen hätte aber die Anwesenheit von Nicht-Teammitgliedern einen Einfluss auf die Gesprächsinhalte der Fallbesprechungen. Teaminterne Informationen und auch persönliche Informationen über den Bewohner wolle man nicht besprechen, wenn externe Professionelle, wie z.B. Ärzte anwesend waren. Dies galt ebenfalls für Angehörige: Auch hier würden Fallbesprechungen oft eine andere Gesprächsrichtung einschlagen, die nicht immer als wertvoll von den Pflegenden eingestuft wurden.

Hinsichtlich der Organisation der Fallbesprechungen wurde im DemenzMonitor angegeben, dass diese größtenteils ungestört abliefen und die Teilnehmer nicht gleichzeitig andere Aufgaben im Wohnbereich wahrnehmen mussten. Dies entspricht nicht den Ergebnissen von Holle et al. (2015), die in ihrer qualitativen Studie zu Erfahrungen von Pflegenden während Fallbesprechungen zeigen konnte, dass Unterbrechungen während Fallbesprechungen als ein wesentlicher hinderlicher Faktor für die Durchführung von Fallbesprechungen von den Pflegenden geschildert wurde. Es wurde berichtet, dass Pflegende häufig die Fallbesprechungen verlassen mussten, um andere Aufgaben zu erledigen (z.B. das Verabreichen von Medikamenten), da ein Ersatz der Pflegenden zur Zeit der Fallbesprechungen auf den Wohnbereichen nicht vorgesehen war. Ein weiterer hinderlicher Faktor bei der Durchführung von Fallbesprechungen war in dieser Studie die Moderation der Fallbesprechungen. Die Pflegenden schilderten, dass sie die Moderation als schwierig empfanden, da in den Teams die Diskussionskultur gering ausgeprägt war. Ein Mangel an Disziplin, die Unfähigkeit zuzuhören und eine geringe Konzentration erschwerten die strukturierte Diskussion über ein Thema. Dies hatte zur Folge, dass die Fallbesprechungen unstrukturiert und nicht am Thema orientiert verliefen. Die Ergebnisse des DemenzMonitor weisen darauf hin, dass die Moderation in der Praxis von Mitarbeitern der Einrichtung durchgeführt wird. Bei keiner Fallbesprechung, über die Informationen in der Studie vorlagen, war ein externer Moderator anwesend. Das heißt, dass die Moderation entweder einer leitenden Person oder den Bezugspflegenden selbst unterliegt. Die geschilderten Schwierigkeiten in der Studie von Holle et al. (2014) unterstreichen jedoch die Relevanz einer guten Moderation von Fallbesprechungen. Dies muss nicht durch einen externen Moderator erfolgen, die moderierenden Personen sollten jedoch zumindest in entsprechenden Moderationstechniken fortgebildet sein.

Inhaltliche Ausrichtung von Fallbesprechungen

Bei allen Bewohnern wurde am häufigsten das Thema „Lebensqualität/Wohlbefinden“ genannt, sowie „Wünsche und Bedürfnisse des Bewohners/Angehörige“. Bei Bewohnern mit kognitiven

Einschränkungen wurden häufiger die Themen Kognition und herausforderndes Verhalten besprochen als bei Bewohnern ohne kognitive Einschränkungen. Bei Bewohnern mit schweren kognitiven Einschränkungen wurden die Themen Ernährung und Sturzgefahr/Sturzereignis sowie das Thema freiheitseinschränkende Maßnahmen häufiger besprochen als bei anderen Bewohnern.

Eine Übersicht ist in Tabelle 16 dargestellt.

Inhalte der Fallbesprechung	**Schweregrad der kognitiven Einschränkung**		
	Häufigkeit % (n)		
	Keine kognitive Einschränkung (n=338)	**Leichte-mittelschwere kognitive Einschränkung (n=451)**	**Schwere kognitive Einschränkung (n=862)**
Chronische Wunden	1 (4)	3 (15)	2 (17)
Freiheitseinschränkende Maßnahmen	2 (7)	1 (7)	4 (36)
Krankenhausaufenthalt	4 (15)	4 (19)	3 (28)
Ausscheidung	5 (19)	5 (26)	4 (40)
Schmerzproblematik	5 (17)	3 (17)	6 (54)
Einzug in die Einrichtung	6 (22)	6 (28)	5 (43)
Akutes Krankheitsereignis	5 (19)	6 (29)	8 (70)
Kognition	1 (3)	5 (25)	10 (92)
Sonstiges	8 (28)	8 (39)	7 (61)
Herausforderndes Verhalten	4 (14)	8 (38)	13 (124)
Psychosoziale Situation	8 (28)	12 (58)	14 (127)
Sturzgefahr/Sturzereignis	10 (35)	16 (82)	17 (163)
Wünsche und Bedürfnisse des Bewohners/Angehörige	16 (58)	21 (103)	18 (170)
Ernährung	14 (49)	14 (71)	24 (228)
Lebensqualität/Wohlbefinden	21 (76)	24 (121)	28 (259)

Tabelle 16: Inhalte der letzten Fallbesprechung

Assessments

Die strukturierte Erfassung von herausforderndem Verhalten wird empfohlen, da dies die Grundlage eines verstehenden und geplanten Handelns ist. Das Ziel dieser verstehenden Diagnostik ist, Verhaltensweisen präzise und wertfrei beschreiben zu können. Der Einsatz eines Assessmentinstruments unterstützt die Pflegenden dabei, Verhaltensweisen objektiv zu beobachten und zu verschriftlichen. Auf dieser Grundlage sollen Maßnahmen geplant und evaluiert werden. Ergeben sich im Verlauf des Verhaltensassessments weitere Problembereiche, die als Ursachen des Verhaltens in Betracht gezogen werden müssen, wie z.B. Schmerzen, wird auch für diese Bereiche ein Assessment empfohlen. Im DemenzMonitor wurde erfasst, ob und mit welchen Instrumenten das Verhalten und das Vorliegen von Schmerzen eingeschätzt wurden.

Zur Erfassung des Verhaltens werden verschiedene Instrumente in den Rahmenempfehlungen benannt, die auf dem deutschsprachigen Markt zur Verfügung stehen: das Cohen-Mansfield-Assessment Instrument (CMAI), das Minimum Data Set des Resident Assessment Instruments (RAI), die Nurses Observation Scale for Geriatric Patients (NOSGER). Die Autoren der Rahmenempfehlungen weisen darauf hin, dass die Instrumente zwar alle zur Erfassung des Verhaltens genutzt werden können, jedoch nicht ohne Einschränkung. So verfügen nicht alle Instrumente über Fragen, die passive oder auf Antriebsarmut basierende Verhaltensweisen erfassen, sondern fokussieren ausschließlich auf aggressive Verhaltensweisen. Sie sollten demnach mit anderen Instrumenten kombiniert werden, um ein vollständiges Bild erhalten zu können. Instrumente wie das Neuropsychiatrische Inventar (NPI) oder das Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease (Behave-AD) erfassen herausforderndes Verhalten in seiner Gesamtheit. Ein weiteres Instrument wurde in Deutschland entwickelt, das Innovative demenzorientierte Assessment (IDA). Auch dieses Instrument erfasst die Bandbreite herausfordernder Verhaltensweisen.

Andere Instrumente erfassen ebenfalls das Verhalten des Bewohners, werden aber zur Einschätzung des Wohlbefindens genutzt. Ein Beispiel ist das Dementia Care Mapping (DCM). Zur Einschätzung des Wohlbefindens, bzw. der Lebensqualität werden derzeit noch weitere Instrumente verwendet: das Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität bei Menschen mit Demenz (H.I.L.DE) und das QUALIDEM (Ettema, Droes, de Lange, Mellenbergh, & Ribbe, 2007). Auch diese Instrumente basieren auf einer Beobachtung und Einschätzung des Verhaltens der Bewohner. In der Praxis existieren weitere Instrumente, die das Wohlbefinden erfassen, wie z.B. das Profil des Wohlbefindens.

Um Schmerzen zu erfassen, werden generell Selbst- und Fremdeinschätzungsinstrumente unterschieden. Gängige Selbsteinschätzungsinstrumente sind die Numerische Rangskala (NRS), die visuelle Analog Skala (VAS), die verbale Rating Skala (VRS) und die Face Pain Skala (Smiley Skala). Für Menschen mit Demenz, die die Schmerzempfindung nicht berichten können, sind Fremdeinschätzungsinstrumente entwickelt worden. Es existieren eine Vielzahl von Fremdeinschätzungsinstrumenten: BESD (Beurteilung von Schmerzen bei Demenz), ZOPA (Zürich Observation Pain Assessment) und das Doloplus. Das ECPA (Echelle comportementale de douleur pour personnes ágées sans communication) ist ein weiteres Instrument, welches in die deutsche Sprache übersetzt worden ist und dort zur Verfügung steht. Derzeit existieren zwei verschiedene Versionen des ECPA. Das ECPA wird jedoch unter gleichnamigem Akronym genutzt, diese übersetzte Fassung ist jedoch nicht validiert. Thomas Fischer hat die deutsche Übersetzung des ECPA validiert und es unter dem Namen BISAD (Beobachtungsinstrument für das Schmerzassessment bei alten Menschen mit Demenz) veröffentlicht (Fischer, 2012).

Um die Umsetzung von Assessments zu erfassen, wurden Informationen auf Einrichtungs- und Bewohnerebene erhoben. Auf Ebene der Einrichtung wurde erfasst, welche Instrumente jeweils für die Einschätzung von Verhalten, Wohlbefinden/Lebensqualität, Schmerz und kognitiven Fähigkeiten eingesetzt werden. Auf Bewohnerebene wurden das Datum der letzten Einschätzung sowie das benutzte Instrument erfasst.

Verhaltensassessments

26 Einrichtungen (51%) führen eine standardisierte Einschätzung des Verhaltens durch.

Drei Einrichtungen nutzen hierfür zwei verschiedene Instrumente, 23 verwenden ein Instrument für alle Bewohner.

Insgesamt wird in den meisten Einrichtungen zur Einschätzung des Verhaltens das CMAI (n=13) genutzt. Ebenfalls häufig werden auch selbst entwickelte Instrumente zur Einschätzung des Verhaltens genutzt (n=6).

Tabelle 17 zeigt eine Übersicht der eingesetzten Instrumente.

	Anzahl genutzter Instrumente innerhalb der Einrichtungen		
Instrument	**1**	**2**	**Gesamtanzahl der Einrichtungen, die das Instrument nutzen**
RAI	2	/	2
CMAI	11	2	13
NOSGER	1	/	1
IDA	1	/	1
NPI	2	1	3
selbst entwickeltes Instrument	6	/	6

Tabelle 17: Übersicht der Instrumente zur Schmerzeinschätzung in den teilnehmenden Einrichtungen

Das Verhalten von Bewohnern mit kognitiven Einschränkungen wurde erwartungsgemäß häufiger eingeschätzt als von Bewohnern ohne kognitive Einschränkungen. Von 6% (n=20) der Bewohner ohne kognitive Einschränkungen wurde das Verhalten eingeschätzt, bei Bewohnern mit leichten-mittleren kognitiven Einschränkungen lag der Anteil bei 12%, (n=62) bei den Bewohnern mit schweren kognitiven Einschränkungen bei 31% (n=291).

Der Zeitpunkt der Verhaltenseinschätzung ist sehr unterschiedlich. 9% der eingeschätzten Bewohner mit schweren kognitiven Einschränkungen wurden innerhalb der letzten drei Monate eingeschätzt, bei 15 % lag die Einschätzung mehr als drei Monate zurück (siehe Tabelle 18).

	Schweregrad der kognitiven Einschränkung		
Letzte Verhaltenseinschätzung	**Keine kognitiven Einschränkungen (n=364)**	**Leichte-mittelschwere kognitiven Einschränkungen (n=501)**	**Schwere kognitive Einschränkungen (n=938)**
	% (n)		
Gar nicht	94 (344)	88 (440)	69 (647)
Innerhalb der letzten 4 Wochen	0,5 (2)	2 (8)	4 (35)
> 4 Wochen/< 3 Monate	1 (4)	3 (14)	5 (48)
> 3 Monate / <12 Monate	3 (11)	4 (21)	9 (80)
> 12 Monate	1 (3)	2 (8)	6 (61)
Unklar	/	2 (11)	7 (67)

Tabelle 18: Zeitraum seit der letzten Verhaltenseinschätzung

Die Ergebnisse zeigen, dass eine standardisierte Einschätzung des Verhaltens in Einrichtungen der stationären Altenhilfe in Deutschland derzeit nicht die Regel ist. Dies zeigen auch die Ergebnisse des

Projekts zur Pilotierung von Ergebnisindikatoren in der stationären Altenhilfe (Wingenfeld et al., 2011): Bei dieser Erhebung gaben lediglich fünf von 45 Einrichtungen an, Einschätzungen des Verhaltens der Bewohner vorzunehmen. Insgesamt wurde bei 2,7% der teilnehmenden Bewohner in der Zeit vor der Datenerhebung eine Einschätzung des Verhaltens vorgenommen. Der Anteil von Bewohnern, bei denen eine standardisierte Einschätzung des Verhaltens durchgeführt wurde, schwankte in den Einrichtungen zwischen 0 und 33,3%. Wingenfeld und Kollegen sehen in Bezug auf die standardisierte Einschätzung des Verhaltens noch starken Entwicklungsbedarf.

Schmerzassessments

Alle Einrichtungen gaben an, eine Schmerzeinschätzung bei den Bewohnern durchzuführen.

30 Einrichtungen setzten mehr als ein Instrument ein: 22 Einrichtungen setzten zwei Instrumente ein, sieben Einrichtungen drei Instrumente und eine Einrichtung vier verschiedene Instrumente. 21 Einrichtungen setzten ein Instrument zur Schmerzeinschätzung ein.

In den Einrichtungen, die nur ein Instrument einsetzten, wurde am häufigsten das Instrument Doloplus genutzt. Mit einem anderen Instrument kombiniert wurden am häufigsten die Numerische Rangskala (NRS) sowie die BESD-Skala (Beurteilung von Schmerzen bei Demenz). Beide Instrumente kommen auch insgesamt am häufigsten zur Anwendung. Insgesamt 22 Einrichtungen nutzen das NRS. Zwei Einrichtungen nutzen ausschließlich das NRS. Ebenfalls häufig wird die BESD genutzt. Sie kommt insgesamt in 17 Einrichtungen zur Anwendung. Auch hier nutzten zwei Einrichtungen ausschließlich die BESD. Ebenfalls auffällig ist, dass elf Einrichtungen ein selbst entwickeltes Instrument zur Schmerzeinschätzung nutzen, dies wird aber in neun Einrichtungen mit anderen Instrumenten kombiniert.

Tabelle 19 zeigt eine Übersicht der eingesetzten Instrumente.

	Anzahl genutzter Instrumente innerhalb der Einrichtungen				**Gesamtanzahl der Einrichtungen, die das Instrument nutzen**
Instrument	**1**	**2**	**3**	**4**	
NRS	2	14	5	1	22
VAS	1	2	/	/	3
VRS	1	3	1	/	5
SmileyScale	2	/	2	/	4
BESD	2	10	4	1	17
BISAD	/	/	/	1	1
ECPA	4	6	6	/	16
ZOPA	/	/	/	/	/
Doloplus	7	4	/	/	11
selbst entwickeltes Instrument	2	5	3	1	11

Tabelle 19: Übersicht der genutzten Instrumente zur Schmerzeinschätzung

Bei Bewohner mit kognitiven Einschränkungen wurden häufiger Schmerzeinschätzungen vorgenommen als bei Bewohnern ohne kognitive Einschränkungen. Schmerzen wurden bei 74% der Bewohner ohne kognitive Einschränkungen (n=268) eingeschätzt, bei 75% (n=378) der Bewohner mit leichten-mittelschweren kognitiven Einschränkungen und bei 86% (n=801) der Bewohner mit schweren kognitiven Einschränkungen.

Bei Bewohnern mit kognitiven Einschränkungen werden andere Instrumente zur Schmerzeinschätzung genutzt als bei Bewohnern ohne kognitive Einschränkungen. Bei Bewohnern ohne kognitive Einschränkungen kam die NRS am häufigsten zum Einsatz, bei Bewohnern mit schweren kognitiven Einschränkungen das Instrument Doloplus. Die Schmerzeinschätzung mit einem selbst entwickelten Instrument wurde häufiger bei Bewohnern ohne kognitive Einschränkungen durchgeführt (Abbildung 16 und 17).

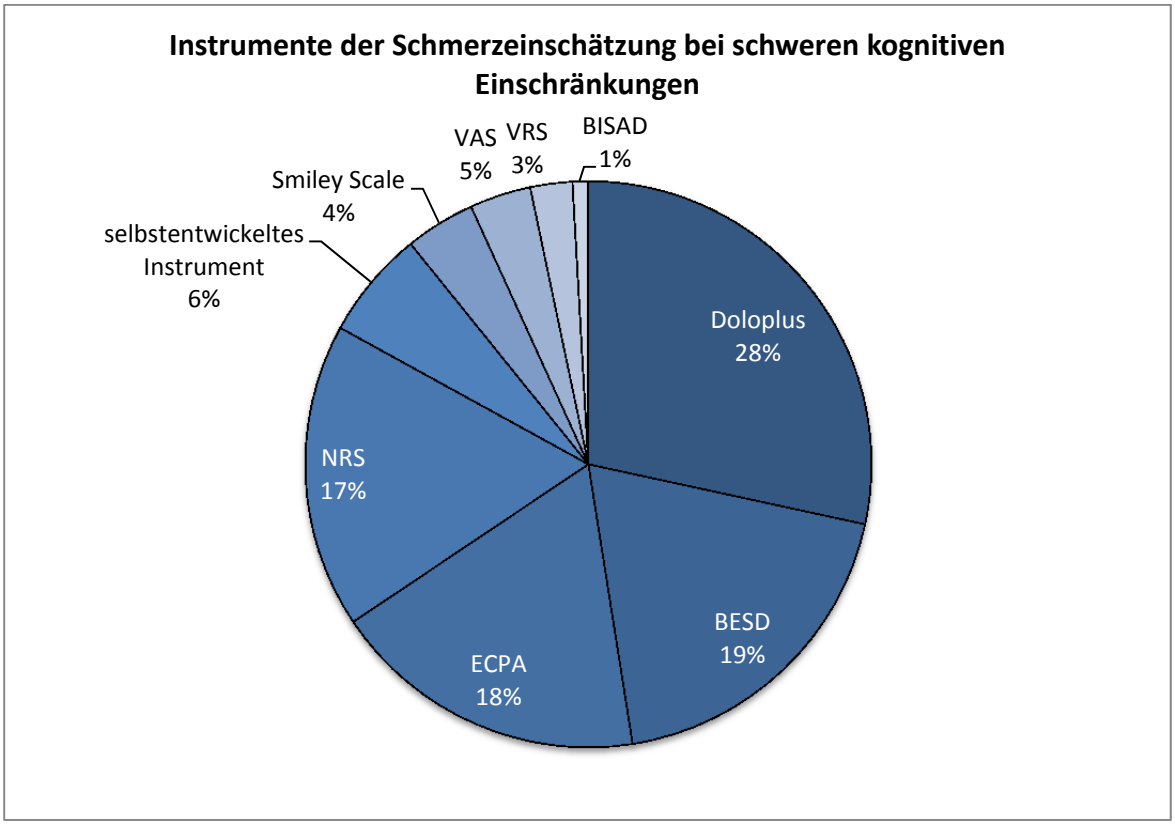

Abbildung 16: Eingesetzte Instrumente zur Schmerzeinschätzung bei Bewohnern mit schweren kognitiven Einschränkungen

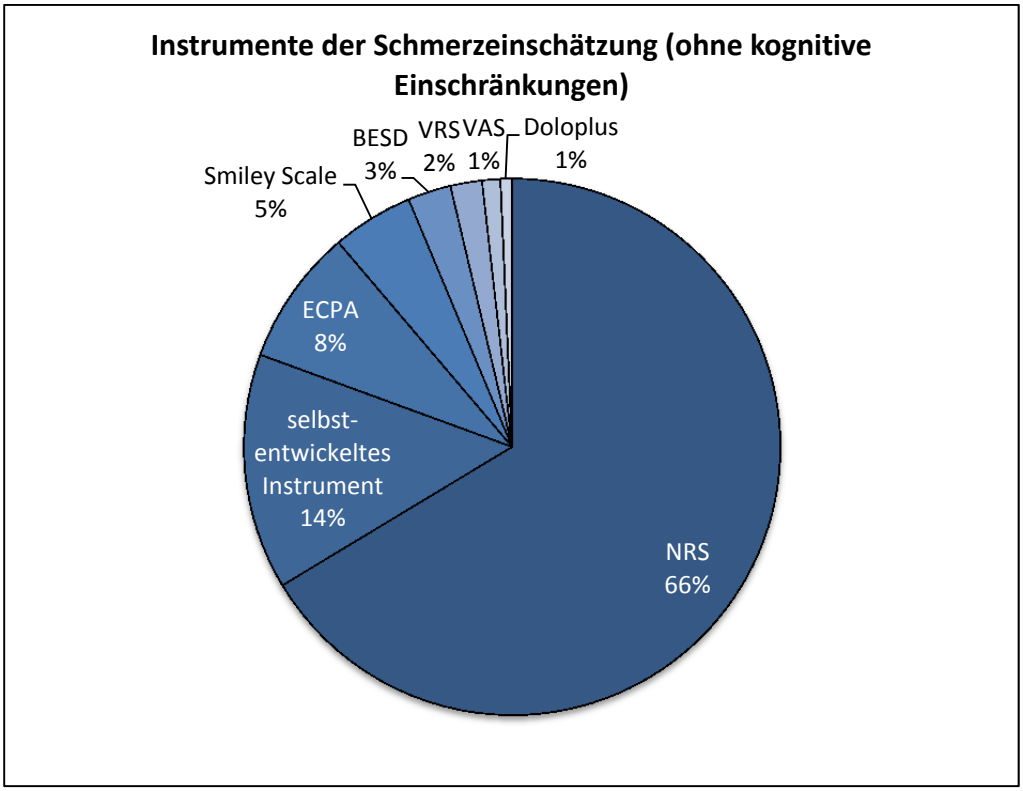

Abbildung 17: Eingesetzte Instrumente zur Schmerzeinschätzung bei Bewohnern ohne kognitive Einschränkung

Bei ca. 30% der Bewohner war die Schmerzeinschätzung in allen drei Gruppen innerhalb der letzten vier Wochen vor Datenerhebung erfolgt. Bei 20-30% der Bewohner lag die letzte Einschätzung mehr als vier Wochen zurück, aber weniger als drei Monate. Bei sehr wenigen Bewohnern lag sie schon länger als drei Monate zurück. Bei einem Viertel der Bewohner ohne kognitive Einschränkungen und mit leichten-mittleren kognitiven Einschränkungen war jedoch zum Zeitpunkt der Datenerhebung noch keine Schmerzeinschätzung erfolgt, bei den Bewohnern mit schweren kognitiven Einschränkungen war dieser Anteil geringer (14%) (siehe Tabelle 20).

Letzte Schmerzeinschätzung	Schweregrad der kognitiven Einschränkungen		
	Keine kognitiven Einschränkungen (n=362)	**Leichte-mittelschwere kognitive Einschränkungen (n=502)**	**Schwere kognitive Einschränkungen (n=938)**
		% (n)	
Gar nicht	26 (94)	25 (125)	14 (136)
Innerhalb der letzten 4 Wochen	28 (103)	30 (153)	33 (311)
> 4 Wochen/< 3 Monate	24 (88)	24 (121)	30 (279)
> 3 Monate / <12 Monate	9 (32)	11 (55)	11 (105)
> 12 Monate	5 (17)	4 (18)	5 (44)
Unklar	8 (28)	6 (31)	7 (63)

Tabelle 20: Zeitraum seit der letzten Schmerzeinschätzung in Abhängigkeit vom Demenzschweregrad

Die Ergebnisse des DemenzMonitors weisen darauf hin, dass die Einschätzung von Schmerzen in Einrichtungen der stationären Altenhilfe regelhaft durchgeführt wird, da für mehr als 70% aller Bewohner Schmerzeinschätzungen vorlagen. Dies bestätigt auch Wingenfeld et al (2011). Hier lag der Anteil der Bewohner, bei denen ein Schmerzassessment bei vorliegender Schmerzproblematik durchgeführt wurde, bei 82,6%. Auch bei den Qualitätserhebungen, die im Rahmen der Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) auf Grundlage des § 114a Abs. 6 SGB XI durchgeführt werden, zeigte sich ein ähnliches Bild: Bei 80,3% der Bewohner, bei denen eine Schmerzeinschätzung als relevant angesehen wurde, wurde diese auch durchgeführt (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V., 2014).

Hinsichtlich der Schmerzeinschätzung von Menschen mit Demenz liegen derzeit noch keine Empfehlungen vor, welche Instrumente genutzt werden sollen und wie häufig die Einschätzungen vorgenommen werden sollen. Grundsätzlich sollten Instrumente, die zur Schmerzeinschätzung genutzt werden, valide und reliabel sein, d.h. sie sollten das Schmerzempfinden zuverlässig erfassen. Bei Bewohnern mit kognitiven Einschränkungen eignen sich viele Instrumente nicht, die auf einer Selbsteinschätzung beruhen. Hier sind Instrumente, die eine Fremdeinschätzung durch Pflegende erlauben, die bessere Wahl (Lukas et al., 2012).

Die Ergebnisse zeigen, dass die meisten Einrichtungen mehr als ein Instrument zur Schmerzeinschätzung nutzen und bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen andere Instrumente zum Einsatz kommen als bei Bewohnern ohne kognitive Einschränkungen. Die Bewohnerergebnisse zeigen dementsprechend, dass bei Bewohnern mit schweren kognitiven Einschränkungen größtenteils Fremdeinschätzungsinstrumente wie das Doloplus, die ECPA und die BESD genutzt

wurden, während bei Bewohnern ohne kognitive Einschränkungen überwiegend die NRS genutzt wurde. Sechs Einrichtungen nutzten jedoch ausschließlich Selbsteinschätzungsinstrumente. Dies kann unter Anderem den hohen Anteil an Bewohnern erklären, bei denen Selbsteinschätzungsinstrumente genutzt wurden, obwohl schwere kognitive Einschränkungen vorlagen. Auffällig ist, dass 11 der 51 teilnehmenden Einrichtungen ein selbst entwickeltes Instrument nutzte, um Schmerzen zu erheben. Dies überrascht angesichts der großen Anzahl an Instrumenten, die zur Verfügung stehen. Selbst entwickelte Instrumente genügen in der Regel nicht den Kriterien der Reliabilität und Validität, weshalb eine zuverlässige Schmerzeinschätzung mit diesen Instrumenten nicht möglich ist.

Hinsichtlich der Aktualität der Schmerzeinschätzung zeigen die Ergebnisse des DemenzMonitors, dass diese bei ca. 30% der Bewohner in den vergangenen vier Wochen erfolgte, bei ca. 26% in den vergangenen drei Monaten. Vergleichbare Ergebnisse zeigen Windenfeld et al. (Wingenfeld et al., 2011). In dieser Untersuchung lag der Anteil an Bewohnern, bei denen das Schmerzassessment in den letzten vier Wochen durchgeführt wurde, bei 38,8% und der Anteil an Bewohnern mit einem Schmerzassessment, das innerhalb der letzten drei Monate durchgeführt wurde, bei 32,3%. Beim Vergleich dieser Ergebnisse gilt es zu bedenken, dass die Erhebung von Wingenfeld et al. (2011) sich auf die Bewohner mit Schmerzproblematik bezieht, im DemenzMonitor wurden alle Bewohner betrachtet. Wingenfeld et al. geben jedoch an, dass sich bei den in der Studie durchgeführten Vollerhebungen ein ähnliches Bild ergab.

Assessments zur Einschätzung der Lebensqualität/Wohlbefinden

Bei den Bewohnern von 31 Einrichtungen (60%) wurde eine Einschätzung der Lebensqualität mit einem standardisierten Assessmentinstrument vorgenommen. 27 Einrichtungen nutzten ein Instrument für die Einschätzung; am häufigsten wurde hierbei Dementia Care Mapping (DCM) und das Profil des Wohlbefindens genutzt. Das QUALIDEM wurde ebenfalls häufig genutzt: In fünf Einrichtungen wurde es ausschließlich genutzt, drei Einrichtungen nutzten zusätzlich noch andere Instrumente.

Tabelle 21 zeigt eine Übersicht der eingesetzten Instrumente.

Instrument	Anzahl genutzter Instrumente innerhalb der Einrichtungen 1	2	3	Gesamtanzahl der Einrichtungen, die das Instrument nutzen
DCM	7	1	/	8
Profil des Wohlbefindens	7	1	/	8
QUALIDEM	5	2	1	8
H.I.L.DE	2	1	/	3
CLIPPER	2	/	/	2
selbst entwickeltes Instrument	4	1	/	5

Tabelle 21: Übersicht der genutzten Instrumente zur Einschätzung der Lebensqualität

Die Lebensqualität / das Wohlbefinden wurde bei Bewohnern mit kognitiven Einschränkungen häufiger eingeschätzt als bei Bewohnern ohne kognitive Einschränkungen.

Bei 15% (n=56) der Bewohner ohne kognitive Einschränkungen, bei 24% (n=119) der Bewohner mit leichten-mittelschweren kognitiven Einschränkungen und bei 30% (n=282) der Bewohner mit schweren kognitiven Einschränkungen wurde eine Einschätzung der Lebensqualität vorgenommen. Auch hier zeigte sich keine eindeutige Tendenz, wann die letzte Einschätzung vorgenommen wurde. Bei 15% der Bewohner mit schweren kognitiven Einschränkungen wurde die Einschätzung in den letzten drei Monaten durchgeführt, bei den Bewohnern mit leichter-mittelschweren kognitiven Einschränkungen lag dieser Anteil bei 10% (Tabelle 22).

Letzte Einschätzung von Lebensqualität/Wohlbefinden	Schweregrad der kognitiven Einschränkung: Keine kognitiven Einschränkungen (n=364)	Leichte-mittelschwere kognitiven Einschränkungen (n=502)	Schwere kognitiven Einschränkungen (n=935)
		% (n)	
Gar nicht	85 (308)	76 (383)	70 (653)
Innerhalb der letzten 4 Wochen	5 (20)	5 (27)	7 (67)
> 4 Wochen/< 3 Monate	4 (13)	5 (25)	8 (72)
> 3 Monate / <12 Monate	4 (14)	6 (32)	9 (86)
> 12 Monate	1 (3)	2 (10)	3 (26)
Unklar	2 (6)	5 (25)	3 (31)

Tabelle 22: Zeitraum seit der letzten Einschätzung der Lebensqualität

Die Ermittlung der Lebensqualität bei Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz wird vom Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) empfohlen und stellt einen Bestandteil der Qualitätsprüfungen in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe dar (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V., 2014). Im Qualitätsbericht

von 2014 wird berichtet, dass von ca. 85.237 in die Qualitätsprüfung einbezogenen Bewohner bei ca. 64% eine Erfassung der Lebensqualität erforderlich war. Dies erfolgte bei 90,2% in einer nachvollziehbaren Weise.

Der Einsatz eines standardisierten Instruments wird nicht explizit vom MDS empfohlen, verschiedene Instrumente werden jedoch in der Grundsatzstellungnahme zur Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen zur Diskussion gestellt (das Instrument DCM, sowie das Instrument H.I.L.DE). Seit der Veröffentlichung der Empfehlung wurde das Instrument QUALIDEM in die deutsche Sprache übersetzt und umfangreichen Testungen unterzogen (M. Dichter, Bartholomeyczik, Nordheim, Achterberg, & Halek, 2011; MN Dichter, Halek, & Bartholomeyczik, 2014; M. N. Dichter et al., 2013), so dass es aktuell ebenfalls als ein geeignetes Instrument diskutiert wird (MN Dichter et al., 2014). Alle drei Instrumente weisen jedoch Schwächen in Bezug auf die Zuverlässigkeit der Messung auf, weshalb derzeit kein Instrument uneingeschränkt empfohlen werden kann (ebd.). Die Instrumente Clipper und das Profil des Wohlbefindens sind bislang keiner wissenschaftlichen Prüfung unterzogen worden und somit können keine Aussagen hinsichtlich der Güte oder auch der Praktikabilität getroffen werden. Derzeit gilt es in der Praxis das Instrument zu wählen, das aus Sicht der Anwender das Konstrukt Lebensqualität am treffendsten abbildet, dessen Ergebnisse sich in die Pflegeprozessplanung integrieren lassen und dessen Anwendung praktikabel ist. Die Ergebnisse des DemenzMonitors weisen darauf hin, dass in der Mehrheit der Einrichtungen die Lebensqualität nicht mit einem standardisierten Instrument erfasst wird. In den wenigen Einrichtungen, die ein Instrument nutzen, werden zum Teil zwei oder mehr Instrumente verwendet. Dies lässt darauf schließen, dass verschiedene Instrumente erprobt werden, um das passende auszuwählen. Dass keines der auf dem Markt vorhandenen Instrumente einigen Einrichtungen passend erschien, zeigt das Ergebnis, dass auch die Lebensqualität in vier Einrichtungen mit selbst entwickelten Instrumenten erfasst wird.

Erinnerungspflege

Ziel der Erinnerungspflege ist die Förderung des Wohlbefindens der Bewohner mit Demenz durch eine Stärkung des Selbstwertgefühls, der Identität und des Zugehörigkeitsgefühls. Das Erinnern positiver biografisch relevanter Erinnerungen stärkt zudem Beziehungen und die soziale Teilnahme. Im Verlauf einer Demenzerkrankung bekommen lebensgeschichtliche Erinnerungen eine immer größere Bedeutung, da bei den Betroffenen mit der Zeit das Kurzzeitgedächtnis stark beeinträchtigt ist. Es wird als Aufgabe der sozialen Umwelt gesehen, Situationen so zu gestalten, dass angenehme Erinnerungen ermöglicht und gefördert werden (Bartholomeyczik S. et al., 2007).

Die Arbeit mit Erinnerungen von Bewohnern findet sich in verschiedenen Interventionen wieder, die sich in ihrer Begrifflichkeit und in ihrem Ansatz unterscheiden. Therapeutisch verankerte Arbeit mit Erinnerungen hat das Ziel, Konflikte der Vergangenheit zu lösen; erinnerungsfördernde Aktivitäten finden in einer konfliktfreien Umgebung statt und verfolgen das Ziel, die Lebens- und Pflegequalität der Bewohner zu fördern. Therapeutisch verankerte Arbeit mit Erinnerungen sind in der Psychotherapie verortet, während erinnerungsfördernde Aktivitäten für Pflegende empfohlen werden (Bartholomeyczik S. et al., 2007).

Ein Biographieassessment stellt die Grundlage von Erinnerungsarbeit dar. Die Aktualisierung des Biographieassessments ist ein strukturiertes Verfahren, bei dem bewohnerbezogene Informationen gesammelt und dokumentiert werden. Die Informationen beruhen auf Gesprächen mit den Bewohnern selbst, den Angehörigen und den Beobachtungen der Pflegenden. Die Aktualisierung des Assessments stellt ein wichtiges Qualitätsmerkmal dar, da viele Informationen erst im Laufe der Zeit eingeholt werden können. Die Informationen sollen in der Planung bewohnerbezogener Aktivitäten berücksichtigt werden.

Biographieassessment

Von allen teilnehmenden Bewohnern wurde bei 98% (n=1.766) die Biografie erhoben. Bei 70% dieser Bewohner (n=1.237) wurde der Biographiebogen nach der Ersterhebung noch einmal ergänzt. Aufgrund der flächendeckenden Umsetzung von Biographieassessments wurden keine weiteren Analysen durchgeführt. Die Ergebnisse bestätigen die Annahme, dass ein Assessment der Biografie bei allen Bewohnern von stationären Altenhilfeeinrichtungen durchgeführt wird.

Zur Umsetzung konkreter Maßnahmen der Erinnerungspflege liegen bislang kaum Ergebnisse vor. Die MUG IV Studie sowie eine vorangegangene Studie aus Baden-Württemberg zeigen ebenfalls, dass ein Biogaphieassessment bei nahezu allen Bewohner, die in die Studie eingeschlossen wurden, vorlag (M. Schäufele et al., 2009).

Die Ergebnisse des DemenzMonitors sowie der MUG IV Studie lassen darauf schließen, dass die Erinnerungspflege einen hohen Stellenwert in der praktischen Arbeit mit den Bewohnern mit Demenz hat. Das Biographieassessment ist fest in der Dokumentation verankert. Aussagen darüber, wie die Informationen in der täglichen Arbeit verankert werden, können die Studie DemenzMonitor und die Qualitätsprüfungen des MDK jedoch nicht liefern.

Maßnahmen der multisensorischen Stimulation

Ziel der multisensorischen Stimulation ist die Anregung einzelner oder mehrerer Sinne. Es wird empfohlen, Maßnahmen der multisensorischen Stimulation präventiv als auch zur Milderung von herausforderndem Verhalten einzusetzen (Bartholomeyczik S. et al., 2007). Es existieren verschiedene Konzepte von multisensorischer Stimulation. Das Konzept des Snoezelen umfasst unterschiedliche visuelle, akustische, olfaktorische, taktil-haptische, vestibuläre und/oder vibratorische Angebote. Vorgehsehen ist die Schaffung eines Raumes, in dem eine harmonische Atmosphäre geschaffen wird und der die entspannende Wirkung der Einzelkomponenten fördert. Als Einzelkomponenten des Snoezelen ist das Hören von Musik, Aromatherapie, Massage, Klangtherapie, der Einsatz von Tastmaterial und von Lichtelementen zu nennen. Die Basale Stimulation ist ein dem Snoezelen sehr ähnliches Konzept. Ziel der Basalen Stimulation ist der Aufbau von Kommunikation durch Bewegung und Berührung, durch das die basalen Sinne (somatisch, vestibulär, vibratorisch) angesprochen werden.

Von den Konzepten des Snoezelen und der Basalen Stimulation wie auch der Einzelkomponenten abzugrenzen sind tiergestütze Interventionen. Ziele der tiergestützten Intervention sind die Förderung der Aktivität, Reduzierung von Regression und Unruhe und die Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit (Brüggemann, 2009). Dies soll über die Stimulation von Gesprächen, Erinnerungen und der Sinne erreicht werden. Auch wenn die tiergestützte Intervention nicht primär den Maßnahmen der multisensorischen Stimulation zugeordnet wird, so stellt der stimulierende Effekt einen Kernbestandteil von tiergestützten Interventionen dar. Aus diesem Grund werden im Folgenden auch Ergebnisse zur Umsetzung von tiergestützten Interventionen gezeigt.

Umsetzung von Maßnahmen der multisensorischen Stimulation und tiergestützter Intervention

Bei Bewohnern mit kognitiven Einschränkungen werden Maßnahmen der multisensorischen Stimulation häufiger angewendet als bei Bewohnern ohne kognitive Einschränkungen. 72% (n=259) der Bewohner ohne kognitive Einschränkungen, 84% (n=421) der Bewohner mit leichten-mittelschweren kognitiven Einschränkungen und 94% (n=876) der Bewohner mit schweren kognitiven Einschränkungen erhielten Maßnahmen der multisensorischen Stimulation.

Bei allen Bewohnern wird am häufigsten das Hören von Musik angewendet.

Ebenfalls häufig ist in allen drei Gruppen das Streicheln von Tieren. Hier ist der Anteil der Bewohner mit leichten-mittelschweren kognitiven Einschränkungen, die diese Intervention erhalten, größer als in den beiden anderen Gruppen.

Bei über der Hälfte der Bewohner mit schweren kognitiven Einschränkungen wird Basale Stimulation® angewendet. Bei einem ebenfalls größeren Anteil von den Bewohnern mit schweren kognitiven Einschränkungen werden Tastmaterial, Massagen und Aromatherapie zur Stimulation eingesetzt. Der Anteil war höher als in den anderen beiden Gruppen.

Abbildung 18 zeigt die Ergebnisse in der Übersicht.

Die Ergebnisse der MUG IV Studie (Schäufele et al., 2009) weisen ebenfalls darauf hin, dass Maßnahmen der multisensorischen Stimulation häufiger bei Bewohnern mit Demenz als bei Bewohnern ohne Demenz angewendet werden. In dieser Studie wurde jedoch angegeben, dass die Maßnahmen seltener eingesetzt werden: bei 18% der Bewohner mit Demenz und 11% der Bewohner ohne Demenz. Die Ergebnisse unterscheiden sich vor allem im Hinblick auf das Hören von Musik. Das gezielte Hören von Musik wurde in der MUG IV Studie als ein Beispiel von Maßnahmen der multisensorischen Stimulation genannt. Die Angaben zur Anwendung von multisensorischer Stimulation beziehen demnach das Hören von Musik mit ein. Im DemenzMonitor wurde das Hören von Musik wesentlich häufiger als angewendete Intervention angegeben. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass diese Angaben sich nicht auf das gezielte Hören von Musik beziehen, sondern Musikhören im Allgemeinen (z.B. Radio hören) mit einbezieht.

Auch bezüglich des Kontakts mit Tieren zeigen die Ergebnisse dieser Studie in die gleiche Richtung, weisen aber andere Häufigkeiten auf. In der MUG-IV Studie wurde angegeben, dass 17% der Bewohner ohne Demenz und 11% der Bewohner mit Demenz in den vergangenen vier Wochen vor der Datenerhebung Kontakt mit Tieren hatten.

Die Ergebnisse beider Studien machen deutlich, dass Maßnahmen der multisensorischen Stimulation häufiger bei Bewohnern mit Demenz eingesetzt werden. Maßnahmen wie Massage, Aromatherapie, Klangtherapie und Snoezelen kamen bei weniger als einem Viertel der Bewohner zum Einsatz. Basale Stimulation wird bei mehr als der Hälfte der Bewohner mit schweren kognitiven Einschränkungen angewendet. Dies spricht auf einen hohen Verbreitungsgrad des Konzeptes in der Praxis.

Tiergestützte Interventionen kommen häufiger bei Bewohnern ohne kognitive Einschränkungen zum Einsatz.

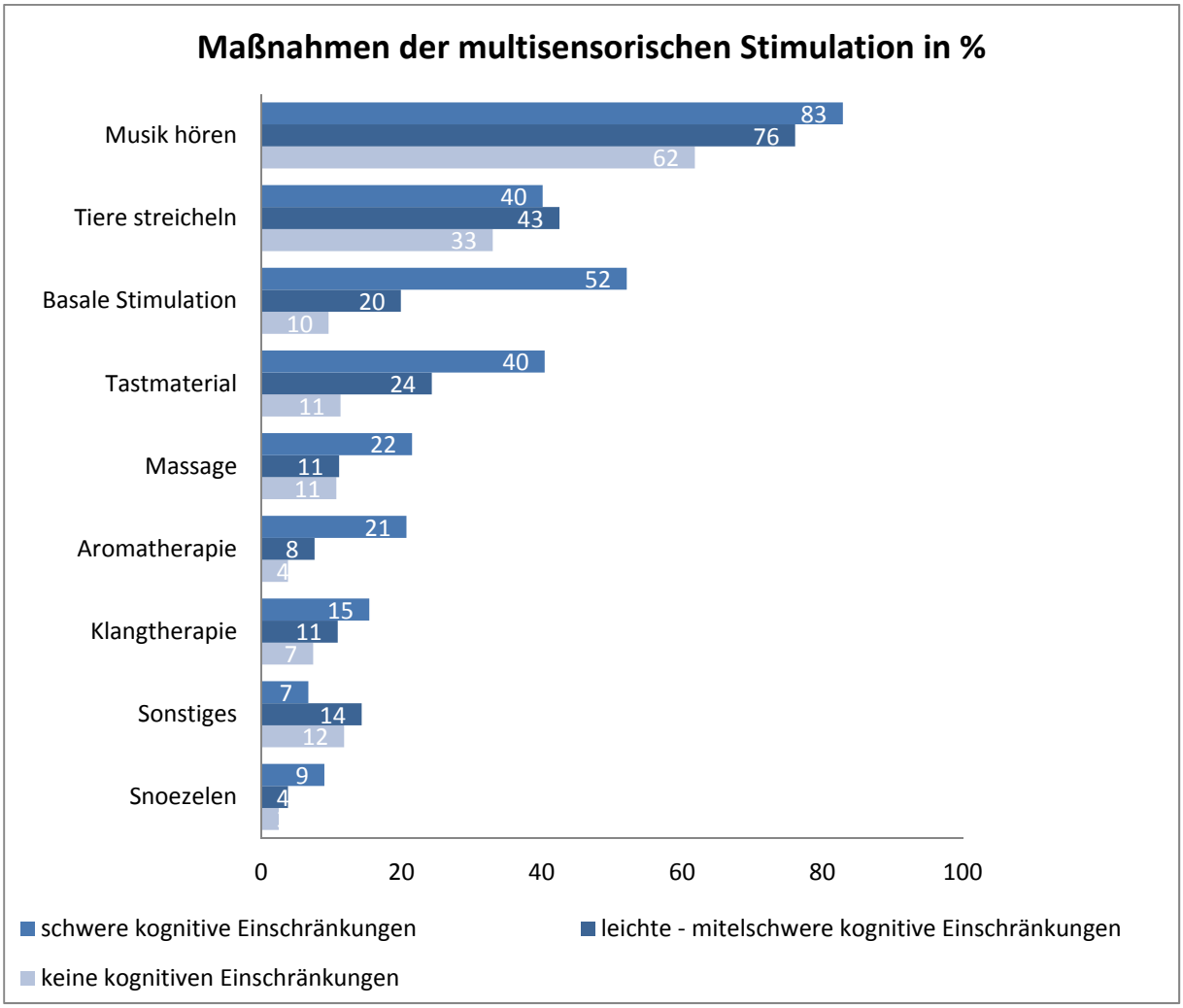

Abbildung 18: Maßnahmen der multisensorischen Stimulation in Abhängigkeit von der kognitiven Einschränkung

Validation

Validieren wird als Basis für die Arbeit und Kommunikation mit Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalte empfohlen (Bartholomeyczik S. et al., 2007). Eine validierende Grundhaltung zeichnet sich durch Wertschätzung gegenüber Menschen mit Demenz und der Akzeptanz der Demenz und resultierenden Lebensweisen und Verhaltensänderungen aus. Der Umgang mit den Menschen mit Demenz erfolgt gefühlsorientiert und verstehend (ebd.).

Validation kann in Form von Gruppen- oder Einzelsitzungen umgesetzt werden, als auch im Rahmen der Alltagskommunikation. In Deutschland bekannt sind die Konzepte von Naomi Feil, Nicole Richard und die erlebnisorientierte Pflege als Teil eines mäeutischen Pflegemodells.

Umsetzung von Validation

Validation wird häufiger bei Bewohnern mit kognitiven Einschränkungen umgesetzt als bei Bewohnern ohne kognitive Einschränkungen. Bei 26% der Bewohner ohne kognitive Einschränkungen (n=93), 54% (n=273) der Bewohner mit leichten-mittelschweren und 79% (n=737) der Bewohner mit schweren kognitive Einschränkungen wurde angegeben, dass Validation umgesetzt wird.

Am häufigsten wird in den drei Gruppen Validation im Rahmen der Alltagskommunikation eingesetzt, gefolgt von Validation als Krisenintervention (siehe Tabelle 23).

Auch zur Umsetzung von Validation sind keine Ergebnisse anderer Studien bekannt.

Form der Validation	**Schweregrad der kognitiven Einschränkung**		
	Keine kognitiven Einschränkung (n=93)	**Leichte-mittelschwere kognitiven Einschränkung (n=273)**	**Schwere kognitiven Einschränkung (n=737)**
		% (n)	
Täglich im Rahmen der Alltagskommunikation (validierende Grundhaltung)	90 (84)	92 (252)	97 (714)
Geplante Einzelsitzungen	3 (3)	4 (10)	9 (67)
Geplante Gruppensitzungen	3 (3)	6 (17)	11 (78)
Als Krisenintervention	15 (14)	24 (66)	33 (243)

Tabelle 23: Form der Validation in Abhängigkeit vom Demenzschweregrad

Bewegungsförderung

Bewegung und körperlicher Aktivität haben sich in verschiedenen Studien im Hinblick auf die Verbesserung der Muskelkraft, Ausdauer, Gleichgewicht und Flexibilität als effektiv erwiesen; sie

zeigte sich förderlich in Bezug auf Darmtätigkeit, Thrombosebildung und zur Schlafverbesserung; depressive Symptome und kognitiver Leistungsabbau lassen sich durch Bewegung ebenfalls positiv beeinflussen. Neben der präventiven Wirkung wird der Bewegungsförderung zugeschrieben, dass ssich die Lebensqualität und das Wohlbefinden steigern lässt (BMG 2007). Das Expertengremium der Rahmenempfehlungen empfiehlt daher die Förderung jeglicher körperlicher Aktivitäten und spricht sich für das Angebot einer mindestens durchgängigen halbstündigen täglichen Bewegungssequenz aus.

Angebote von Bewegungsförderung

Auf den Wohnbereichen werden verschiedene Möglichkeiten der Bewegungsförderung angeboten. Am häufigsten werden Spaziergänge mit einzelnen Bewohnern, Gymnastik/Sitzgymnastik sowie Spaziergänge in einer Gruppe von Bewohnern angeboten (Abbildung 19 -21).

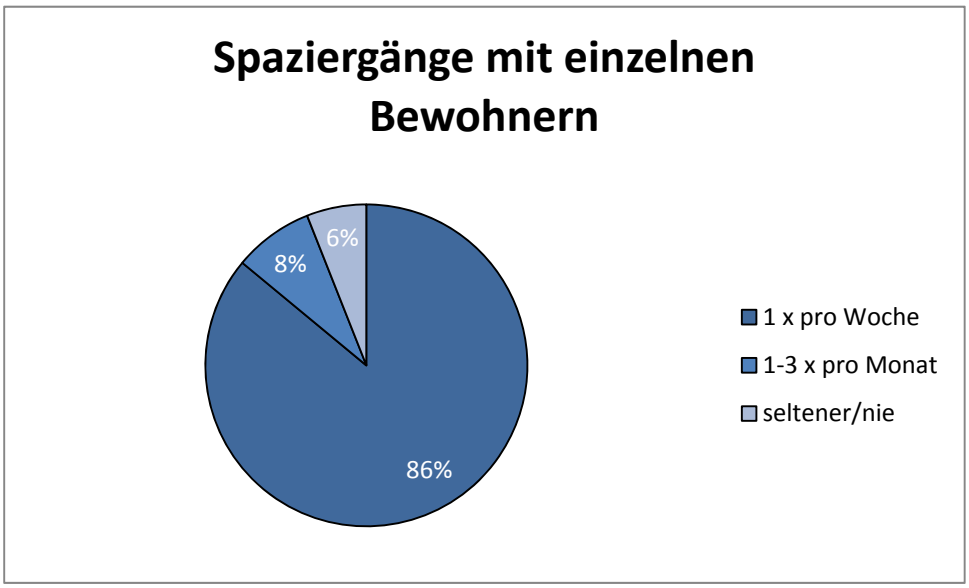

Abbildung 19: Angebote der Bewegungsförderung - Spaziergänge einzeln

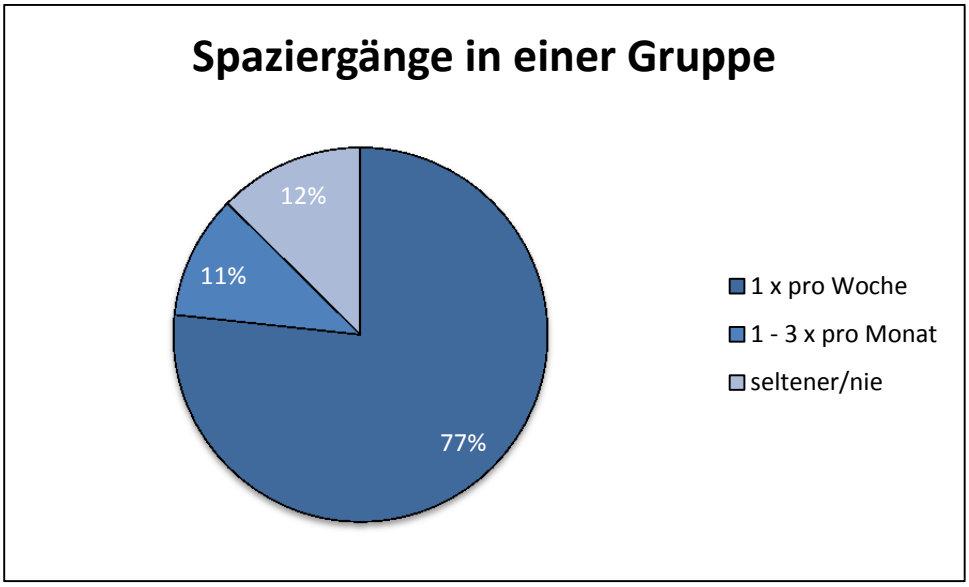

Abbildung 20: Angebote der Bewegungsförderung - Spaziergänge in einer Gruppe

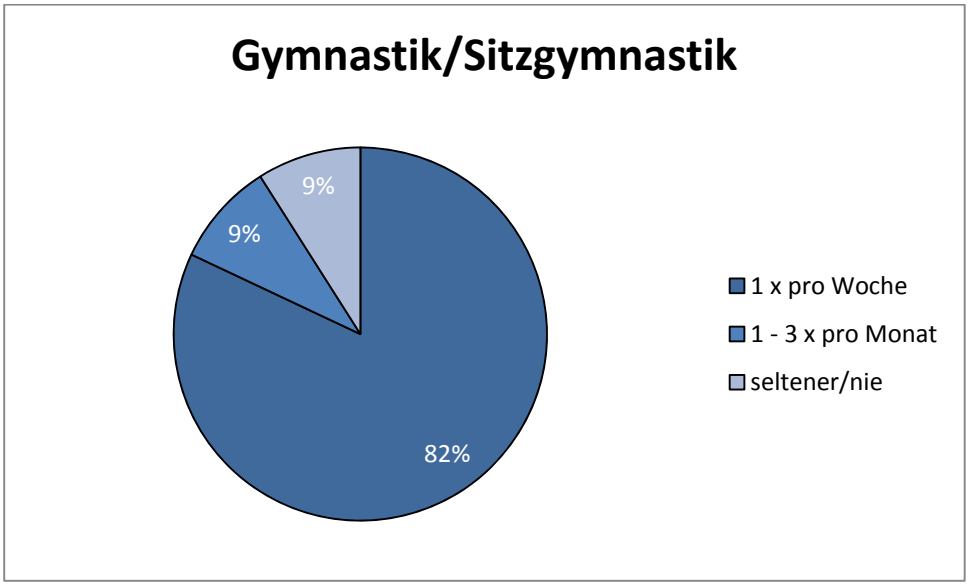

Abbildung 21: Angebote der Bewegungsförderung - Gymnastik/ Sitzgymnastik

Sport und Spiele werden häufiger in traditioneller Form als mit Unterstützung einer Spielekonsole angeboten (Abbildung 22-23). 65% bieten Spiele in traditioneller Form wöchentlich an, 20% hingegen nur Spiele mit einer Konsole. 71% bieten nie Spiele mit einer Spielekonsole an.

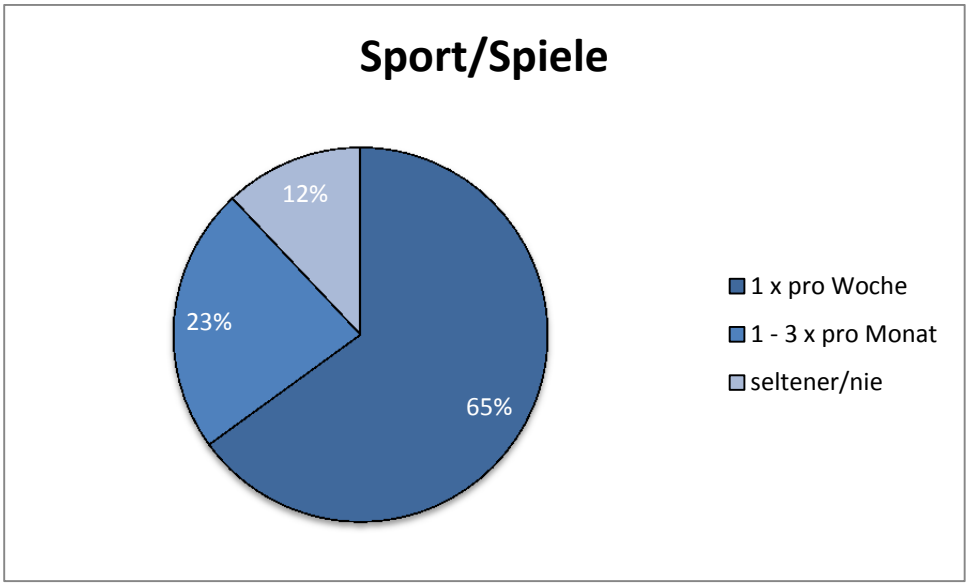

Abbildung 22: Angebote der Bewegungsförderung - Sport und Spiele

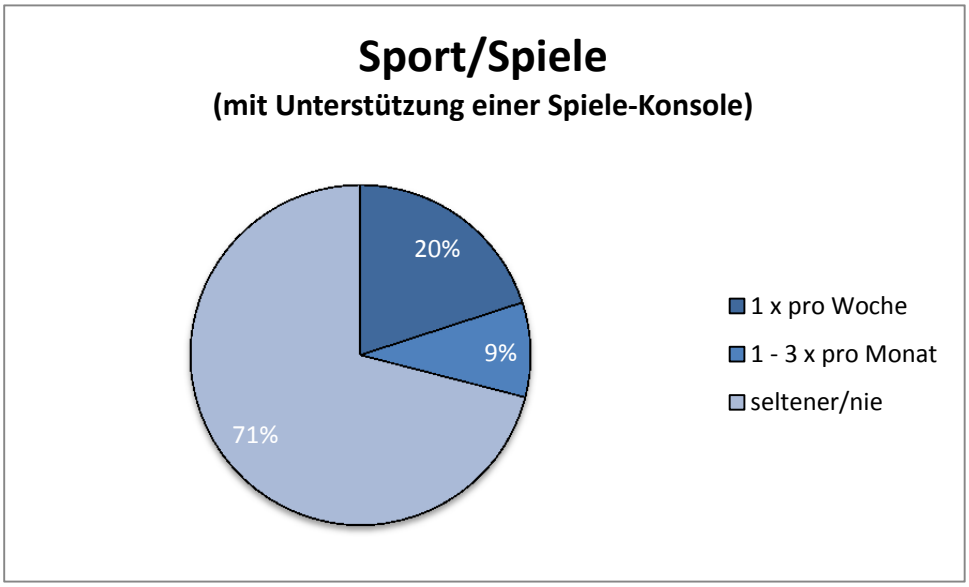

Abbildung 23: Angebote der Bewegungsförderung - Spiele mit einer Konsole

Ebenfalls eher selten werden Tanzangebote gemacht. Tanz oder Sitztanz werden nur in 30% der Wohnbereiche wöchentlich angeboten (Abbildung 24). Ein Tanzcafé veranstalten 65% selten oder nie (Abbildung 25).

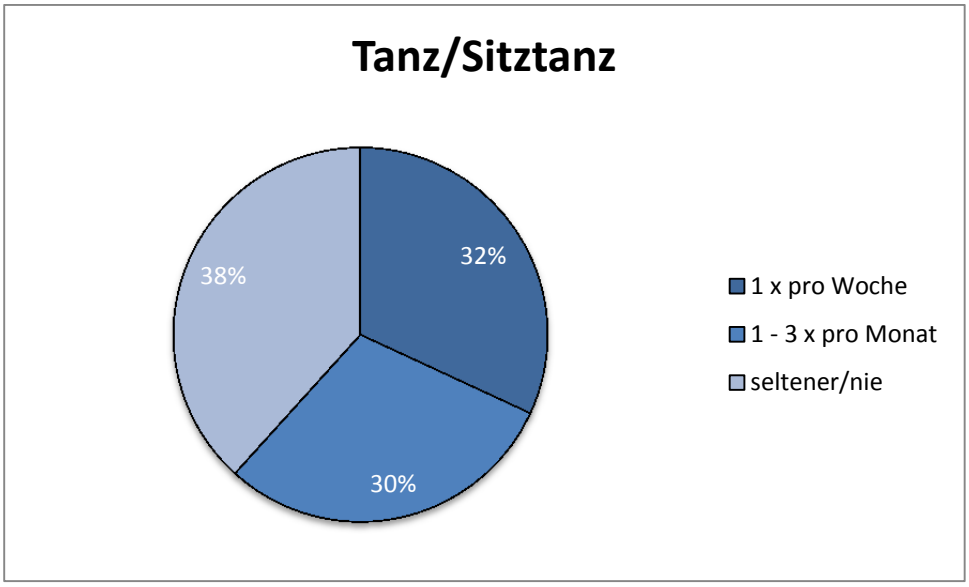

Abbildung 24: Angebote der Bewegungsförderung - Tanz/ Sitztanz

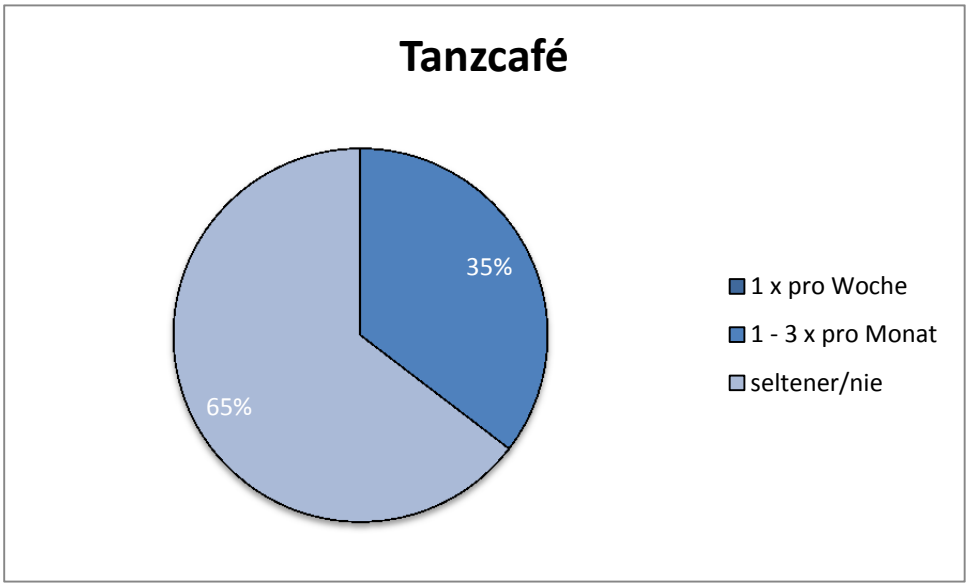

Abbildung 25: Angebote der Bewegungsförderung - Tanzcafé

Umsetzung von Bewegungsförderung

Die Häufigkeit der Wahrnehmung von Aktivitäten der Bewegungsförderung unterscheidet sich nicht zwischen Bewohnern mit und ohne kognitive Einschränkungen. Auch in der Wahrnehmung der unterschiedlichen Angebote zeigten sich kaum Unterschiede (siehe Abbildung 26).

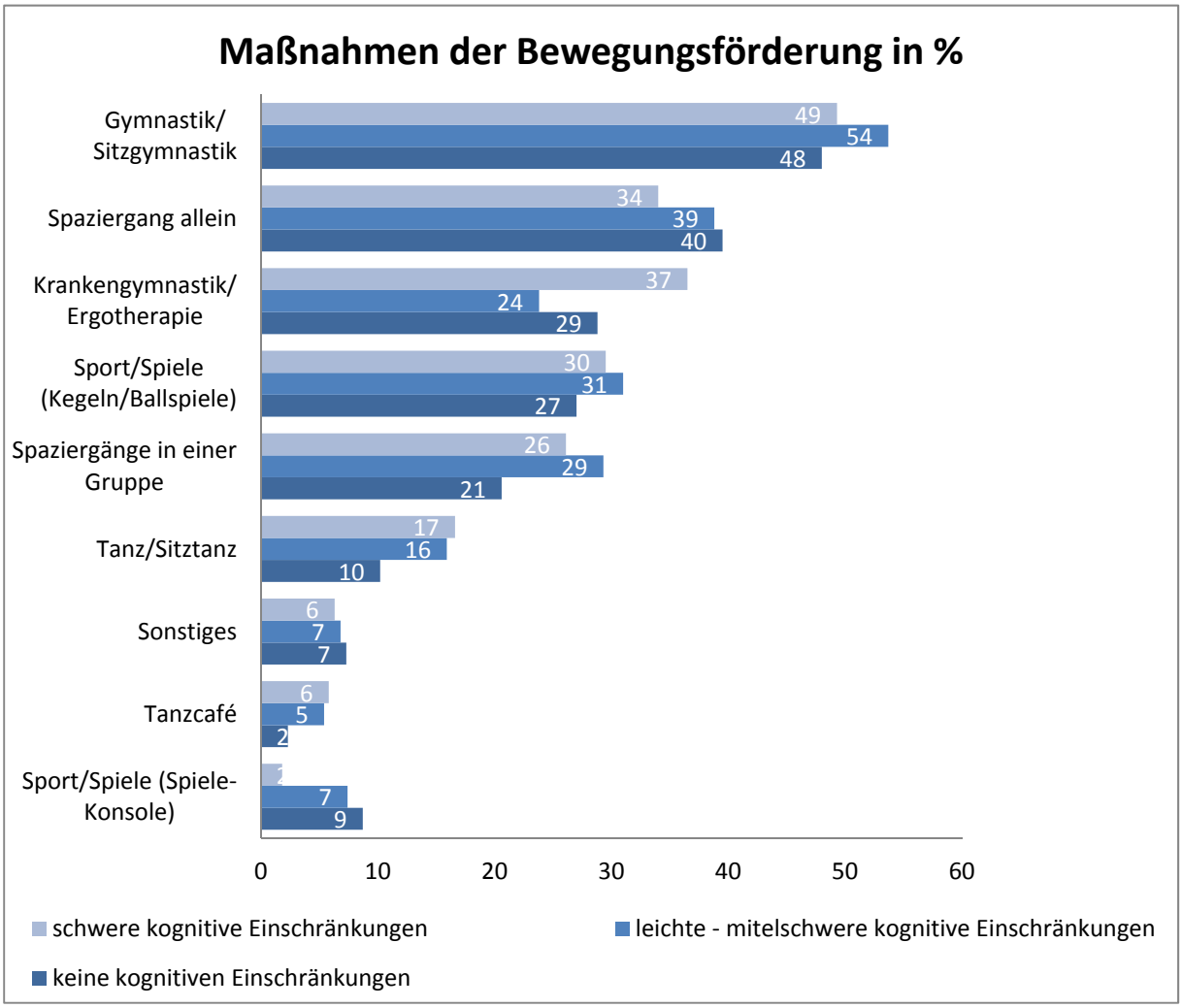

Abbildung 26: Teilnahme an Aktivitäten der Bewegungsförderung in Abhängigkeit von der kognitiven Einschränkung

Die Ergebnisse zeigen, dass Bewohner ohne Demenz sich häufiger draußen aufhalten. Nur wenige Bewohner mit schwerer Demenz waren täglich an der frischen Luft, der größte Teil war jedoch ca. ein- bis dreimal Woche draußen. Bewohner ohne Demenz sind zu einem großen Teil täglich oder mehrmals täglich draußen, nur wenige kommen gar nicht an die frische Luft (Abbildung 27).

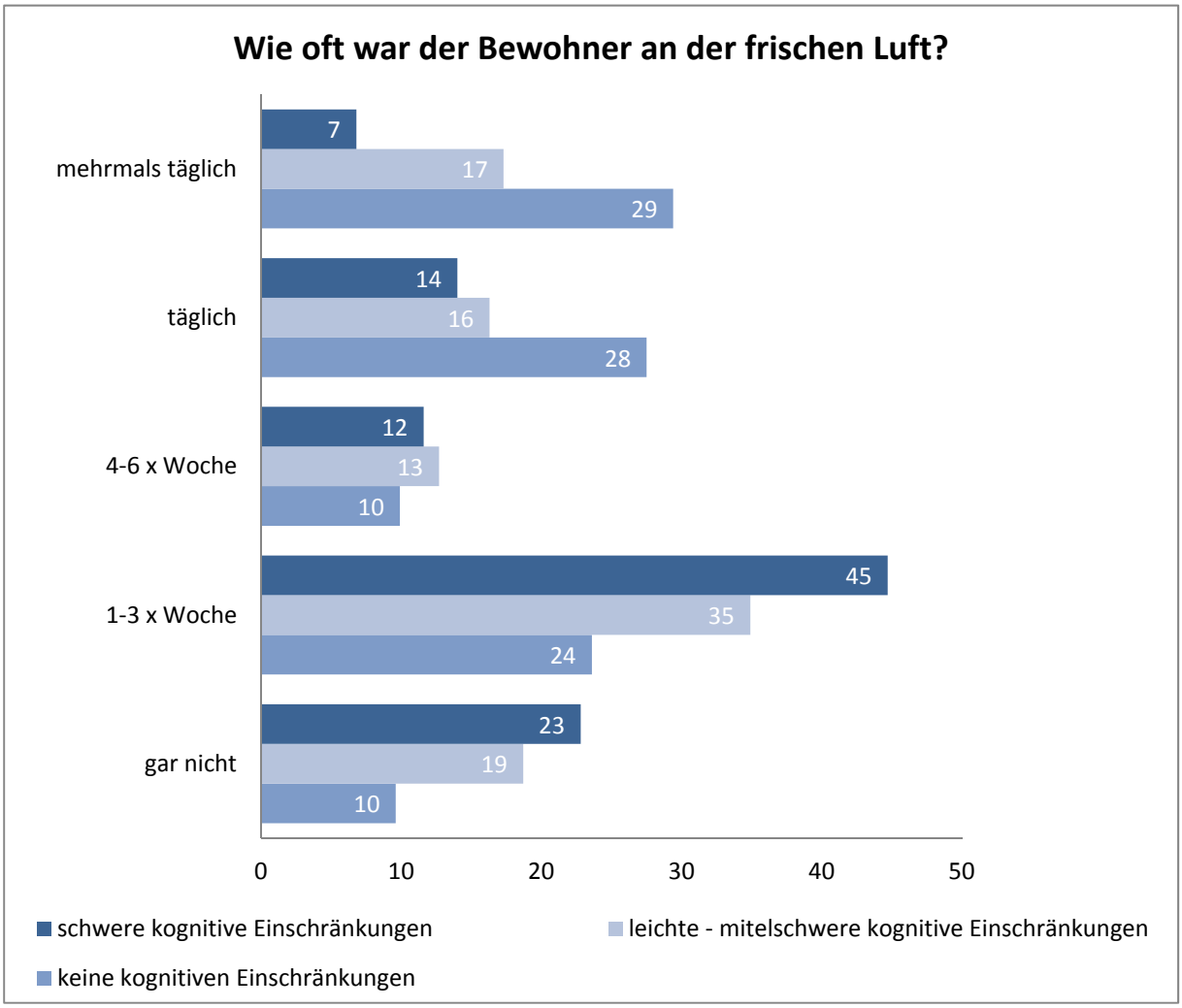

Abbildung 27: Häufigkeiten von Aufenthalten an der frischen Luft in Abhängigkeit der Demenzschwere

7. Gesamtzusammenfassung

Ziel dieses Berichts ist die deskriptive Darstellung der Versorgungsstruktur stationärer Altenhilfeeinrichtungen in Deutschland mit dem Fokus auf die Umsetzung demenzspezifischer Wohn- und Betreuungskonzepte, insbesondere der in der vom Bundesministerium für Gesundheit 2007 veröffentlichten Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausfordernden Verhalten bei Menschen mit Demenz in stationären Altenhilfeeinrichtungen (Bartholomeyczik S. et al., 2007). Folgende Fragestellungen waren für die Analyse der Daten leitend:

Wie erfolgt die Versorgung von Menschen mit Demenz in Einrichtungen der stationären Altenhilfe?

- Welche demenzspezifischen Wohnkonzepte werden umgesetzt? Bestehen Unterschiede in Bezug auf Strukturmerkmale zwischen Wohnbereichen mit verschiedenen Wohnkonzepten?
- Welche Betreuungskonzepte und pflegerischen Interventionen werden bei den Bewohnern umgesetzt, bzw. angewendet? Gibt es Unterschiede zwischen Bewohnern mit und ohne kognitive Einschränkungen in Bezug auf die Anwendung der Maßnahmen?

Die dargestellten Ergebnisse des DemenzMonitors müssen vor dem Hintergrund der angewendeten Methodik und der damit verbundenen Einschränkungen diskutiert werden. Die teilnehmenden Einrichtungen sind eine Gelegenheitsstichprobe, d.h. die Ergebnisse sind nicht auf die gesamte Population von stationären Altenhilfeeinrichtungen und ihrer Bewohner übertragbar. So können die teilnehmenden Einrichtungen nicht als repräsentativ für das Bundesgebiet gelten, da einige Bundesländer nicht, dafür andere überproportional häufig vertreten waren. Die Ergebnisse sind ebenfalls nicht repräsentativ für Einrichtungen privater Träger, da wenige dieser Einrichtungen teilgenommen haben. Die Ergebnisse müssen ebenfalls vor dem Hintergrund diskutiert werden, dass die Größe der Einrichtungen nicht repräsentativ ist: Ein Großteil der Einrichtungen weist eine Platzanzahl auf, die ca. doppelt so hoch ist wie der Einrichtungen im Bundesdurchschnitt. Ein weiterer Faktor, der berücksichtigt werden muss, sind die Kosten der teilnehmenden Einrichtung für einen Pflegeplatz. Ein nicht unwesentlicher Anteil der Einrichtungen hat höhere Pflegesätze verhandelt, als der durchschnittliche Satz des Bundesgebiets beträgt.

In Bezug auf die Personalausstattung kann davon ausgegangen werden, dass diese denen repräsentativer Stichproben gleicht. Die Ergebnisse legen jedoch nahe, dass ein höherer Anteil an Mitarbeitern eine Weiterbildung zur Fachkraft für Gerontopsychiatrie absolviert hat. Die Bewohnerstruktur der Einrichtung ist in Bezug auf die Pflegestufenverteilung mit anderen Einrichtungen im Bundesgebiet vergleichbar.

Bei der Ergebnisinterpretation ist des Weiteren zu berücksichtigen, dass die Ergebnisse auf quantitativ erhobenen Daten beruhen. Damit bieten sie einen groben Überblick über die Häufigkeit der Umsetzung von Konzepten und Interventionen, sie erlauben aber keinen Rückschluss auf die Qualität dieser.

Wohnkonzepte

Die Ergebnisse des DemenzMonitors zeigen, dass segregative Wohnbereiche, in denen ausschließlich Menschen mit Demenz leben, weit verbreitet sind. Knapp die Hälfte der Einrichtungen bieten diese Wohnbereiche an und mehr als die Hälfte der teilnehmenden Bewohner mit schweren kognitiven Einschränkungen leben in diesen Wohnbereichen. Die Daten zeigen weiterhin, dass die Regelungen zur Finanzierung und Belegung der Wohnbereiche uneinheitlich sind: Während einige Wohnbereiche einen erhöhten Pflegesatz verhandelt haben, zahlt man in anderen Einrichtungen den gleichen Preis wie auf einem herkömmlichen Wohnbereich. Auch die Auswahl der Bewohner für diese Wohnbereiche erfolgt nicht immer nach festgelegten Kriterien; falls dies der Fall ist, unterschieden sich diese zwischen den Einrichtungen.

Ein Kernaspekt von Wohnkonzepten für Menschen mit Demenz ist die Schaffung einer häuslichen Atmosphäre und die Vermeidung eines Institutionscharakters (Dürrmann, 2005). Die Umgebungsgestaltung und Fragen der Zubereitung der Mahlzeiten werden aus diesem Grund häufig in demenzspezifischen Wohnkonzepten entsprechend berücksichtigt. In Bezug auf diesen Aspekt ließen sich bei den teilnehmenden Einrichtungen geringe Unterschiede zwischen integrativen und segregativen Wohnbereichen feststellen. Weder die Organisation der Mahlzeitenzubereitung noch des Servierens dieser haben sich merklich unterschieden. Hinsichtlich der Möblierung des Wohnbereichs und der Möglichkeit, eigene Möbel und Haustiere mit in die Einrichtung zu bringen, ließen sich ebenfalls keine Unterschiede feststellen. Die segregativen Wohnbereiche wurden jedoch fast ausschließlich für Menschen mit Demenz gebaut oder umgebaut, sodass der Schluss nahe liegt, dass die Architektur dieser Wohnbereiche den Bedürfnissen der Menschen angepasst ist. Wie dies erfolgt ist, wurde jedoch im Rahmen der Studie DemenzMonitor nicht erfasst. Auffällig war, dass segregative Wohnbereiche einen niedrigeren Anteil an Einzelzimmer aufwiesen und dementsprechend Bewohner dieser Wohnbereiche seltener in Einzelzimmern lebten. Hier war auch ein Zusammenhang mit der Stärke der kognitiven Einschränkung sichtbar: Menschen mit schweren kognitiven Einschränkungen lebten häufiger in Doppel- oder Mehrbettzimmern.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass sowohl Einrichtungen mit als auch ohne einen Demenzwohnbereich Elemente implementiert haben, die eine häusliche Atmosphäre unterstützen

und einen Institutionscharakter vermeiden sollen, wie z.B. die Möblierung mit Möbeln aus privatem Gebrauch und die Zubereitung von Mahlzeiten auf dem Wohnbereich.

Betreuungskonzepte

Nahezu alle Einrichtungen weisen ein demenzspezifisches Betreuungskonzept auf, in dem etablierte theoretische Konzepte verankert sind. Das Konzept der Validation scheint hierbei am stärksten Berücksichtigung zu finden. In den Konzepten wird weiterhin eine große Bedeutung der Tagesstrukturierung sowie der festen Zuordnung des Personals zu den Wohnbereichen beigemessen.

Fallbesprechungen haben in den teilnehmenden Einrichtungen des DemenzMonitors einen hohen Verbreitungsgrad. Die Fallbesprechungskonzepte erfüllen dabei mehrheitlich die Empfehlungen zur Durchführung einer Fallbesprechung: Sie sind im Konzept multidisziplinär angelegt, da Vertreter verschiedener Berufsgruppen zu den Fallbesprechungen eingeladen werden. Pflege-, Betreuungs- und therapeutisches Personal spielen hier eine weitaus wichtigere Rolle als Ärzte. In vielen Einrichtungen ist vorgesehen, dass auch die Bewohner oder ihre Angehörigen an den Fallbesprechungen teilnehmen. Es ist vorgesehen, dass Fallbesprechungen protokolliert und evaluiert werden und ohne Unterbrechungen ablaufen. Die Bewohnererhebung zeigte, dass für die Mehrheit der Bewohner eine Fallbesprechung seit ihrem Einzug durchgeführt wurde; tendenziell traf dies stärker auf Bewohner mit schweren kognitiven Einschränkung zu als auf Bewohner ohne kognitive Einschränkungen. Bei der Umsetzung der Fallbesprechung fiel auf, dass einige in den Konzepten benannten Merkmale oftmals doch nicht umgesetzt werden konnten: So nahmen Bewohner oder ihre Angehörigen nur selten an den Fallbesprechungen teil, ebenso ärztliches Personal. Dies galt insbesondere für Bewohner mit schweren kognitiven Einschränkungen.

In Bezug auf die Anwendung von standardisierten Assessmentinstrumenten für die Erfassung von Schmerzen, Verhalten und Lebensqualität wurde festgestellt, dass eine Vielzahl von Instrumenten in der Praxis Anwendung findet; zum Teil werden auch verschiedene Instrumente zur Erfassung eines Phänomens innerhalb einer Einrichtung genutzt. In einigen Einrichtungen werden selbst entwickelte Instrumente genutzt, obwohl diese in der Regel nicht in Bezug auf deren Zuverlässigkeit getestet sind. Für die Mehrheit aller Bewohner erfolgte die Erfassung von Schmerzen; zu einem großen Teil wurden für Menschen mit schweren kognitiven Einschränkungen Fremdeinschätzungsinstrumente zur Erfassung genutzt. Die Erfassung des Verhaltens der Bewohner mit einem standardisierten Instrument wurde bei den Bewohnern der teilnehmenden Einrichtungen noch eher selten umgesetzt. Eine Erfassung erfolgte jedoch häufiger bei Bewohnern mit schweren kognitiven Einschränkungen. Auch die Erfassung der Lebensqualität mit einem standardisierten Instrument wurde bei nur einem

Drittel der Bewohner durchgeführt, ebenfalls jedoch häufiger bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen.

Die empfohlenen Interventionen Erinnerungspflege, multisensorische Stimulation und Bewegungsförderung werden alle in der Praxis angewendet. Das für die Erinnerungspflege essentielle Biographieassessment wurde bei nahezu allen Bewohnern der Stichprobe vorgehalten. Multisensorische Stimulation wurde bei der Mehrheit der Bewohner in Form von Hören von Musik und Basaler Stimulation umgesetzt; die tiergestützte Intervention hat ebenfalls einen hohen Verbreitungsgrad. Andere Möglichkeiten der multisensorischen Stimulation wie z.B. Massagen oder Snoezelen wurden eher selten angewendet. Von den Bewegungsförderungsangeboten wurden Spaziergänge, Gymnastik und Spiele auf den Wohnbereichen häufiger angeboten als Tanzangebote. Von den Bewohnern wurden die Gymnastikangebote am häufigsten genutzt; hier konnte auch kein Unterschied zwischen Bewohnern mit und ohne kognitive Einschränkungen festgestellt werden.

Das Kommunikationskonzept Validation wurde ebenfalls häufig bei den Bewohnern umgesetzt; dies erfolgte im Rahmen der Alltagskommunikation oder als Krisenintervention, aber nicht in Einzel- oder Gruppensitzungen.

Ausblick

Die teilnehmenden Einrichtungen der stationären Altenhilfe haben ihr Angebot stark auf die Versorgung von Menschen mit Demenz ausgerichtet und berücksichtigen die besonderen Bedürfnisse dieser Menschen sowohl in Bezug auf das Wohn- als auch das Betreuungskonzept.

Die Erhebung zeigt, dass demenzspezifische Wohnbereiche, in denen ausschließlich Menschen mit Demenz leben, weit verbreitet sind. Es bleibt jedoch die Frage offen, ob und in wie fern sich die Versorgung von Menschen mit Demenz auf diesen Wohnbereichen im Vergleich zu integrativen Wohnbereichen unterscheidet. Des Weiteren wird die Frage aufgeworfen, ob sich die gefundenen strukturellen Unterschiede zwischen den demenzspezifischen Wohnbereichen auf die Versorgung der Bewohner auswirken.

Die Ergebnisse zur Durchführung empfohlener Interventionen lassen die Vermutung zu, dass sich einige Interventionen in der Praxis bereits stark verbreitet haben. Hier schließt sich die Frage an, ob die Durchführung dieser Interventionen eine positive Auswirkung auf die Bewohner hat und ob sich dies in Form einer verbesserten Lebensqualität nachweisen lässt.

8. Literatur

Bartholomeyczik S., Halek M., Sowinski C., Besselmann K., Dürrmann P., Haupt M., . . . Zegelin A. (2007). *Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit (BMG).

Brüggemann, J. B., U.;Eben,E.;Fleer,B.;Gerber,H.;Kurzmann,K.;Ziegert,S.;Lübke,N.;. (2009). *Grundsatzstellungnahme Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen*. Essen.

Brune-Cohrs, U., Juckel, G., & Schröder, S. G. (2007). Qualität der Demenzdiagnostik im Seniorenheim. *Z Arztl Fortbild Qualitatssich, 101*(9), 611-615.

Buscher, I., Reuther, S., Holle, D., Bartholomeyczik, S., Vollmar, H. C., & Halek, M. (2012). Das kollektive Lernen in Fallbesprechungen. Theoretische Ansätze zur Reduktion herausfordernden Verhaltens bei Menschen mit Demenz im Rahmen des Projektes FallDem. *Pflegewissenschaft, 03*(12), 168-178. doi: 10.3936/1144

Diakonisches Werk Württemberg (Hrsg.), & Bär, M. (2010). *Demenzkranke Menschen im Pflegeheim besser begleiten. Arbeitshilfe für die Entwicklung und Umsetzung von Pflege- und Betreuungskonzepten.* Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.

Dichter, M., Bartholomeyczik, S., Nordheim, J., Achterberg, W., & Halek, M. (2011). Validity, reliability, and feasibility of a quality of life questionnaire for people with dementia. *Z Gerontol Geriatr, 44*(6), 405-410. doi: 10.1007/s00391-011-0235-9

Dichter, M., Halek, M., & Bartholomeyczik, S. (2014). Lebensqualitätsinstrumente. *PADUA, 9*(5), 279–286. doi: 10.1024/1861-6186/a000212

Dichter, M. N., Dortmann, O., Halek, M., Meyer, G., Holle, D., Nordheim, J., & Bartholomeyczik, S. (2013). Scalability and internal consistency of the German version of the dementia-specific quality of life instrument QUALIDEM in nursing homes - a secondary data analysis. *Health Qual Life Outcomes, 11*, 91. doi: 10.1186/1477-7525-11-91

Dürrmann, P. (2005). *Besondere stationäre Dementenbetreuung II. Konzepte, Kosten, Konsequenzen.* Hannover: Vincentz Network.

Ettema, T. P., Droes, R. M., de Lange, J., Mellenbergh, G. J., & Ribbe, M. W. (2007). QUALIDEM: development and evaluation of a dementia specific quality of life instrument-validation. *Int J Geriatr Psychiatry, 22*(5), 424-430. doi: 10.1002/gps.1692

Fischer, T. (2012). *Schmerzeinschätzung bei Menschen mit schwerer Demenz - Das Beobachtungsinstrument für das Schmerzassessment bei alten Menschen mit schwerer Demenz (BISAD)* Bern: Verlag Hans Huber.

Fleming, R., & Purandare, N. (2010). Long-term care for people with dementia: environmental design guidelines *Int Psychogeriatr* (Vol. 22, pp. 1084-1096). England.

GKV-Spitzenverband. (2014). Betreuungskräfte nach § 87 b SGB XI. Bezogen am: 17.02., 2014, unter: http://www.gkv-

spitzenverband.de/pflegeversicherung/beratung_und_betreuung/betreuungskraefte_nach_87_b_sgb_xi/betreuungskraefte_nach_87_b_sgb_xi.jsp

GKV Spitzenverband. (2006). Abschlussbericht zum Modellprojekt "Ehrenamt in der Pflege". Siegburg.

Hanns, S., Born, A., Nickel, W., & Brähler, E. (2010). Versorgungsstrukturen in stationären Pflegeeinrichtungen. Eine Untersuchung in Leipziger Pflegeheimen. *Z Gerontol Geriatr*, 1-6. doi: DOI 10.1007/s00391-010-0145-2

Holle, D., Krüger, C., Halek, M., Sirsch, E., & Bartholomeyczik, S. (2015). Experiences of nursing staff using dementia-specific case conferences in nursing homes *Am J Alzheimers Dis Other Demen* (Vol. 30, pp. 228-237). United States.

Kaufer, D. I., Cummings, J. L., Ketchel, P., Smith, V., MacMillan, A., Shelley, T., . . . DeKosky, S. T. (2000). Validation of the NPI-Q, a brief clinical form of the Neuropsychiatric Inventory. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci, 12*(2), 233-239.

Köhler, L., Schäufele, M., Hendlmeier, I., & Weyerer, S. (2010). Praktikabilität und Reliabilität eines Pflege- und Verhaltensassessments (PVA) für stationäre Einrichtungen. *Klinische Diagnostik und Evaluation, 3*, 294-321.

Köhler, L., Weyerer, S., & Schäufele, M. (2007). Proxy screening tools improve the recognition of dementia in old-age homes: results of a validation study. *Age Ageing, 36*(5), 549-554. doi: afm108 [pii] 10.1093/ageing/afm108

Kuhlmey, A. B. S. (2015). Pflegebedürftigkeit: Herausforderung für spezifische Wohn- und Versorgungsformen - eine Einführung in das Thema In K. K. Jacobs, A.;Greß,S.;Schwinger,A. (Ed.), *Pflegereport 2015* (pp. 3-14). Stuttgart: Schattauer GmbH.

Lawton, P. M., & Brody, E. M. (1969). Assessement of Older People: Self - Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. *Gerontologist, 9*(3), 179-186.

Leptihn, T. (2004). *Pflegekonzepte in der Gerontopsychiatrie. Entwicklung und Umsetzung in der Altenpflege mit Erstellung einer speziellen Leistungs- und Qualitätsvereinbarung.* Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.

Lukas, A., Schuler, M., Fischer, T. W., Gibson, S. J., Savvas, S. M., Nikolaus, T., & Denkinger, M. (2012). Pain and dementia: a diagnostic challenge. *Z Gerontol Geriatr, 45*(1), 45-49. doi: 10.1007/s00391-011-0272-4

Luppa, M., Luck, T., Weyerer, S., Konig, H. H., Brahler, E., & Riedel-Heller, S. G. (2010). Prediction of institutionalization in the elderly. A systematic review. *Age Ageing, 39*(1), 31-38. doi: 10.1093/ageing/afp202

Marquardt, G., & Schmieg, P. (2009). Demenzfreundliche Architektur. Möglichkeiten zur Unterstützung der räumlichen Orientierung in stationären Altenpflegeeinrichtungen. *Z Gerontol Geriatr, 42*(5), 402-407. doi: 10.1007/s00391-008-0029-x

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (2014). *Qualitätsprüfungs-Richtlinien - Transparenzvereinbarungen. Grundlagen der Qualitätsprüfungen nach den §§ 114 ff SGB XI in der stationären Pflege.* Essen/Berlin:

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. / GKV Spitzenverband.

Palm, R., Bartholomeyczik, S., Roes, M., & Holle, B. (2014). Structural characteristics of specialised living units for people with dementia: a cross-sectional study in German nursing homes. *Int J of Ment Health Syst, 8*(39). doi: 10.1186/1752-4458-8-39

Palm, R., Köhler, K., Bartholomeyczik, S., & Holle, B. (2014). Assessing the application of non-pharmacological interventions for people with dementia in German nursing homes: feasibility and content validity of the dementia care questionnaire (DemCare-Q) *BMC Res Notes* (Vol. 7, pp. 950). England.

Palm, R., Köhler, K., Dichter, M. N., Bartholomeyczik, S., & Holle, B. (2013). Entwicklung, Umsetzung und Evaluation pflegerischer Interventionen für Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe in Deutschland - eine Literaturstudie. [Development, application and evaluation of nursing interventions for people with dementia in nursing homes in Germany - a literature review]. *Pflege, 26*(5), 337-355. doi: 10.1024/1012-5302/a000317

Palm, R., Kohler, K., Schwab, C. G., Bartholomeyczik, S., & Holle, B. (2013). Longitudinal evaluation of dementia care in German nursing homes: the "DemenzMonitor" study protocol. *BMC Geriatr, 13*(1), 123. doi: 10.1186/1471-2318-13-123

Planer, K. (2010). *Haus- und Wohngemeinschaften*. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.

Reuther, S., Dichter, N. M., Buscher, I., Vollmar, H. C., Holle, D., Bartholomeyczik, S., & Halek, M. (2012). Case conferences as interventions dealing with the challenging behavior of people with dementia in nursing homes: a systematic review. *Int Psychogeriatrics*, 14. doi: 10.1017/S1041610212001342

Rothgang, H. K., T;Müller,R.;Runte,R.;Unger,R. (2015). *BARMER GEK Pflegereport 2015*. Berlin: Barmer GEK.

Schäufele, M., Köhler, L., Hendlmeier, I., Hoell, A., & Weyerer, S. (2013). Prävalenz von Demenzen und ärztliche Versorgung in deutschen Pflegeheimen: eine bundesweite repräsentative Studie. *Psych Praxis, 40*(04), 200-206. doi: 10.1055/s-0033-1343141 M4 - Citavi

Schäufele, M., Köhler, L., Lode, S., & Weyerer, S. (2009). Menschen mit Demenz in stationären Altenpflegeeinrichtungen: aktuelle Versorgungssituation. In U. Schneekloth & H. W. Wahl (Eds.), *Pflegebedarf und Versorgungssituation bei älteren Menschen in Heimen. Demenz, Angehörige und Freiweillige, Beispiele für "Good Practice".* (pp. 159-219). Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Schneekloth, U., & Törne, I. (2009). Entwicklungstrends in der stationären Versorgung - Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung. In U. Schneekloth & H. W. Wahl (Eds.), *Pflegebedarf und Versorgungssituation bei älteren Menschen in Heimen.* (pp. 43-157). Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Schneekloth, U., & Wahl, H. W. (Eds.). (2009). *Pflegebedarf und Versorgungssituation bei älteren Menschen in Heimen. Demenz, Angehörige und Freiwillige, Beispiele für "Good Practice".* (1st ed.). Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Statistisches Bundesamt. (2013). *Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung.* Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt. (2015). *Pflegestatistik 2013. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Wingenfeld, K., Kleina, T., Franz, S., Engels, D., Mehlan, S., & Engel, H. (2011). Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe - Abschlussbericht (pp. 326). Bielefeld, Köln: Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) und Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik GmbH (ISG).