



universität  
wien

# Diplomarbeit

Titel der Arbeit

Das Belastungserleben von Pflegepersonen im Umgang mit  
Demenzpatienten auf Demenzstationen im Vergleich zur  
traditionellen Langzeitpflege –

Betrachtung des Belastungserleben, der Pflegekonzepte und  
der Berücksichtigung der Autonomie des Patienten

Verfasserin

Birgit O'Sheedy

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, im Jänner 2009

Studienkennzahl: 298

Studienrichtung: Psychologie

Betreuer: Ao.Univ.-Prof. Dr. Germain Weber



## DANKSAGUNG

Diese Arbeit würde ohne die Hilfe von sehr vielen und äußerst liebenswerten Menschen gar nicht existieren.

Deshalb möchte ich ein herzliches Dankeschön an Maria Hrnčir richten, die sich bereit erklärte, mit mir gemeinsam in einem Team zu arbeiten um diese Diplomarbeit in diesem Umfang erst möglich zu machen. Es war wirklich eine aufregende und schöne Zeit, die wir zusammen verbracht haben. Vielen lieben Dank Maria!

Bedanken möchte ich mich auch bei meinem Betreuer Ao.Univ.-Prof. Dr. Germain Weber und den Studienassistentinnen Elisabeth Zeilinger und Mag. Barbara Brehmer.

Dank gebührt auch den Stationsleitungen und dem Pflegepersonal des Geriatriezentrum am Wienerwald, dem SeneCura Sozialzentrum in Grafenwörth, dem Haus der Barmherzigkeit in der Tokiostraße bzw. in der Seeböckgasse, die unsere Fragebögen ausgefüllt haben und sich Zeit für uns genommen haben. Ein ganz besonderes Dankeschön geht auch an die psychologisch-psychotherapeutische Ambulanz im GZW und an Herrn Reda und seinem Team von der Demenzstation, die uns sehr mit ihrem Fachwissen geholfen haben.

Ein besonderes und von tiefstem Herzen kommendes Dankeschön möchte ich an meine Familie richten. Ohne sie hätte ich wahrscheinlich die Hürden bis zur Diplomarbeit nicht überwinden können und wäre jetzt gar nicht an diesem Punkt in meinem Leben. Ich weiß nicht wie viele Male mir mein Ehemann Dan zugehört hat, mich aufgemuntert hat, mir Mut zugesprochen hat und keine Sekunde an mir gezweifelt hat, obwohl ich nicht immer der fröhlichste und einfachste Mensch war. Er hat mich mit seinen selbstkomponierten Liedern, Gedichten, Comics und seinen aufmunternden Emails wirklich verwöhnt und mich immer wieder zum Lachen gebracht und mich ermutigt, weiter zu machen. Auch an meine Eltern und an meinen Bruder möchte ich ein inniges Dankeschön richten. Meinen Eltern verdanke ich vor allem, dass sie mich seit meiner Kindheit in meinen Träumen unterstützen und mir bis zum heutigen Tag helfen, meine Träume zu verwirklichen. Und natürlich auch, dass sie jederzeit für mich da sind und mir mit Rat und Tat zur Seite stehen. Meinem Bruder Hanno verdanke ich vor allem, dass er mir mit seiner lockeren und fröhlichen Art, meine Sorgen oft in ein helleres und farbenfroheres Licht rückte und ich oft einfach entspannen konnte.

Vielen lieben Dank auch an Kathi Schmiderer, die nicht nur eine tolle Freundin ist und mich mit „Anti-Diplomarbeitstress-Geschenken“ verwöhnte, sondern die auch seit Jahren mit mir durch Dick und Dünn geht und immer ein offenes Ohr für meine Anliegen hat. Und unsere gemeinsamen Lernaktionen werden immer ein Highlight in meinen Studienerinnerungen sein.

**VIELEN LIEBEN DANK!**

Selig, die Verständnis zeigen für meinen stolpernden Fuß und meine lahrende  
Hand.

Selig, die begreifen, dass mein Ohr sich anstrengen muss, um aufzunehmen, was  
man zu mir spricht.

Selig, die wissen, dass meine Augen trüb und meine Gedanken träge sind.

Selig, die mit freundlichem Lachen verweilen, um ein wenig mit mir zu  
plaudern.

Selig, die niemals sagen: „Das haben Sie mir heute schon zwei Mal erzählt!“

Selig, die verstehen, Erinnerungen an frühere Zeiten in mir wachzurufen.

Selig, die mich erfahren lassen, dass ich geliebt, geachtet und nicht allein  
gelassen bin.

**Selig, die mir Lebendigkeit schenken, weil ich sein darf wie ich bin.**

(Aus Afrika)



# Inhaltsverzeichnis

<b>DANKSAGUNG</b>	<b>3</b>
<b>INHALTSVERZEICHNIS</b>	<b>7</b>
<b>1 EINLEITUNG</b>	<b>11</b>
<b>2 ÜBERBLICK</b>	<b>13</b>
<b>3 DEMENZERKRANKUNGEN</b>	<b>14</b>
3.1 SYMPTOMATIK UND VERHALTENSANFÄLLIGKEITEN	14
3.2 KLINISCHE ERSCHEINUNGSBILDER DER DEMENZERKRANKUNG	15
3.2.1 DEMENZ VOM ALZHEIMER'SCHEN TYP (DAT)	16
3.2.2 VASKULÄRE DEMENZ	17
3.2.3 SELTENERE DEMENZERKRANKUNGEN	19
3.3 BEHANDLUNG VON DEMENZKRANKEN PATIENTEN	19
3.4 BESONDERE ANFORDERUNGEN AN DIE BETREUUNGSSITUATION (UMFELD UND ZEITAUFWAND) UND DEREN AUSWIRKUNGEN AUF DIE BETREUUNGSFORM	21
3.5 VERSORGUNG VON DEMENZKRANKEN PATIENTEN	27
3.5.1 DEMENZSTATIONEN („SPECIAL CARE UNITS“)	27
3.5.2 DAS INTERDISZIPLINÄRE-4-PFEILER-KONZEPT (GERIATRIEZENTRUM AM WIENERWALD)	28
3.5.3 DIE EDEN-ALTERNATIVE (SENECURA SOZIALZENTRUM GRAFENWÖRTH)	30
3.6 LANGZEITPFLEGE	32
3.7 VERGLEICH DEMENZSTATION/LANGZEITPFLEGE	34
<b>4 STRESS UND BELASTUNG</b>	<b>37</b>
4.1 ALLGEMEINE THEORIEN ZU STRESS UND BELASTUNG AM ARBEITSPLATZ	37
4.2 STRESS IM PFLEGEBERUF	42
4.3 DAS BELASTUNGSERLEBEN VON PFLEGEPERSONEN IM UMGANG MIT DEMENZKRANKEN PATIENTEN	46

<b>5</b>	<b><u>PFLEGEKONZEPTE</u></b>	<b>49</b>
<b>5.1</b>	<b>PERSONENZENTRIERTE ANSÄTZE IM UMGANG MIT AN DEMENZ ERKRANKTEN MENSCHEN</b>	<b>49</b>
5.1.1	DER ANSATZ VON TOM KITWOOD UND DIE DEMENTIA CARE MAPPING METHODE	49
5.1.2	DER ANSATZ VON NAOMI FEIL – VALIDATION	53
5.1.3	DER ANSATZ VON ERWIN BÖHM – DAS PSYCHOBIOGRAPHISCHE PFLEGEMODELL	57
5.1.4	DAS MÄEUTISCHE PFLEGEKONZEPT	58
<b>5.2</b>	<b>KOGNITIVE BEHANDLUNGSANSÄTZE</b>	<b>59</b>
5.2.1	DAS REALITÄTS-ORIENTIERUNGS-TRAINING (ROT)	59
5.2.2	DIE REMINISZENZ- ODER ERINNERUNGSTHERAPIE	61
<b>5.3</b>	<b>UMSETZUNG DER KONZEPTE IN DER PRAXIS</b>	<b>62</b>
<b>6</b>	<b><u>DAS PROBLEMFELD „AUTONOMIE DES DEMENZKRANKEN PATIENTEN“</u></b>	<b>63</b>
<b>6.1</b>	<b>ALLGEMEINE EINFÜHRUNG IN DIE ETHISCHEN PROBLEME DER DEMENZ</b>	<b>64</b>
<b>6.2</b>	<b>DER BEGRIFF AUTONOMIE</b>	<b>65</b>
<b>6.3</b>	<b>DIE BEDEUTUNG DES KONSTRUKTES AUTONOMIE FÜR DIE PFLEGE</b>	<b>66</b>
<b>6.4</b>	<b>DIE NOTWENDIGKEIT DER ANPASSUNG DES AUTONOMIEBEGRIFFS IM UMGANG MIT DEMENZKRANKEN PATIENTEN</b>	<b>68</b>
<b>6.5</b>	<b>FESTLEGUNG DES AUTONOMIEVERSTÄNDNISSES IN BERUFSETHIK - KODIZES UND PFLEGELEITBILDERN</b>	<b>69</b>
<b>7</b>	<b><u>DARSTELLUNG DES UNTERSUCHUNGSANSATZES</u></b>	<b>71</b>
<b>7.1</b>	<b>HYPOTHESEN</b>	<b>71</b>
7.1.1	HYPOTHESE ZU DEN ABSOLVIERTEN FORTBILDUNGEN DES PFLEGEPERSONALS	72
7.1.2	HYPOTHESE ZUM WOHLBEFINDEN IM ARBEITSUMFELD	72
7.1.3	HYPOTHESEN PFLEGELEITBILD	72
7.1.4	HYPOTHESE ZUM ZEITAUFWAND	72
7.1.5	HYPOTHESEN ZUM BELASTUNGSERLEBEN DER PFLEGEPERSONEN (M-NCAS) UND DES KONZEPTUELLEN HINTERGRUNDES DER PFLEGE	73
7.1.6	HYPOTHESEN ZUM AUTONOMIEBEGRIFF	73
7.1.7	HYPOTHESEN ZUM ZUSAMMENHANG DER KONSTRUKTE	73
<b>7.2</b>	<b>ETHISCHE ASPEKTE</b>	<b>75</b>
<b>7.3</b>	<b>BESCHREIBUNG DES ERHEBUNGSINSTRUMENTES</b>	<b>77</b>
7.3.1	AUFBAU DES FRAGEBOGENS	77

7.3.2	FRAGEBOGENÜBERSICHT	83
<b>7.4</b>	<b>DURCHFÜHRUNG DER FRAGEBOGENERHEBUNG</b>	<b>84</b>
7.4.1	PILOTSTUDIE	84
7.4.2	DURCHFÜHRUNG	84
<b>8</b>	<b>STATISTISCHE VERFAHREN UND DATENAUFBEREITUNG</b>	<b>85</b>
<b>8.1</b>	<b>STATISTISCHE VERFAHREN</b>	<b>85</b>
<b>8.2</b>	<b>DATENAUFBEREITUNG UND HANDHABUNG VON FEHLENDEN WERTEN</b>	<b>87</b>
<b>9</b>	<b>ERGEBNISSE</b>	<b>87</b>
<b>9.1</b>	<b>BESCHREIBUNG DER STICHPROBE</b>	<b>87</b>
9.1.1	SOZIODEMOGRAPHISCHE DATEN	88
9.1.2	VERBESSERUNG DER PFLEGEQUALITÄT	90
9.1.3	INTERESSE AN FORTBILDUNGEN	91
9.1.4	VERTEILUNG UND DESKRIPTIVSTATISTIK DER ERHOBENEN ABHÄNGIGEN VARIABLEN	91
<b>9.2</b>	<b>ÜBERPRÜFUNG DER FRAGEBÖGEN</b>	<b>96</b>
9.2.1	M-NCAS/EINSTELLUNG	96
9.2.2	M-NCAS/BELASTUNG	100
9.2.3	ZUSAMMENFASSUNG M-NCAS	102
9.2.4	AUTONOMIE	103
9.2.5	PFLEGEKONZEPTE	105
<b>9.3</b>	<b>PRÜFUNG DER HYPOTHESEN: ERGEBNISSE</b>	<b>105</b>
9.3.1	ERGEBNISSE ZU DEN ABSOLVIERTEN FORTBILDUNGEN	106
9.3.2	ERGEBNISSE ZUM WOHLBEFINDEN IM ARBEITSUMFELD	106
9.3.3	ERGEBNISSE ZUM PFLEGELEITBILD	107
9.3.4	ERGEBNISSE ZUM ZEITAUFWAND	107
9.3.5	ERGEBNISSE ZUM BELASTUNGSERLEBEN DER PFLEGEPERSONEN (M-NCAS) UND DES KONZEPTUELLEN	108
9.3.6	ERGEBNISSE ZUM AUTONOMIEBEGRIFF	110
9.3.7	HYPOTHESEN ZUM ZUSAMMENHANG DER KONSTRUKTE	111
<b>10</b>	<b>DISKUSSION UND INTERPRETATION DER ERGEBNISSE</b>	<b>117</b>
<b>10.1</b>	<b>UNTERSCHIEDE IN DER ANZAHL DER ABSOLVIERTEN FORTBILDUNGEN</b>	<b>117</b>

<b>10.2</b>	<b>UNTERSCHIEDE BEZÜGLICH DES WOHLBEFINDENS AM ARBEITSPLATZ</b>	<b>118</b>
<b>10.3</b>	<b>UNTERSCHIEDE BETREFFEND DER VERTRAUTHEIT UND DER PERSÖNLICHEN VORSTELLUNG DES PFLEGELEITBILDES</b>	<b>118</b>
<b>10.4</b>	<b>UNTERSCHIEDE HINSICHTLICH DES ZEITAUFWANDES BEI DER PFLEGE</b>	<b>119</b>
<b>10.5</b>	<b>UNTERSCHIEDE BEZÜGLICH DES BELASTUNGSERLEBEN DER PFLEGEPERSONEN (M-NCAS) UND DES KONZEPTUELLEN HINTERGRUNDES DER PFLEGE</b>	<b>119</b>
10.5.1	ERSTELLUNG DER DEUTSCHEN VERSION DER M-NCAS	120
<b>10.6</b>	<b>UNTERSCHIEDE ZUM AUTONOMIEBEGRIFF</b>	<b>122</b>
<b>10.7</b>	<b>ZUSAMMENHÄNGE EINSTELLUNG ZUR BETREUUNG/ BELASTUNGSERLEBEN/ PFLEGEKONZEPTE INNERHALB DER STATIONSTYPEN</b>	<b>124</b>
<b>10.8</b>	<b>ZUSAMMENHÄNGE EINSTELLUNG WICHTIGKEIT AUTONOMIE UND DER EINSTELLUNG ZUR BETREUUNG/ BELASTUNGSERLEBEN/ UMSETZBARKEIT AUTONOMIE/ PFLEGEKONZEPTE INNERHALB DER STATIONSTYPEN</b>	<b>125</b>
<b>10.9</b>	<b>ZUSAMMENHÄNGE UMSETZBARKEIT DER AUTONOMIE UND EINSTELLUNG ZUR BETREUUNG/ BELASTUNGSERLEBEN/ PFLEGEKONZEPTE INNERHALB DER STATIONSTYPEN</b>	<b>126</b>
<b>10.10</b>	<b>GRAPHISCHE DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE</b>	<b>127</b>
<b><u>11</u></b>	<b><u>GRENZEN UND KRITIK</u></b>	<b><u>128</u></b>
<b><u>12</u></b>	<b><u>KONKLUSION UND AUSBLICK</u></b>	<b><u>130</u></b>
<b><u>13</u></b>	<b><u>ABSTRACT</u></b>	<b><u>133</u></b>
<b><u>14</u></b>	<b><u>ABBILDUNGSVERZEICHNIS</u></b>	<b><u>135</u></b>
<b><u>15</u></b>	<b><u>TABELLENVERZEICHNIS</u></b>	<b><u>136</u></b>
<b><u>16</u></b>	<b><u>LITERATURVERZEICHNIS</u></b>	<b><u>138</u></b>
<b><u>17</u></b>	<b><u>ANHANG</u></b>	<b><u>145</u></b>
	<b><u>ORIGINALITÄTSERKLÄRUNG</u></b>	<b><u>159</u></b>

# 1 Einleitung

Das Thema Pflege und Betreuung von Menschen, die an Demenz erkrankt sind, ist heute so aktuell wie noch nie. Derzeit sind in Österreich etwa 100 000 Menschen von einer Demenzerkrankung betroffen. Aufgrund der zunehmenden Prävalenz dieser Krankheit mit steigendem Alter wird sich diese Zahl Schätzungen zufolge bis zum Jahr 2050 auf ungefähr 250 000 erhöhen (Wancata, Musalek, Alexandrowicz & Krautgartner, 2003, nach Lehrner, Bodner, Dal-Bianco & Schmidt, 2006).

Um den betroffenen Patienten eine adäquate und ihren Bedürfnissen gerechte Pflege zu ermöglichen, ist es vor allem wichtig, sich auch die Sicht des Pflegepersonals anzuschauen. Momentan wird der Großteil der Demenzpatienten noch von ihrem sozialen Umfeld betreut, diese Statistiken könnten aber im Laufe der Zeit abnehmen, da die Geburtenrate laufend am sinken ist und auch aufgrund des Trends der Globalisierung die Kinder nicht immer in der Nähe ihrer Eltern wohnen.

Erst in den letzten Jahren schenkte man dem Pflegepersonal, welches sich um die Betreuung von Demenzpatienten kümmert, vermehrt Aufmerksamkeit. Fragen wie „Wie groß ist die Belastung für das Personal im Umgang mit Demenzpatienten?“, „Gibt es Möglichkeiten, die oft herausfordernde Pflege von Erkrankten für beide Seiten angenehmer und vielleicht auch würdevoller zu gestalten?“, „Inwieweit entlastet die Anwendung von Pflegekonzepten die Pflegefachkraft?“ sind nur einige Beispiele, die immer mehr an Bedeutung gewinnen. Konkrete, systematische Forschung zu diesem Thema gibt es allerdings noch eher wenig. Während es bereits einige Studien zu Stress von Angehörigen, die einen Demenzkranken pflegen, gibt, beschäftigen sich nur sehr wenige mit den Stressoren, denen Pflegepersonen in ihrem täglichen Umgang mit demenzkranken Patienten ausgesetzt sind (Mackenzie & Peragine, 2003; McCarty & Drebing, 2003; nach Zimmermann et al., 2005).

Um dieses Thema genauer zu erforschen, entstand in Kooperation mit Maria Hrnčir die vorliegende Diplomarbeit. Gemeinsam wurde der Theorieteil erarbeitet, wobei Maria Hrnčir sich vor allem dem Belastungserleben der Pflegepersonen und der Autonomie des Patienten gewidmet hat. Aus diesem gemeinsamen Theorieteil entstanden dann zwei Diplomarbeiten, wobei sich jedoch die jeweiligen Stichprobengruppen unterscheiden. Maria Hrnčir untersuchte Demenzstationen und Stationen im Akutspital während sich die vorliegende

Arbeit auf die Untersuchung von Langzeitpflege- und Demenzstationen konzentriert. Die daraus resultierenden zwei Diplomarbeiten werden sich deshalb im Theorieteil bis auf kleine Teile gleichen, wie auch im gemeinsam erarbeiteten Messinstrument und Auswertungskonzept, jedoch eine den Daten entsprechende unterschiedliche empirische Auswertung und Interpretation aufweisen.

Ziel dieser Diplomarbeit soll es daher sein, sich konkreter mit dem Belastungserleben von Pflegepersonen im Umgang mit Demenzkranken auseinander zu setzen. Im Detail sollen dazu Einstellungen zu bzw. Belastungen durch demenzspezifische Verhaltensweisen, die Einstellung zur Wichtigkeit der Autonomie als auch deren Umsetzbarkeit, sowie der Einfluss von zugrundeliegenden Pflegekonzepten erhoben werden.

Die Schwerpunktsetzung dieser Diplomarbeiten soll allerdings nicht den Eindruck erwecken, dass die Arbeit mit Demenzkranken nur aus negativen Aspekten besteht. Aufgrund eigener Erfahrungen sind sich die Autoren der schönen und bereichernden Momente durchaus bewusst, die der Umgang mit diesen Menschen auch mit sich bringen kann. Das übergeordnete Ziel dieser Arbeit soll es daher sein, einen Beitrag zur Verbesserung der Situation nicht nur der Pflegepersonen, sondern auch der demenzkranken Patienten zu leisten, ganz im Sinne einer Aussage von Zimmermann et al. (2005): „ . . . understanding the correlates of worker attitudes and well-being offers an opportunity to improve not only the situation of the workers but also that of the residents for whom they care (S.104).“

*Anmerkung:* In der vorliegenden Arbeit werden personenbezogene Formulierungen immer in ihrer maskulinen Form wiedergegeben, um das inhaltliche Verständnis zu erleichtern. Diese Formulierungen sind jedoch geschlechtsneutral zu verstehen.

# THEORETISCHER TEIL

## 2 Überblick

Um sich mit der Frage nach den Belastungen, denen Pflegepersonen im Umgang mit demenzkranken Patienten ausgesetzt sind, näher beschäftigen zu können, ist es wichtig, sich zunächst mit der Demenzerkrankung an sich und ihren Folgen auseinander zu setzen. Im ersten Abschnitt des Theorieteils geht es daher um die Krankheit Demenz, ihre Symptome und Erscheinungsbilder. Es wird auf Elemente der Behandlung Demenzkranker - mit dem Schwerpunkt auf nicht-medikamentösen Behandlungsformen - eingegangen sowie auf die Auswirkungen der besonderen Bedürfnisse der Betroffenen auf ihr Umfeld und die Betreuungssituation. Die unterschiedlichen Möglichkeiten der Versorgung werden aufgezeigt und spezialisierte Einrichtungen – auch anhand von konkreten Beispielen – näher vorgestellt.

Der zweite Abschnitt widmet sich dem Thema Stress und Belastung. Allgemeine theoretische Hintergründe zeigen, warum es so wichtig ist, sich mit dem Belastungserleben von Pflegepersonen zu beschäftigen. Die Beschreibungen von Stressursachen und –folgen, von das Stresserleben beeinflussenden Faktoren sowie von möglichen Strategien zur Stressbewältigung zeigen die praktische Relevanz dieses Themas und werden auf den Pflegeberuf bezogen noch weiter konkretisiert. Verhaltensauffälligkeiten und Besonderheiten des demenzkranken Menschen zeigen das Potential noch zusätzlicher Belastungen für die betreuenden Personen.

Der Umgang mit demenzkranken Patienten wird stark durch der Pflege zugrundeliegende Konzepte beeinflusst. Diesen konzeptuellen Hintergründen widmet sich der dritte Abschnitt des Theorieteils. Es wird ein Überblick über die derzeit am häufigsten verwendeten Pflegekonzepte, ihre Unterschiede und Methoden sowie ihre Umsetzung in der Praxis gegeben.

Die Einbeziehung ethischer Überlegungen in die Auseinandersetzung mit dem Thema des Umgangs von Pflegepersonen mit demenzkranken Patienten stellt die Grundlage für den vierten Abschnitt dar. Dieser beschäftigt sich in erster Linie mit den Konstrukten Autonomie

und Selbstbestimmung des Patienten. Es werden Annäherungen an den Begriff Autonomie und konkrete Umsetzungen in der Pflege, zum Beispiel in Form institutioneller Leitbilder, vorgestellt. Die Notwendigkeit einer Anpassung des Autonomiebegriffs im Kontext von demenzkranken Menschen wird verdeutlicht.

### **3 Demenzerkrankungen**

In diesem Kapitel stehen die Symptomatik der Demenzerkrankungen inklusive Verhaltensauffälligkeiten, das klinische Erscheinungsbild sowie die Behandlung und Versorgung von demenzkranken Patienten im Vordergrund.

#### ***3.1 Symptomatik und Verhaltensauffälligkeiten***

Um ein Demenzsyndrom diagnostizieren zu können, müssen laut dem Klassifikationssystem ICD-10 (International Classification of Diseases) folgende Befunde vorliegen:

- Beeinträchtigung des Neu- und Altgedächtnisses sowie des abstrakten Denkens, des Urteilsvermögens, anderer höherer kortikaler Funktionen wie Aphasie, Apraxie bzw. Agnosie oder Persönlichkeitsveränderungen, die zu einer Beeinträchtigung des Alltagslebens führen.
- Fehlen einer Bewusstseinstörung (Ausschluss eines Verwirrtheitszustandes)
- Verminderung der Affektkontrolle, sowie eine Störung des Antriebs- oder Sozialverhaltens.
- Dauer von mehr als sechs Monaten (Förstl, 2001, S. 17)

Vor allem die Störungen des Gedächtnisses stehen bei vielen Demenzkranken im Vordergrund der Symptomatik. Die „Fähigkeit neue Informationen zu erlernen und das früher erworbene Wissen willkürlich abzurufen“ (Wojnar, 2007, S. 37) ist herabgesetzt. Daneben kommt es bei den Betroffenen zu einer zunehmenden Beeinträchtigung von Sprache und Motorik. Veränderungen der Persönlichkeit zeigen sich zum Beispiel durch eine Abnahme

früherer Interessen und einer Akzentuierung primärer Persönlichkeitszüge. Die verminderte Affektkontrolle kann sich in unmotiviertem plötzlichem Weinen, Lachen oder durch Wutausbrüche äußern (Wojnar, 2007).

Die bei Demenzpatienten auftretenden Verhaltensauffälligkeiten können in ihrer Art und Form stark variieren. Das Spektrum reicht angefangen vom sozialen Rückzug, Depression, gestörtem Schlaf-Wach-Rhythmus mit nächtlichen Schlafstörungen und Umherirren, Unruhe, ziellosem Umherwandern, Misstrauen, Feindseligkeiten, Aggressionen, bis hin zu Wahnvorstellungen und Halluzinationen. All diese Einbußen erschweren dem Patienten und auch dessen Umfeld das alltägliche Leben immens. Herausforderungen für Angehörige und Pflegepersonen ergeben sich vor allem im sozialen Bereich, im Umgang mit der psychomotorischen Unruhe und der folglich auftretenden Sturzgefahr, der Desorientiertheit des Patienten sowie dem schnellen Wechsel der Stimmungslagen (Fonds Soziales Wien, 2006).

### ***3.2 Klinische Erscheinungsbilder der Demenzerkrankung***

Die Demenzerkrankung verläuft progressiv und es können verschiedene Stadien der kognitiven Verschlechterung unterschieden werden. In der Globalen Verschlechterungsskala nach Reisberg (Gastpar, Kasper & Linden, 2003) wird der Krankheitsverlauf genauer dargestellt:

Tabelle 1: *Globale Verschlechterungsskala nach Reisberg* (Gastpar et al., 2003, S. 43)

<b>Grad der Verschlechterung</b>	<b>Klinische Eigenschaften</b>
<i>Kein kognitives Defizit</i>	Kein subjektives und offensichtliches Defizit
<i>Sehr leichtes kognitives Defizit</i>	Subjektives Klagen über Gedächtnisstörungen. Keine objektiven mnestischen Störungen, keine Veränderungen des beruflichen und sozialen Lebens.
<i>Leichter kognitiver Ausfall</i>	Erste deutliche Defizit-Symptome (mindestens 2): Abnahme des räumlichen Gedächtnisses, der beruflichen Leistungsfähigkeit, Wort- und Namensfindung. Klinisch auffällige Konzentrationsstörungen. Störungen werden bagatellisiert, sind oft von Angst begleitet.
<i>Mäßig kognitives Defizit</i>	Deutliches Defizit hinsichtlich aktuellem Geschehen, der eigenen Vergangenheit, beim Substrationstest, Verreisen und der Geldverwaltung, nicht aber der zeitlichen Orientierung, dem Erkennen von Gesichtern und vertrauten Personen sowie der Fähigkeit, sich innerhalb bekannter Orte zu bewegen.

<i>Mittleres kognitives Defizit</i>	Beginnende Demenz: räumlich-zeitliche Desorientierung, Angewiesensein auf Hilfe von außen, während wichtige Dinge aus der Umgebung noch erinnert werden.
<i>Schwere kognitive Demenz</i>	Nur noch vage Erinnerung an Vergangenes, keine mehr an kurz zurückliegende Ereignisse. Fast vollständig auf fremde Hilfe angewiesen. Veränderungen des Tag-Nacht-Rhythmus, der Persönlichkeit und des Affektes, Auftreten von Halluzinationen, Zwangshandlungen, Angst oder gewalttätigem Verhalten.
<i>Sehr schweres kognitives Defizit</i>	Verlust der Sprachfähigkeit und anderer kortikaler Funktionen, totale Pflegebedürftigkeit.

In der Literatur ist häufig eine auf drei Stadien reduzierte Unterteilung der Schweregrade zu finden. Auch Wojnar (2007) spricht von einem leichten, mittelschweren und schweren Stadium der Demenzerkrankung, wobei die leichte Demenz dem leicht bis mäßig kognitivem Defizit, die mittelschwere dem mittlerem kognitiven Defizit und die schwere Demenz dem schweren bis sehr schweren kognitiven Defizit in der Globalen Verschlechterungsskala nach Reisberg entspricht.

Eine weitere Unterteilung der Demenzerkrankungen erfolgt nach ihrer Ätiologie in die Alzheimer Demenz, die vaskuläre Demenz und andere seltenere Formen. Nach Lehrner, Bodner, Dal-Bianco und Schmidt (2006) lassen sich 65% des dementiellen Syndroms auf eine Alzheimer Krankheit und nur 10 bis 20% auf eine vaskuläre Demenz zurückführen. 10-15% aller Demenzprozesse stellen Mischformen von Alzheimer-typischen Veränderungen und vaskulären Schäden dar (Gastpar et al., 2003).

### **3.2.1 Demenz vom Alzheimer'schen Typ (DAT)**

Die Alzheimer-Krankheit wurde nach dem deutschen Nervenarzt Alois Alzheimer benannt, der diese Krankheit erstmals 1907 aufgrund der klinischen Symptomatik und der charakteristischen Hirnveränderungen beschrieben hatte.

DAT ist eine primär degenerative Hirnerkrankung die in den meisten Fällen sporadisch auftritt. Gewöhnlich beginnt die DAT in den späten 70er Jahren. In selteneren Fällen beginnt die Krankheit vor dem 65. Lebensjahr, nicht aber vor dem 40. Lebensjahr (Gastpar et al., 2003). Frauen erkranken häufiger als Männer und die Krankheitsursache ist unbekannt (Tölle

& Windgassen, 2003). Die präsenile Form der Demenzerkrankung (Beginn vor dem 65. Lebensjahr) wird auch Typ 2 genannt und unterscheidet sich weder klinisch noch neuropathologisch merklich von den Spätformen (Tölle & Windgassen, 2003).

Folgende Veränderungen im Gehirn sind für die Alzheimer-Krankheit typisch:

- eine allgemeine Verminderung der Zahl der Nervenzellen (Neuronen) in der Großhirnrinde
- das Auftauchen von „Ablagerungen“ (senile Plaques), die aus dem sog. Amyloid (stärkeähnliches Eiweiß) gebildet sind
- eine Verkümmerng (degenerative Veränderung) der Neuronen in Form sog. „Neurofibrillen“ (Nervenfasern) (Fonds Soziales Wien, 2006, S. 7)

Zusätzlich kommt es zur Verringerung des Transmitterstoffes Acetylcholin und zu einer Reduzierung der Synapsen um 30 bis 50%. Aufgrund dieser Faktoren ist die Weiterleitung der Information zwischen den Hirnzellen stark beeinträchtigt und die Gehirnleistung wird in Folge stark eingeschränkt.

Der Verlauf der Alzheimer Demenz ist „langsam, jedoch stetig und unaufhaltsam voranschreitend“ (Lehrner et al., 2006, S. 328). Der Beginn der Erkrankung ist durch Merk- und Gedächtnisstörungen sowie räumliche und zeitliche Orientierungsprobleme geprägt. Erstaunlich lange können die Betroffenen oftmals ihrer Umgebung gegenüber eine Fassade aufrechterhalten und Defizite verbergen (Lehrner et al., 2006).

### **3.2.2 Vaskuläre Demenz**

Vaskuläre Demenzerkrankungen sind nach der Alzheimer Demenz die zweithäufigste Demenzursache. Ätiologisch gesehen überwiegen vor allem die arteriosklerotischen Gefäßprozesse vor den entzündlich bedingten Vorgängen. Durch die Arteriosklerose kommt es zu einer Unterversorgung an Sauerstoff in den verschiedenen Gehirnteilen, welche in Gehirnfunktionsstörungen resultieren. Aus pathogenetischer Sicht sind vor allem die interindividuell unterschiedlichen Faktorenkombinationen von großer Bedeutung, wobei das Vorhandensein von bilateralen Läsionen und die Lokalisation der Gewebeschäden eine große

Rolle spielen. Meist gibt es in der Vorgeschichte auch transitorisch-ischämische Attacken mit kurzen Bewusstseinsstörungen und neurologischen Ausfällen. Der Krankheitsbeginn zeigt sich abrupter als bei der Alzheimer Demenz. Hoher Blutdruck, Diabetes und ein erhöhter Cholesterinspiegel sind Risikofaktoren für die Entstehung einer vaskulären Demenz (Fonds Soziales Wien, 2006).

Gemäß der ICD-10 Klassifikation können verschiedene Unterformen der vaskulären Demenz unterschieden werden (Gastpar et al., 2003):

- Vaskuläre Demenz mit akutem Beginn
- Multiinfarkt Demenz
- Subkortikale vaskuläre Demenz
- Gemischte vaskuläre Demenz

Förstl (2001) stellt die Formen der zerebrovaskulären Demenz übersichtlich dar:

Tabelle 2: *Formen der zerebrovaskulären Demenz (Förstl, 2001, S.31)*

Form der Pathologie	Ursache	Bevorzugte Lokalisation	Leitsymptome
<i>Makro-angiopathie</i>	atherothrombotische oder embolische Hirninfarkte	multiple kortikale oder strategische territoriale Infarkte  Gyrus angularis  Hippocampus	plötzlich auftretende oder schrittweise verschlechternde sensomotorische und kognitive Defizite
<i>Mikro-angiopathie</i>	Hypertonus/Hypotonus  Hyperviskosität  gesteigerte Thrombozytenaggregation	strategische oder multiple subkortikale lakunäre Infarkte  Marklagerdemyelinisierung	Verlangsamung  Verstimmtheit  andere „frontale Zeichen“  extrapyramidalmotorische Zeichen  Pseudobulbärhirnzeichen

Im klinischen Bild zeigt sich, dass vor allem das Gedächtnis, das abstrakte Denken und die Impulskontrolle stark beeinträchtigt sind. Einsicht, Urteilsfähigkeit und die Persönlichkeit des Patienten sind jedoch in den meisten Fällen recht gut erhalten. Während des

Krankheitsverlaufes kann es auch immer wieder zu Affektlabilitäten mit vorübergehender depressiver Stimmung und Affektinkontinenz kommen, sowie zu Episoden von Bewusstseinsstörungen oder Delir (Gastpar et al., 2003).

### 3.2.3 Seltenerer Demenzerkrankungen

Anders als die häufigeren Demenzerkrankungen manifestieren sich diese nicht ausschließlich bei geriatrischen Patienten. Die restlichen Demenzerkrankungen stellen etwa 15% aller Demenzerkrankungen dar. Wichtig sind hier vor allem die Pick'sche Krankheit, Creutzfeld-Jakob'sche Erkrankung, Chorea Huntington und Morbus Parkinson. (Gastpar et al., 2003).

### 3.3 *Behandlung von demenzkranken Patienten*

Laut Förstl (2001) hängt die Art der Behandlung der Demenz von dem jeweiligen Krankheitsstadium ab. Neben der Pharmakotherapie, die aus einer allgemeinen Basistherapie, der Gabe von Antidementiva und einer Therapie der nicht-kognitiven Symptome besteht, stellen die nicht-medikamentösen Therapien, die Pflege und die Auseinandersetzung mit rechtlichen Fragen weitere wichtige Grundpfeiler dar. Förstl (2001) gibt einen kurzen Überblick über diese Behandlungselemente und ihre Inhalte:

Tabelle 3: *Elemente der Behandlung Demenzkranker ( Förstl, 2001, S. 21)*

Stadium der Demenz	Medikamentöse Therapie	Nicht-medikamentöse Therapie	Pflege	Rechtliche Fragen
Leichte kognitive Beeinträchtigung, Verdacht auf beginnende Demenzerkrankung	Versuch mit Antidementiva (Nootropika); Behandlung der Grunderkrankung (falls nachgewiesen)	Aufklärung und Beratung des Patienten und ggf. der Angehörigen, kognitives Training	keine	keine

<b>Leichtgradige Demenz</b>	Antidementiva, symptomatische Therapie nicht-kognitiver Symptome (z.B. einer Depression), Therapie der Grunderkrankung (falls nachgewiesen)	Aufklärung und Beratung des Patienten und (mit Zustimmung) seiner Angehörigen. Aktivierung, z.B. Ergotherapie und Physiotherapie.	Pflegeplanung, Tagesstätten, stundenweise Hilfen zu Hause.	Berentung, Anregung von Vorausverfügungen, Betreuungsverfügungen, Testament.  Bei Alleinstehenden: Betreuung.
<b>Mittelschwere Demenz</b>	Antidementive Therapie mit fortlaufender Kontrolle der Nebenwirkungen, Therapie nicht-kognitiver Störungen kann in den Vordergrund rücken	Realitäts-Orientierungs-Training, Erinnerungstherapie, Selbsterhaltungstherapie, Intensive Beratung der Angehörigen	Tagesstätte, Betreuungsgruppe, Kurzzeitpflege, Inkontinenzpflege, Wohnungsanpassung, Personensuchanlage, bei Alleinstehenden oft Heimunterbringung nötig	Wie oben
<b>Schwere Demenz</b>	Entscheidung über Ende der Antidementiva-Therapie, Behandlung von Unruhe, ggf. antikonvulsive Behandlung	Anleitung der Angehörigen in der körperlichen Pflege, Hilfe bei der Auswahl eines Pflegeheims, Hilfe bei der Bewältigung von Trennung und Abschied	Dekubitusprophylaxe, parenterale Ernährung, Häusliche Pflege rund um die Uhr oder Heimunterbringung	Entscheidungen über parenterale Ernährung, Antibiotische Therapie und andere lebensverlängernden Maßnahmen

Am Beginn einer Demenzerkrankung haben nicht-medikamentöse Therapien vor allem Prävention und Rehabilitation zum Ziel. Durch das Training der kognitiven Basisfunktionen sollen diese möglichst lange erhalten bleiben. Ebenso können in diesem Stadium noch Kompensationsmechanismen und der Einsatz von Hilfsmitteln geübt und erlernt werden. Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf der Krankheitsbewältigung und auf der emotionalen Unterstützung des Betroffenen und seiner Angehörigen (Gatterer, Auer & Schmidl, 2006). Bei Fortschreiten der Erkrankung kommen zunehmend auch speziell auf demenzkranke Patienten abgestimmte Pflegekonzepte wie zum Beispiel Validation, Realitätsorientierungstraining und Biographiearbeit zum Einsatz. Die Betreuung durch multiprofessionelle Teams und milieuthérapeutische Ansätze gewinnen an Bedeutung (Gatterer et al., 2006). „Bei schwerer Demenz treten kognitive Trainingsprogramme und verbal orientierte Maßnahmen vermehrt in den Hintergrund und werden von kreativen Therapien (Musiktherapie, Kunsttherapie,...) und emotional orientierten Therapien (Tiere,

Kinder, Pflanzen) abgelöst.“ (Gatterer et al., 2006, S. 617). Sowohl fachliche Beratung als auch emotionale Unterstützung von pflegenden Angehörigen und professionellen Betreuern haben auch weiterhin bzw. ganz besonders in späteren Stadien der Krankheit einen hohen Stellenwert. Therapeutische Bemühungen im Sinne von psychotherapeutischen Interventionen befassen sich mit der Behandlung von, die Demenz häufig begleitenden, Depressionen und Verhaltensstörungen (Gatterer et al., 2006).

Förstl (2001) gibt praktische Ratschläge, welche nicht-medikamentösen Interventionsmöglichkeiten bei Symptomen und Verhaltensauffälligkeiten der Demenz Anwendung finden könnten.

Tabelle 4: *Nicht-medikamentöse Behandlungsverfahren (Förstl, 2001, S. 25)*

<b>Symptom</b>	<b>Interventionsmöglichkeit</b>
<b>Depressivität</b>	Vermitteln von Anerkennung und Bestätigung; Vermeiden von Enttäuschung und Zurücksetzung; Förderung angenehmer Aktivitäten; Nutzen vorhandener Fähigkeiten; Aufrechterhalten der sozialen Integration
<b>Affektlabilität</b>	Vermeiden von Überforderung und Reizüberflutung; Respektieren der subjektiven Sicht des Patienten; „Validation“; Vermeiden unnötiger Konflikte
<b>Vergesslichkeit</b>	Gedächtnishilfen („Eselsbrücken“), kognitive Aktivierung
<b>Orientierungsstörungen</b>	Örtliche und zeitliche Orientierungshilfen; Realitätsorientierungstraining; Üben sozialer Kompetenz
<b>Sprachstörungen</b>	Vereinfachung der Kommunikation; nicht-verbale Verständigungsmittel
<b>Verringerte Einsichts- und Kritikfähigkeit</b>	Strukturierung des Tagesablaufs; Aufgaben vereinfachen, behutsame und einführende „Regie“

### ***3.4 Besondere Anforderungen an die Betreuungssituation (Umfeld und Zeitaufwand) und deren Auswirkungen auf die Betreuungsform***

Die bereits erwähnten Symptome der verschiedenen Stadien einer Demenzerkrankung zeigen die fortschreitenden Einschränkungen der Betroffenen. Besonders wichtig ist es für die Betreuung, auf diese Veränderungen adäquat zu reagieren.

Die Störung der Gedächtnisfunktionen als Hauptsymptom der Demenz beeinträchtigt vor allem die Handlungsfähigkeit, die Selbstwahrnehmung und das Erleben der Demenzkranken. Hinzu kommen Veränderungen des Schlaf-Wach-Rhythmus und Probleme mit Sprachproduktion und Sprachverständnis. Die Bedeutung von alltäglichen Gegenständen wird zunehmend vergessen, die Fähigkeit zur Handlungsplanung und zum Abschätzen von Folgen des eigenen Handelns nimmt ab. Vielfach kann ein starker Bewegungsdrang bei den Betroffenen beobachtet werden (Wojnar, 2007).

Das Leben der Demenzkranken „zerfällt in Augenblicke“ (Wojnar, 2007, S. 62). In der Kommunikation mit anderen sind sie weitaus mehr auf Körpersprache und Lautmelodie angewiesen. Zusätzliche Beeinträchtigungen von Seh- und Hörvermögen begünstigen das Entstehen von Wahnsymptomatik und Halluzinationen. Verhaltensauffälligkeiten wie lautes und störendes Verhalten sind nicht selten Folge von Reimangel oder Reizüberflutung. Ess- und Trinkstörungen, hervorgerufen durch altersbedingtes abgeschwächtes Hungergefühl aber auch demenzspezifische Beeinträchtigungen wie reduzierter Geruchs- und Geschmackssinn, Schluckprobleme, innere Unruhe bei den Mahlzeiten und das Nicht-mehr-Erkennen von Speisen sowie bedingt durch starke Nebenwirkungen von Medikamenten, führen häufig zu erheblichen gesundheitlichen Problemen. Vor allem falsche Reaktionen der betreuenden Personen und Missverständnisse durch die eingeschränkte Kognition und Wahrnehmung führen zu Verunsicherung, Misstrauen und Überforderung bei den Betroffenen. Diese sind häufig auch nicht mehr imstande, anderen ihre Bedürfnisse zu vermitteln. Wojnar (2007) betont den chronischen Stress, dem die demenzkranken Menschen „durch eine falsche, den Bedürfnissen der Kranken nicht angepasste Betreuung“ (S. 23) ausgesetzt sind.

Eine adäquate Reaktion der Betreuungssituation auf die eben dargestellte Problematik der besonderen Bedürfnisse demenzkranker Personen sollte gleichermaßen eine Anpassung der Umgebung wie auch einen entsprechenden Umgang umfassen.

Wojnar (2001) schreibt zur „dementengerechten Gestaltung der Umgebung“ folgendes:

Eine optimale Umgebung soll: übersichtlich sein, keine Ängste oder psychotische Symptomatik fördern, maximale Bewegungsfreiheit gewährleisten, freien Zugang zu Aussenbereichen (Gärten, Terrassen) ermöglichen und fördern, stimulierend wirken, keinen Krankenhaus- oder Institutionscharakter haben, über Orientierungshilfen verfügen, physiologische Reize der Situation der Kranken anpassen (wie z.B. Licht,

Temperatur, „Geräuschkulisse“, Duft usw.), Besuche der Angehörigen fördern, über besondere „Ruheräume“ verfügen und Erfahrungen mit Tieren ermöglichen. (S. 52)

Vor allem die möglichst große Bewegungsfreiheit und der freie Zugang zu allen Räumen, Schränken und Gegenständen gibt den demenzkranken Menschen das „Gefühl Zuhause zu sein“ (Wojnar, 2007, S. 81). Das Ermöglichen enger zwischenmenschlicher Kontakte (Wojnar, 2007) und eine häusliche Gestaltung der Umgebung mit Wohnküchen und privatem Mobiliar scheinen das „Wandern“ zu dämpfen und soziales Verhalten und Selbständigkeit zu fördern (Simard, 1999, nach Wojnar, n.d.).

Zusammenfassend schreibt Wojnar (2007): „Was demenzkranke Menschen wirklich brauchen, ist eine Umgebung, in der sie sich wohlfühlen und trotz aller Behinderungen und Einschränkungen möglichst normal leben können.“ (S.151). Um das gewährleisten zu können, spielen neben der räumlichen Gestaltung natürlich die Betreuung und Pflege eine wesentliche Rolle. Für diese stellen vor allem die mit der Demenz oftmals einhergehenden Verhaltensauffälligkeiten eine große Herausforderung dar. Der Versuch, diesen mit Gedächtnistrainings und therapeutischen Angeboten entgegenzuwirken, zeigt kaum eine Wirkung bzw. kann sogar je nach Richtung Überforderung oder Langeweile bei den Betroffenen auslösen (Wojnar, 2007).

Entscheidend ist deshalb nicht die Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten, sondern das Erkennen ihrer Ursachen und die Anpassung der Umgebung und des Umgangs an die Fähigkeiten und Defizite des Kranken. Dazu gehört vor allem Toleranz und Akzeptanz des „sozial nicht angepassten Verhaltens“ mit Verzicht auf „erzieherische“ Maßnahmen zur Korrektur solcher Störungen. (Wojnar, 2007, S. 154)

Wichtig für den demenzkranken Menschen ist somit, der Erhalt seines Selbstwertgefühls, das Erleben von Autonomie, Zugehörigkeitsgefühl und positiven Emotionen (Wojnar, 2007).

Nach Kämmer (2001) zeichnet sich qualitätsvolle Pflege dadurch aus, dass sie versucht, das Verhalten der Betroffenen vor dem Hintergrund ihrer Biografie zu verstehen, die Welt des Kranken anerkennt und darauf achtet, vorhandene Fähigkeiten zu fördern. Sie lässt Bewegungsdrang und Freiräume zu, unterstützt die Kontaktaufnahme zu Mitpatienten und Angehörigen, übermittelt eine Atmosphäre von Geborgenheit und arbeitet bewusst mit offener, klarer Körpersprache und Berührungen sowie verbal mit einfachen, kurzen Sätzen.

Die Pflege orientiert ihre „Abläufe und ihre Organisation an den Bedürfnissen des demenzkranken Menschen“ (Kämmer, 2001, S. 74).

Um eine solche Betreuung Demenzkranker gewährleisten zu können, bedarf es eines zeitlichen Mehraufwands, der laut der Studie „Leistungsvergleich vollstationäre Versorgung Demenzkranker“ von Dürrmann (2001) in der Versorgung von mobilen Demenzkranken mit ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten durchschnittlich 45 Minuten pro Tag beträgt. Tabelle 5 zeigt mit Prozentangaben und Beispielen in welche Maßnahmen sich dieser Zeitaufwand einteilen lässt.

Tabelle 5: Verteilung des täglichen Mehraufwandes in der Versorgung Demenzkranker (Dürrmann, 2001)

<b>Zusätzliche indirekte Leistungen</b>	16 %	Biographiearbeit, Angehörigenarbeit, Beobachtung und Fallbesprechungen, Zusatzbedarf an Fort- und Weiterbildungen
<b>Einzelfallbezogene Maßnahmen</b>	56 %	Betreuung bei Verhaltensstörungen, z.B. Selbst- und Fremdgefährdung, Gefahr- und Konfliktpotentiale, anhaltende Unruhe
<b>Beziehungsgestaltung</b>	19 %	Einzelgespräche, validierende Maßnahmen in Kriseninterventionen
<b>Milieutherapeutische Maßnahmen</b>	9 %	Angebote wie Singen oder Erzählen von Geschichten

Auch Kämmer (2001) thematisiert den erhöhten Begleitungsaufwand beim Auftreten gravierender Verhaltensveränderungen. So kann zum Beispiel ein Rufen oder Schreien des Betroffenen ohne erkennbaren äußeren Anlass einen zusätzlichen Zeitaufwand von 2,5 bis zu 3 Stunden qualitätsvoller pflegerischer Intervention bedeuten. Ausgeprägtes Such- und Fluchtverhalten erfordert permanente Aufmerksamkeit der Betreuungsperson bis zu 6 Stunden pro Tag. Ebenso kann die Auseinandersetzung mit aggressivem und gewalttätigem Verhalten mehrere Stunden beanspruchen.

Ziel jeglicher Bemühungen hinsichtlich Umgebungsgestaltung und professionellem Umgang ist es, eine möglichst optimale Betreuung für Demenzkranke zu gewährleisten. Auch die Wahl der Betreuungsform trägt einen wesentlichen Teil dazu bei. So gibt es neben der – für

den Betroffenen wünschenswerten - Möglichkeit der Versorgung zu Hause durch Angehörige oder durch mobile Dienste, auch die Möglichkeiten von Tagesgruppen, betreutem Wohnen und von stationärer Pflege, mit oder ohne Spezialisierung auf Demenzkranke.

Tabelle 6 zeigt einen Überblick der in Schweden gängigen Wohnformen für demenzkranke Menschen, mit einer Unterteilung, die sich nach Ausprägung der Demenzsymptomatik und dem Vorhandensein verbliebener Fähigkeiten richtet (Annerstedt, Sanada und Gustafson, 1996, nach Wojnar, 2001).

Die Betreuung in Einrichtungen des Betreuten Wohnens und in Wohngruppen eignet sich in erster Linie für Demenzkranke mit einer leichten bis mittelgradigen Beeinträchtigung der kognitiven Leistungen (Wojnar, 2001). Die Betroffenen sollten noch gut kommunizieren können und keine schwerwiegenden Verhaltensstörungen aufweisen (Annerstedt et al., 1996, nach Wojnar, 2001). Bei einem Fortschreiten der Erkrankung und in Folge möglichen Schwierigkeiten bei der Integration in „normale“ Pflegebereiche scheint die Versorgung in „Besonderen Betreuungseinheiten“, sogenannten Special Care Units, idealer (Wojnar, 2001). Hier kann sowohl mit den räumlichen Gegebenheiten als auch der personellen Ausstattung auf die besonderen Bedürfnisse der Demenzkranken eingegangen werden. Neben der bereits näher definierten dementengerechten Gestaltung der Umgebung zeichnen sich diese speziellen Wohneinheiten vor allem durch ein motiviertes, gut ausgebildetes Betreuungsteam aus, das sich freiwillig für die Betreuung Demenzkranker entschieden hat und regelmäßig an Fortbildungen, Fallbesprechungen und Supervisionen teil nimmt (Wojnar, 2001). In der vorliegenden Arbeit dienen die Demenzstation des Geriatriezentrums am Wienerwald (Pavillon XII, 0 rechts) und die Demenzstation im SeneCura Sozialzentrum in Grafenwörth als Beispiele solcher „Special Care Units“, da sie ein ausgefeiltes Betreuungskonzept vorweisen, das in Kapitel 3.5.1 noch genauer vorgestellt wird.

Tabelle 6: Wohnformen für Demenzkranke (Annerstedt et al., 1996, nach Wojnar, 2001, S. 50)

	kommt in jeder Umgebung zurecht, jedoch zunehmend vergesslich	kommt nur in vertrauter Umgebung zurecht	bedarf Ratschläge u. Hilfe, reagiert aber richtig auf Anweisungen	bedarf aktiver Unterstützung, reagiert nicht auf Ratschläge	bedarf aktiver Unterstützung, kann nicht mehr kommunizieren	schwerstpflegebedürftig, reagiert nur noch auf taktile Reize
<b>A.</b> selbständig bei Essen, Waschen, Toilettengängen, Anziehen, Gehen und kontinent						
<b>B.</b> wie A., mit Ausnahme einer Tätigkeit						
<b>C.</b> wie B., aber kann sich nicht waschen	<b>BETREUTES WOHNEN</b>		<b>GRUPPENWOHNEN</b>			
<b>D.</b> wie C., aber kann sich auch nicht anziehen						
<b>E.</b> wie D., aber kann auch nicht auf Toilette gehen			<b>GRUPPENWOHNEN OD. BETREUTES WOHNEN</b>		<b>SPEZIELLE BETREUUNG (SCU)</b>	
<b>F.</b> wie E., aber kann auch nicht laufen				<b>GRUPPENWOHNEN OD. PFLEGEHEIM</b>		
<b>G.</b> abhängig bei allen Verrichtungen				<b>PFLEGEHEIM</b>		<b>PFLEGEHEIM OD. SCU</b>

Bezüglich der Wahl der geeigneten Betreuungsform betont Wojnar (2001):

Die Entscheidung über eine Veränderung der Betreuungsform erfolgt erst dann, wenn die Lebensqualität des Kranken und/ oder seiner Betreuer unter den Bedingungen der bisherigen Versorgung erheblich leidet. Zu berücksichtigen ist dabei auch die Situation der Angehörigen, der anderen Kranken und/ oder des bisherigen Pflegepersonals. (S.46)

### **3.5 Versorgung von demenzkranken Patienten**

In diesem Kapitel werden institutionelle Versorgungsmöglichkeiten für demenzkranke Patienten näher vorgestellt. Außerdem werden Konzepte aufgezeigt, die auf den an der Untersuchung teilnehmenden Stationen Verwendung finden.

#### **3.5.1 Demenzstationen („Special Care Units“)**

Generell sind „Special Care Units“ Wohneinheiten, die für etwa 12-51 Demenzpatienten Platz bieten (Wojnar, 2001).

Lawton et al. (1998, nach Wojnar, 2001) listen folgenden typische Merkmale für „Special Care Units“ auf:

- räumliche Trennung (mit eigenem Eingang)
- dementengerechte Gestaltung der Umgebung
- spezifische Aufnahme- und Entlassungskriterien für die betreuten Personen
- bessere personelle Ausstattung
- eigene fachliche Leitung
- besondere Fortbildung des Personals und
- spezifische Betreuungskonzepte (S.48, 49)

Die räumliche Trennung der Demenzpatienten ist erst dann zu vertreten, wenn die Patienten selber stark darunter leiden oder sich ihr Umfeld stark gestört fühlt. Durch diese Trennung soll ein Gefühl des „Zuhause“ bzw. der Sicher- und Geborgenheit gegeben werden. Für die Aufrechterhaltung des Konzeptes „Special Care Unit“ sind spezifische Aufnahme- und Entlassungskriterien notwendig. Beispielsweise müssen die Patienten pflegebedürftig und mobil sein, ausgeprägte Verhaltensstörungen aufweisen, ein schwer ausgeprägtes

Demenzsyndrom vorweisen und die Krankheit muss vom Arzt diagnostiziert und als nicht behandelbare Demenz eingestuft werden (Wojnar, 2001).

Demenzstationen brauchen auch eine gute personelle Ausstattung um eine gute Betreuung gewährleisten zu können. „Nach Literaturangaben ist eine Betreuungsdichte von 1:0,7 bis 1:1,7 notwendig, was etwa einer betreuenden Person für 3 bis 8 Kranke während des Tages entspricht“ (Wojnar, 2001, S. 53).

Nachstehend wird zum einen das Versorgungskonzept der Demenzstation des Geriatriezentrums am Wienerwald (Pavillon XII, 0 rechts) als auch das Konzept der Demenzstation des SeneCura Sozialzentrums in Grafenwörth erörtert. Beide Stationen sind „Special Care Units“ und haben ein eigenes demenzgerechtes Pflegekonzept.

### 3.5.2 Das Interdisziplinäre-4-Pfeiler-Konzept (Geriatriezentrum am Wienerwald)

Auf der Demenzstation im Geriatriezentrum am Wienerwald (GZW) wurde von Mai 1999 bis März 2001 ein Projekt zur Demenzbetreuung durchgeführt. Es wurde eine neue Art von Demenzbetreuung ins Leben gerufen, die auf einem Interdisziplinären-4-Pfeiler-Konzept aufbaut (Geriatriezentrum Am Wienerwald, 2007):

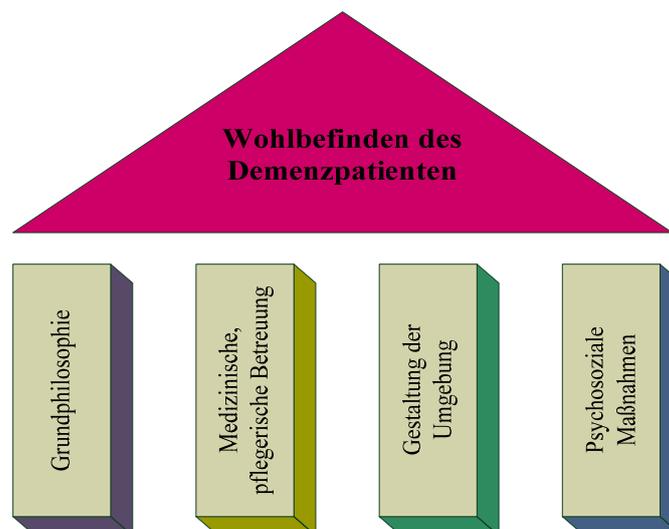


Abbildung 1: Interdisziplinäres-4-Pfeiler-Konzept (Geriatriezentrum Am Wienerwald, 2007)

### **1. Pfeiler: Grundphilosophie**

Hier wird vor allem auf eine einführende, wertschätzende Grundhaltung gegenüber demenzkranken Menschen Wert gelegt.

### **2. Pfeiler: Medizinische, pflegerische Betreuung**

Hierzu zählen vor allem: ein speziell geschultes multiprofessionelles Team; interdisziplinäre Mitverantwortung; Diagnoseerstellung nach den Konsensus-Papieren der Alzheimer Gesellschaft; spezielle Aufnahmekriterien; genetische Untersuchung und Auswertung in Zusammenarbeit mit dem Boltzmann Institut; Optimierung der Psychopharmaka Therapie; Bezugspflege; Validation (siehe Kapitel 5.1.2) ; Snoezelen (sanfte multisensorische Stimulation der Patienten) ; Basale Stimulation (Methode zur Aktivierung der Wahrnehmungsbereiche) , das psychobiographische Modell nach Böhm (siehe Kapitel 5.1.3); Memory Clinic; Psychologische Interventionen; Kognitives Training in Gruppen; Ergotherapie; Maltherapie; Tiertherapie; Bewegungsrunde; Singgruppe; Malrunde; Werkgruppe; Spielstunde; Back-, Koch- und Haushaltstraining; gesunde Arbeitszeiten und Burnout Prophylaxe für die Mitarbeiter.

### **3. Pfeiler: Gestaltung der Umgebung**

Bei diesem Pfeiler wurde vor allem viel Wert auf folgende Kriterien gelegt: individuelle Raumatmosphäre durch Symbole und Farbgestaltung, farbliche Akzentuierungen und Signalmelodien als Orientierungshilfen; angeschlossener Garten mit Rundwegen und Kaffeehaus; Trennung von Ruhe und Aktivitätszonen; ferngesteuerte Signal-/Alarmanlage und Patientenküche.

### **4. Pfeiler: Psychosoziale Maßnahmen**

Angehörigengruppe, Betreuung, jahreszeitliche Feste, Spaziergänge und Ausflüge zählen zu den psychosozialen Maßnahmen.

Das Ziel des Projektes war es, zu verfolgen, ob es anhand der Umsetzung des Interdisziplinären-4-Pfeiler-Konzeptes zu einem Maximum an Freiheit, Sicherheit und Lebensqualität aus Sicht des demenzkranken Patienten kommt. Die Stichprobe betrug 41 Patienten mit mindestens mittelgradiger Demenz und Verhaltensauffälligkeiten. Anhand mehrerer Evaluationskriterien, wie z.B. der Stationsflüchtigkeit der Patienten, konnte eine eindeutige Besserung der Verhaltensauffälligkeiten gezeigt werden.

Diese Station stellt ein Musterbeispiel für die praxisnahe Implementierung der unterschiedlichsten Pflegekonzepte dar.

### **3.5.3 Die Eden-Alternative (SeneCura Sozialzentrum Grafenwörth)**

Das SeneCura Sozialzentrum in Grafenwörth ist das erste Haus in Österreich, das die demenzgerechte Lebensraumgestaltung in Anlehnung an Naomi Feil und der Eden-Alternative nach Dr. William Thomas umgesetzt hat. Die Demenzstation hat für 30 Bewohner Platz und bietet diesen eine ganzheitliche Pflege (d.h. dass der Mensch als Ganzes gesehen wird und individuelle Therapieprogramme zusammengestellt werden) mit einem umfassenden Therapieangebot.

Das Konzept der Eden-Alternative ist eine philosophische Anschauung, welche die Art und Weise, wie betagte und pflegebedürftige Menschen gepflegt und betreut werden sollen, definiert. Sie wurde durch den Hausarzt und Geriater Dr. William Thomas ins Leben gerufen und betont den Begriff von Würde. Damit ist gemeint, dass Würde nie verloren gehen kann, auch wenn die Person stark pflegebedürftig bzw. abhängig ist. Die Eden-Alternative basiert auf *zehn humanistischen Wertprinzipien* ([www.eden-europe.net](http://www.eden-europe.net); Philosophie; Geschichte):

1. Die drei Qualen – Einsamkeit, Hilflosigkeit und Langeweile – sind für den Großteil des Leidens unserer alten Menschen verantwortlich.
2. Eine Gemeinschaft, die das Wohl alter Menschen in den Mittelpunkt stellt, verpflichtet sich dazu, eine menschengerechte Wohnumgebung zu schaffen, in der sich das Leben um einen kontinuierlichen engen Kontakt mit Menschen, Tieren und Pflanzen dreht. Es sind diese Beziehungen, die sowohl den Alten wie den Jungen einen Weg zu einem lebenswerten Leben weisen.
3. Eine liebevolle Begleitung ist ein wirksames Mittel gegen Einsamkeit. Alte Menschen verdienen Zugang zur Gesellschaft von Menschen und Tieren.
4. Eine menschliche Gemeinschaft sorgt dafür, dass die alten Menschen sowohl Fürsorge

erhalten als auch selbst anderen Wesen Fürsorge angedeihen lassen können.

5. Eine menschliche Gemeinschaft sorgt für Abwechslung und Spontaneität, indem sie ein Umfeld schafft, in dem unerwartete und unvorhersehbare Ereignisse stattfinden können.

6. Sinnloses Tun zerstört den menschlichen Geist. Wenn wir Gelegenheit bekommen, Dinge zu tun, die wir für sinnvoll halten, trägt dies wesentlich zu unserer Gesundheit bei.

7. Medizinische Behandlung sollte im Dienste echter menschlicher Fürsorge stehen.

8. Eine menschliche Gemeinschaft bringt den alten Menschen dadurch Respekt entgegen, dass sie die bürokratische Autorität der Leitungsebene in den Hintergrund treten lässt und versucht, die Entscheidungsbefugnis so weit wie möglich in die Hände der alten Menschen bzw. ihrer nächsten Angehörigen zu legen.

9. Die Schaffung einer menschlichen Gemeinschaft ist ein nie endender Prozess. Menschliches Leben darf nie getrennt von menschlichem Wachstum gesehen werden.

10. Eine weise Führung ist das entscheidende im Kampf gegen die drei Qualen. Sie kann durch nichts ersetzt werden.

In Grafenwörth werden diese Grundprinzipien durch Tiere (Hamster, Zwerghase, Fische und Finken), Pflanzen und die Gemeinsamkeit mit Kindern umgesetzt, und es entsteht folglich eine belebende Umgebung im Sinne der Eden-Alternative.

Außerdem bietet das SeneCura Sozialzentrum weitere Therapieangebote:

#### 1. Memory-Garten

Der Erlebnispfad ist in unterschiedliche Bereiche gegliedert um die Sinne der Bewohner besser ansprechen zu können. Im Duftbereich wird vor allem mit Hilfe von Rosen, Lavendel und Flieder versucht, den *Geruchssinn* zu stimulieren und zu fördern.

Anhand einer kleinen angelegten Lagune wird vor allem der *Tastsinn* der Bewohner mit Hilfe des erfrischenden Wassers und den unterschiedlichen Bodenbelägen angeregt. Eine montierte Griffhalterung bietet die notwendige Standhaftigkeit und Sicherheit.

Der *Geschmacksbereich* bietet zur entsprechenden Jahreszeit kleine Köstlichkeiten wie Beeren und Früchte, die von den Bewohnern selber gepflückt werden können.

Der Klangbereich des Erlebnisgartens versucht mit Hilfe natürlicher Mittel (z.B. Rauschen der Gräser, Vogelgesang, Wasserplätschern...) auch den *Gehörsinn* anzuregen und bietet gleichzeitig eine Möglichkeit, sich ein bisschen zurückzuziehen.

## 2. *Snoezelen Raum*

Mit Hilfe von fein aufeinander abgestimmten Reizen wie Lichteffekten, Musik, sanften Vibrationen, Wasserbett, Aromatherapie und taktile Stimulation wird versucht, die Wahrnehmung zu fördern und das Wohlbefinden zu steigern.

## 3. *Therapiehunde*

Therapiehunde sind ein regelmäßiger Gast im Sozialzentrum. Durch spielerische Interaktionen stellen die Hunde einen wichtigen Faktor zur Motivationssteigerung und Lebensqualitätsverbesserung dar.

Prof. Dr. Peter Fasching untersuchte in einer eineinhalb jährigen Forschungsphase dieses besondere Betreuungskonzept. Es zeigte sich, dass es zu einem erhöhten psychischen Wohlbefinden, mehr Selbstständigkeit, einem allgemein besseren Gesundheitszustand und einer Verbesserung der Demenzeinstufung kam (SeneCuraInform, 2006).

### ***3.6 Langzeitpflege***

Eine andere Möglichkeit der Versorgung von Demenzpatienten ist eine stationäre Betreuungseinrichtung, wie beispielsweise ein Pflegeheim oder eine Pflegestation. In solchen Langzeitpflegestationen treffen Menschen mit unterschiedlichsten Erkrankungen, Symptomen und Bedürfnissen aufeinander. Das Pflegepersonal in der Langzeitpflege spezialisiert sich nicht nur auf die Betreuung von Demenzpatienten, sondern auf ein weitgefächertes Klientel. Hier steht vor allem die Rund-um-Versorgung im Mittelpunkt (Ernährung, Körperpflege, Erhaltung und Förderung der Selbstständigkeit,...). Auf den Langzeitpflegestationen liegt der Schwerpunkt eher auf dem häuslichen Kontext und der Überschaubarkeit, im Gegensatz zum qualifizierten Umgang mit Demenzpatienten in den SCUs (Radzey & Heeg, 2001).

Laut dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) in Deutschland werden 5% der über 65-jährigen in Deutschland in Heimen bzw. Langzeitpflegestationen versorgt. Prozentuell gesehen liegt der Anteil bei den 65- bis 69-jährigen Heimbewohner bei etwa 1% und steigt bei den über 90-jährigen auf über 30 % an (BMFSFJ, 1998, nach Weyerer, Schäufele & Hönig, 2001). Häfner (1991, nach Weyerer et al., 2001) berichtet, dass über 60% der an Demenz erkrankten Patienten derzeit von den eigenen Familien betreut werden. Dennoch steigt der Trend der Inanspruchnahme von Langzeitpflegestationen bzw. Heimen immer mehr. Die Heimversorgung hat sich in den letzten Jahren stark verändert, da früher eher mehr Altenheimplätze genutzt wurden, und jetzt die Nachfrage nach Pflegeheimplätzen stark in den Vordergrund gerückt ist (Weyerer et al., 2001) Weyerer et al. (2001) listen eine Reihe von Faktoren auf, die diesen Anstieg der Nachfrage beeinflussen können (siehe Tabelle 7).

Tabelle 7: *Beeinflussungsfaktoren Inanspruchnahme stationärer Altenhilfe (Weyerer et al., 2001, S. 10)*

<b>Beeinflussungsfaktoren</b>
Langfristig wirken sich dabei vor allem Veränderungen im <i>Altersaufbau der Bevölkerung</i> aus, die Zunahme älterer, vor allem hochbetagter Menschen. Altersbedingt nimmt die Anzahl chronisch Kranker und Pflegebedürftiger zu.
Die Inanspruchnahme stationärer Einrichtungen hängt auch vom <i>familiären Pflegepotenzial</i> ab, von der Akzeptanz und den Kosten dieser Einrichtungen und der Anzahl der angebotenen Heimplätze. (...)
Die Inanspruchnahme stationärer Einrichtungen ändert sich ebenfalls sehr stark, wenn der Bereich der <i>ambulant und teilstationären Altenhilfe</i> ausgebaut wird.
Ebenso spielen die <i>Überweisungsgewohnheiten im stationären Bereich</i> eine wichtige Rolle. In den letzten 30 Jahren wurden in vielen Ländern chronisch kranke alte Menschen aus psychiatrischen Landeskrankenhäusern in Heime überwiesen. (...)
Und schließlich können <i>neue rechtliche Rahmenbedingungen</i> (...) die Inanspruchnahme von Einrichtungen der stationären Altenhilfe beeinflussen.

Weyerer et al. (2001) untersuchten in einer Studie 15 Alten- und Pflegeheime (ohne SCUs) in Mannheim (Deutschland). Es konnte festgestellt werden, dass die Arbeitsbelastung der Pflegekräfte in den letzten Jahren stark angestiegen ist und das Pflegepersonal immer weniger Zeit für die Betreuung der Heimbewohner zur Verfügung hat, sondern sie sich eher auf die „reinen“ Pflegetätigkeiten konzentrieren müssen. Dieser Anstieg der Arbeitsbelastung wurde

durch die Zunahme von Demenzpatienten begünstigt, wobei gleichzeitig Personal abgebaut wurde. Aufgrund dieser Situation wünschten sich die Pflegekräfte ein größeres Fortbildungsangebot (vor allem zum Umgang mit depressiven, aggressiven und verwirrten Bewohnern) um diese Situation besser bewältigen zu können. Obwohl es einen hohen Unterstützungsbedarf von Seiten des Pflegepersonals gibt, ist die Nutzung von Supervisionsangeboten relativ gering. In der Studie fiel auch auf, dass demente Heimbewohner seltener in Einzelzimmer als nicht Demente wohnten und sie oft wegen ihrer Verhaltensauffälligkeiten von ihren Mitbewohnern getrennt wurden. Zudem nahmen Demenzpatienten weniger an Gedächtnistrainingsprogrammen und Beschäftigungstherapien teil, wobei sie in anderen Förderungsprogrammen überrepräsentiert waren. Oftmals fehlte in den Heimen auch die bauliche Anpassung an die Bedürfnisse der Demenzpatienten, wie z.B. Orientierungshilfen.

### ***3.7 Vergleich Demenzstation/Langzeitpflege***

Das National Institute on Aging (NAI) förderte in den 90er Jahren mehrere Forschungsprogramme zur Untersuchung des Wesens und Effektivität der Pflege in Special-Care-Units. In diesen Untersuchungen wurde die Patientenversorgung zwischen SCUs und herkömmlichen Pflegeeinrichtungen verglichen (Radzey & Heeg, 2001).

In Tabelle 8 sind die Forschungsergebnisse (Vergleich SCUs und normale Langzeitpflegestation) zusammengefasst dargestellt:

Tabelle 8: *Forschungsergebnisse: Vergleich SCUs/ Langzeitpflegestationen*

#### **Forschungsergebnisse (Radzey & Heeg, 2001): Vergleich SCUs und herkömmliche Langzeitpflegestationen:**

Es gibt keine bemerkenswerten Unterschiede bezüglich des funktionellen Abbaus der Bewohner.

Die ermittelten Werte zu den ADLS auf den beiden Stationen unterscheiden sich nicht signifikant.

Der kognitive Abbau bei verhaltensauffälligen Patienten in SCUs verläuft schneller.
Es gibt keine eindeutigen Hinweise darauf, dass durch eine Veränderung der Betreuung auch das Verhalten des Demenzpatienten positiv beeinflusst wird. <sup>1</sup>
In SCUs gibt es weniger physische Fixierungen.
Kognitiv unbeeinträchtigte Mitbewohner werden durch die Verhaltensauffälligkeiten ihrer dementen Mitbewohner deutlich in ihrer Lebensqualität beeinträchtigt.
Die Unterbringung von Demenzpatienten in SCUs wirkt sich positiv auf deren Familienangehörige aus.
Das Pflegepersonal profitiert von den günstigeren Arbeitsbedingungen in den SCUs (höherer Personalschlüssel).

Radzey und Heeg stellen in ihrem Artikel fest, dass die großen Erwartungen an die Pflege von Demenzpatienten in SCUs, nicht erfüllt werden. Es sei sogar die Gruppe der Demenzpatienten in den SCUs diejenige, die am wenigsten von dieser Art der Versorgungsform profitieren würde.

Obwohl sich die Qualität der Studien über die SCUs bzw. Langzeitpflegestationen mittlerweile verbessert hat, erreichen sie meist immer noch nicht den „ goldenen Standard“ der Wissenschaft, da die meisten Studien deskriptiv und ohne Randomisierung durchgeführt wurden (Radzey & Heeg, 2001). Radzey und Heeg (2001) berichten:

Neben diesen grundlegenden Mängeln im Studiendesign werden bei der methodischen Kritik der Studien häufig Schwachstellen beschrieben (z.B. keine Verwendung standardisierter Instrumente, Datenerhebung durch „parteiische“ Personen). Dies führt dazu, dass bei vielen durchgeführten Untersuchungen aufgrund der fehlenden methodischen Güte auch die Ergebnisse in Frage gestellt werden. (S.35)

Reimer, Slaughter, Donaldson, Currie und Eliasziw (2004) begründen in ihrem Artikel die schlechten Ergebnisse der SCUs damit, dass diese speziellen Stationen meist in ein traditionelles Heim integriert sind, und demnach nur bis zu einem gewissen Grade ihre speziell angefertigten Betreuungskonzepte für Demenzpatienten umsetzen können. So wird

---

<sup>1</sup>Als methodischer Sicht erweist es sich aber als Problem, dass häufig jüngere und stark verhaltensauffällige Bewohner in die SCUs aufgenommen werden und somit die Vergleichbarkeit mit der Kontrollgruppe nur bedingt möglich ist (Radzey & Heeg, 2001).

auf den meisten Demenzstationen die räumliche Trennung, die spezifischen Aufnahme- und Entlassungskriterien und die Miteinbeziehung der Familienangehörigen umgesetzt, jedoch die dementengerechte Gestaltung der Umgebung kann meistens nur begrenzt durchgeführt werden (z.B. bleiben die langen Korridore, kein geschützter Zugang ins Freie,..). Zudem wird oft auch der geforderte erhöhte Personalschlüssel auf einer Demenzstation heruntergesetzt. Als Konsequenz davon werden nun immer mehr „Special Care Facilities“ (SCF) gebaut, die wirklich alle Faktoren zur Förderung der Demenzpatienten berücksichtigen sollen. Sie werden eigens für Demenzpatienten geplant, der Personalschlüssel wird entsprechend den Anforderungen erhöht und es müssen keine Kompromisse wie in vielen SCUs geschlossen werden. Reimer et al. (2004) verglichen in einer Langzeitstudie (Dauer ein Jahr) die Lebensqualität von Patienten (N= 185) mit mittel- bis schwergradig fortgeschrittener Demenz in traditionellen Einrichtungen mit SCFs. Anhand von standardisierten Testverfahren konnte festgestellt werden, dass die Demenzpatienten in den SCFs eine deutlich bessere Funktion bezüglich der ADLs aufwiesen, mehr Interesse an ihrem Umfeld zeigten und weniger negative Affekte erlebten. Es gab zwischen den Patienten von SCFs und den traditionellen Einrichtungen keine Unterschiede bez. Konzentration, Gedächtnis, Orientierung, Depression und sozialem Rückzug. Reimer et al. (2004) schlussfolgerten daraus, dass die Lebensqualität für Patienten mit einer mittel- bis schwergradigen Demenz gleich bzw. besser in SCFs ist, als wie in traditionellen Einrichtungen.

Auch wenn es mittlerweile immer mehr wissenschaftliche Studien zur Effektivität von unterschiedlichen Betreuungskonzepten von Demenzpatienten gibt, und es sich auch Trend in Richtung SCUs und SCFs entwickelt hat, wird es aufgrund unterschiedlichster Rahmenbedingungen nie „nur“ SCUs und SCFs für die Betreuung von Demenzpatienten geben. Es wird immer ein gemischtes Angebot von Demenzbetreuungseinrichtungen geben. Vogel (2004) betont im Artikel „Qualität erfordert gemeinsames Pflegeverständnis“ wie wichtig ein einheitliches Pflegeverständnis deshalb von Seiten des Pflegepersonales ist, egal auf welcher Art von Betreuungsstation man sich befindet. Nur wenn das gesamte Pflegepersonal die Philosophie und Qualitätsansprüche der Institution einheitlich umsetzt, kann ein Pflegestandard eingehalten werden. So sollten die Pflegekräfte vertraut mit dem Inhalt von Pflegeleitbild, Pflegeverständnis, Pflege- und Betreuungskonzept, Pflegestandards und Handlungsanweisungen sein und auch danach handeln. Oftmals entwickelt sich nämlich eine „Stationskultur“ die durch die individuellen Normen und Werte der Pflegekräfte geprägt wurde, anstelle von vorgegebenen einheitlichen Werten und Normen von Seiten der

Institution. Gelingt es jedoch, diesen „Ist-Zustand“ in den von der Institution vorgegebenen „Soll-Zustand“ zu verwandeln, erhöht sich nicht nur der Pflegestandard, sondern auch die Zufriedenheit der Mitarbeiter, da es weniger Störvariablen gibt (Vogel, 2004).

## **4 Stress und Belastung**

Stress und Belastung sind Begriffe, die aus der modernen Arbeitswelt nicht mehr wegzudenken sind und die ganz besonders in der Auseinandersetzung mit sozialen Berufen einen wichtigen Stellenwert einnehmen. Die Beschäftigung mit arbeitspsychologischen Theorien zu diesem Thema soll als Grundlage dienen, um in Folge einen genaueren Blick auf spezifische Belastungen im Pflegeberuf zu werfen. Der Umgang mit bzw. die Pflege von demenzkranken Patienten stellt eine weitere Herausforderung für Pflegepersonen dar, und es können hierzu ganz konkrete stressauslösende Momente aufgezeigt werden.

### ***4.1 Allgemeine Theorien zu Stress und Belastung am Arbeitsplatz***

In der Literatur existieren für das Konstrukt Stress zahlreiche *Definitionen und Erklärungsmodelle*. Semmer (1984) unterscheidet hierzu situations- und personenbezogene, negative und neutrale, kognitive und nicht-kognitive sowie enge und weite Begriffsdefinitionen. Im Gegensatz zu reiz- und reaktionsorientierten Konzepten, die das Erleben von Stress an bestimmten Stimuli und Reaktionen festmachen, stellt eine personenbezogene Sichtweise individuelle Interpretationen und Bewertungen in den Mittelpunkt. Während Selye (1977, nach Semmer, 1984) Stress als eine „unspezifische Reaktion des Organismus auf jede Art von Anforderung, die an ihn gestellt wird“ (S. 19) sieht, überwiegt nach Semmer (1984) in kognitiv orientierten Stress-Konzeptionen eine negative Auffassung. Nach ihm ist es auch wichtig von einer rein physiologisch-organismischen Stressdefinition zu einer kognitiv-emotionalen überzugehen, welche die Rolle der psychischen Situationsbewertung im Stresserleben betont. Eine Einengung des Stressbegriffs auf bestimmte auslösende Bedingungen und bestimmte Reaktionen sowie

hinsichtlich der Ereignisintensität erscheint Semmer im Sinne einer personenbezogenen Definition nicht sinnvoll. Eine Einschränkung sei nur „insoweit vorzunehmen, als eine negative Bewertung durch das Individuum vorliegen muß“ (Semmer, 1984, S. 25).

Diese Aspekte zusammenfassend definiert Semmer (1984) Stress als einen „unangenehmen Spannungszustand, der entsteht, wenn eine Situation als aversiv eingeschätzt wird“ (S. 27). Ebenso gibt Greif (1991), der sich mit dem Thema Stress in der Arbeit befasst hat, eine negative Definition von Stress und verweist auf die Subjektivität des Stresserlebens:

„Streß“ ist ein subjektiv intensiv unangenehmer Spannungszustand, der aus der Befürchtung entsteht, daß eine

- stark aversive,
- subjektiv zeitlich nahe (oder bereits eingetretene) und
- subjektiv lang andauernde Situation

sehr wahrscheinlich nicht vollständig kontrollierbar ist, deren Vermeidung aber subjektiv wichtig erscheint. (S.13)

In ähnlicher Weise betonen auch Lazarus und Folkman (1984) mit ihrer Definition eine individuelle Ebene des Stressempfindens. „Psychological stress, therefore, is a relationship between the person and the environment that is appraised by the person as taxing or exceeding his or her resources and endangering his or her well-being.“ (Lazarus & Folkman, 1984, S. 21). Es liegt an der jeweiligen Person, ob ein Ereignis als stressauslösend empfunden wird oder nicht. Lazarus und Folkman sprechen in diesem Zusammenhang von kognitiver Bewertung („cognitive appraisal“). Zuerst entscheidet die Person, ob eine Begegnung als irrelevant, positiv oder stressauslösend zu bewerten ist. Diesen Prozess bezeichnen die Autoren auch als „primary appraisal“ . Je nach Erleben kann eine stressende Situation als Schaden, Bedrohung oder Herausforderung empfunden werden. Das Erleben von Schaden oder Verlust („harm/loss“) bedeutet, dass die Person in der Situation bereits eine Verletzung oder einen Schaden erlitten hat. Die Empfindung einer Bedrohung („threat“) bezieht sich auf die Möglichkeit, dass ein Schaden oder ein Verlust stattfinden könnte und ist mit negativen Emotionen, insbesondere mit Angst, verbunden. Im Gegensatz dazu kann die Bewertung einer Situation als Herausforderung („challenge“) mit angenehmen Gefühlen verbunden sein. Sie lässt der Person die Möglichkeit offen, die Situation beherrschen zu können. Ausgehend von

dieser ersten Bewertung entscheidet die Person dann in einer zweiten Phase („secondary appraisal“), was sie in der jeweiligen Situation unternehmen kann, und evaluiert mögliche Strategien sowie deren Konsequenzen. Erhält die Person neue Informationen aus der Umgebung oder durch eigene Bewältigungsversuche, kann sich die Bewertung der Situation verändern („reappraisal“).

Nach Lazarus und Folkman (1984) laufen kognitive Bewertungsprozesse nicht immer bewusst ab. Sie bestimmen aber im wesentlichen die Intensität des empfundenen Stresses sowie die Qualität und Stärke der emotionalen Reaktion.

Zu der Frage, welche Faktoren Stress verursachen, nennt Semmer (1984) Probleme des Regulationsaufwandes, Regulationsunsicherheit und Zielunsicherheit als die wichtigsten *Stressoren*<sup>2</sup> im Kontext der Arbeitssituation. Ein zu hoher Regulationsaufwand entsteht meist durch zu hohe quantitative Anforderungen im Erfüllen einer Aufgabe. Vor allem intensive körperliche, aber auch psychische Beanspruchungen wie hohe Konzentrationsleistungen führen über längere Zeit zu Ermüdungserscheinungen und einer Beeinträchtigung des Befindens. Ebenso erschweren Aspekte der Arbeitsumgebung (zum Beispiel Lärm), innere Faktoren (Schmerzen, Müdigkeit, kognitive Beschäftigung mit privaten Probleme) und Unterbrechungen des üblichen Arbeitsablaufs die Durchführung einer Handlung. Ist das Ziel klar, aber die Wege zur Erreichung des Zieles sind unklar bzw. die Zielerreichung an sich ist ungewiss, so spricht Semmer (1984) von einer Regulationsunsicherheit. Es handelt sich hier um eine qualitative Überforderung der Person. Unsicherheit bezüglich des Zieles entsteht durch unklare, widersprüchliche Anweisungen. Andere stressinduzierende Faktoren sind nach Semmer (1984) vor allem unzureichende Arbeitsinhalte - wenn die Aufgabe für den Betreffenden zu einfach oder zu langweilig ist und wenig Möglichkeit zur Bestätigung eigener Fähigkeiten bietet - oder Tätigkeiten, welche die Person für ethisch nicht vertretbar oder für sinnlos hält und sie in Konflikte mit dem eigenen Wertesystem bringt. Auch mangelnde Möglichkeiten zu sozialem Kontakt, zu Kommunikation und Kooperation in der Arbeit können Stress auslösen.

Eine andere Einteilung gibt McGrath (1976, nach Semmer, 1984), der in seinem Sektionsmodell drei Bereiche von Stressoren (die physikalisch-technologische Umgebung, die

---

<sup>2</sup> „Stressoren“ sind hypothetische Faktoren, die mit erhöhter Wahrscheinlichkeit ‚Stress‘ (oder ‚Stressempfindungen‘) auslösen.“ (Greif, 1991, S. 13)

sozial-interpersonale Umgebung, das Person-System) beschreibt und durch Kombination dieser auf mögliche Stressursachen (aufgabenbedingter Stress, rollenbedingter Stress, Stress aus der physikalischen Umgebung, Stress aus der sozialen Umgebung, Stress aus Merkmalen der Person) schließt.

In ihrem Berufsleben werden Menschen meist mit mehreren dieser möglichen Stressoren gleichzeitig konfrontiert. Semmer (1984) spricht in diesem Zusammenhang von einem Problem der Mehrfachbelastung. Es ist durchaus denkbar, dass ein Stressor einen anderen zumindest kurzfristig verdrängt. Sicherlich häufiger ist jedoch, dass sich Stressoren addieren oder sogar in ihrer Wirkung wechselseitig verstärken. Auch darf nicht unbeachtet bleiben, dass auch Stressoren aus anderen Lebensbereichen wie Familie und Freizeit in das Arbeitsfeld hineinwirken und es beeinträchtigen können.

Als *Variablen mit intervenierender und moderierender Wirkung* auf das Stressempfinden werden von Greif (1991) Persönlichkeitsmerkmale sowie technische und soziale Ressourcen zur Bewältigung von Stress genannt. Semmer (1984) gibt als weiteren wichtigen stressbeeinflussenden Faktor die Möglichkeit zur Kontrolle an. Bei dieser kann es sich um eine tatsächliche Einflussnahme auf das Geschehen oder um lediglich die Erwartung, man könne die Situation kontrollieren, handeln. Soziale Unterstützung hat auch nach Semmer (1984) einen positiven Effekt. Sie kann ebenso praktische Hilfe wie emotionale Unterstützung beinhalten und direkt stressreduzierend oder indirekt stressmildernd wirken. Lazarus und Folkman (1984) teilen die Variablen, welche die kognitive Bewertung eines stressigen Ereignisses beeinflussen in Faktoren der Person und Faktoren der Situation ein. Zu den Personenfaktoren zählen die Bindungen („commitments“) einer Person, die ausdrücken, was für sie wichtig ist, und das Erleben einer Situation als Herausforderung oder Bedrohung bestimmen. Ebenso zu den in der Person verankerten Variablen zählen Überzeugungen („beliefs“) die Kontrolle einer Situation betreffend oder bezogen auf existenzielle Themen wie Schicksal und Sinn des Lebens. Faktoren der Situation, welche die Stresswahrnehmung beeinflussen, beziehen sich vor allem auf zeitliche Gegebenheiten wie nahes Bevorstehen oder Dauer eines Ereignisses und auf eine Unsicherheit bezüglich des zeitlichen Auftretens von diesem. Auch das neue Auftreten einer Situation, eine Unvorhersehbarkeit und Zweideutigkeit, aber auch die zeitliche Position des Ereignisses im Leben eines Menschen und die zeitliche Relation zu anderen Ereignissen, beeinflussen das Stresserleben.

Zu der Frage der *Stressbewältigung* soll hier kurz das Konstrukt *Coping* erwähnt werden. Lazarus und Folkman (1984) geben eine prozessorientierte Definition: „We defined coping as constantly changing cognitive and behavioral efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person.“ (S.178). Je nach Funktion unterscheiden Lazarus und Folkman (1984) zwei Hauptformen des Copings. Während sich das problemzentrierte Coping („problem-focused coping“) mit dem Stressor an sich befasst, reguliert das emotionszentrierte Coping („emotion-focused coping“) die emotionale Antwort auf das Problem. Die Art und Weise, wie eine Person mit Stress umgeht, wird durch ihre Ressourcen wie Gesundheit, Überzeugungen, Fähigkeiten, soziale und materielle Unterstützung sowie durch persönliche und umweltbedingte Einschränkungen dieser Ressourcen bestimmt.

Durch Konfrontation mit einem Stressor werden im Menschen Prozesse in Gang gesetzt, die sich nach Schmidt (2004) in körperliche, verhaltensbezogene und geistig-emotionale *Stressreaktionen* einteilen lassen. Körperliche Stressreaktionen beziehen sich vor allem auf hormonelle Vorgänge wie die vermehrte Produktion und Ausschüttung von Adrenalin, Noradrenalin<sup>3</sup> und Cortisol<sup>4</sup>. Diese führen unter anderem zu einem Anstieg von Blutdruck und Pulsfrequenz, einer Erweiterung der Bronchien, einer verbesserten Durchblutung der Skelettmuskulatur und einer Herabsetzung der Verdauungstätigkeit sowie einer Erhöhung der Magensäureproduktion. Während der Körper auf diese Weise optimal auf eine akute Stresssituation reagieren kann, birgt dauerhafter Stress durch die erwähnten Veränderungen gesundheitliche Risiken. So kann es langfristig zum Beispiel zu Schädigungen der Blutgefäße -und in Folge zu Infarkten-, zu Verspannungen der Muskulatur, zu Magen-Darm-Geschwüren und einer Schwächung des Immunsystems kommen. Als verhaltensbezogene Stressreaktionen nennt Schmidt (2004) hastiges, ungeduldiges Verhalten, die vermehrte Einnahme von Suchtmitteln um sich zu betäuben, unkoordiniertes Arbeitsverhalten und gehäufte Konflikte mit anderen, aber auch passives Vermeidungsverhalten. Geistig-emotionale Stressreaktionen umfassen Gedanken und Gefühle, die in einer belastenden Situation ausgelöst werden wie beispielsweise Nervosität, Unzufriedenheit, Ärger, Hilflosigkeit, Selbstvorwürfe und Denkblockaden. Nach Semmer (1984) sind schädliche Folgen von Stress vor allem dann zu

---

<sup>3</sup> Adrenalin und Noradrenalin: Hormone des Nebennierenmarks (Pschyrembel, 1998)

<sup>4</sup> Cortisol: Glukokotikoid, Hormon der Nebennierenrinde (Pschyrembel, 1998)

erwarten, „wenn sie [die negativ eingeschätzten Ereignisse] an Intensität und/ oder Dauer eine kritische Grenze überschreiten“ (S.21).

Dieser Einblick in einige Theorien und Gedanken zum Konstrukt Stress insbesondere im Kontext der Arbeitssituation soll als Grundlage weiterer Überlegungen dienen. Das Verständnis von Stress, so wie der Begriff auch in Folge verwendet wird, schließt sich den genannten Definitionen von Stress als unangenehmen, negativ besetzten Zustand an. Wichtig erscheint hierzu auch die Betonung des subjektiven, individuell unterschiedlichen Erlebens von Stress.

Häufig in einem ähnlichen Kontext wie das Wort Stress verwendet und daher einer Erwähnung an dieser Stelle würdig, ist der Begriff *psychische Belastung*. „Psychische Belastung wird verstanden als die Gesamtheit der erfaßbaren Einflüsse, die von außen auf den Menschen zukommen und auf ihn psychisch einwirken“ (Normenausschuß Ergonomie, 1987, nach Greif, 1991, S.4) Im Gegensatz zu dieser neutralen Definition hat der Begriff Belastung, wie er in weiterer Folge Anwendung findet, allerdings eine negative Bedeutung, zumal die Verwendung des Wortes Belastung meist aus der Übersetzung des englischen Wortes *strain* resultiert, das durchaus mit Druck und intensiver Beanspruchung verbunden wird (Greif, 1991).

Die hier sehr allgemein dargestellten auslösenden und moderierenden Variablen von Stress sollen im folgenden für den Pflegeberuf im allgemeinen sowie für die Pflege von demenzkranken Patienten im speziellen weiter konkretisiert werden.

## **4.2 Stress im Pflegeberuf**

Trotz gesunkener Patientenzahlen in Relation zum Personalstand kann in den letzten Jahren ein Anstieg der Anforderungen an das Pflegepersonal beobachtet werden. Dies wird von Büssing (1990) vor allem auf einen strukturellen Wandel der Pflege zurückgeführt. Als Ursachen beschreibt er hierzu einen intensiveren Arbeitsaufwand durch gesunkene Verweildauer der Patienten, sozialpolitische Randbedingungen sowie komplexe Mehrfachbelastung der Pflegepersonen und gestiegene Anforderung durch stark erweiterte Leistungserbringung und hohen Kooperationsbedarf.

Auch berufspolitische und ideologische Veränderungen in der Pflege scheinen die Anforderungen zu erhöhen. Galt es früher als professionell sich vom Patienten möglichst zu distanzieren, wird heute der Aufbau einer mehr oder weniger nahen Beziehung zum Patienten als sehr wichtig angesehen (Williams, 2001, nach Winwood & Lushington, 2006).

Der ständig wachsende Anteil älterer Menschen an der Bevölkerung und der damit verbundene prozentuelle Anstieg an alten, pflegebedürftigen Patienten in den Spitälern und Pflegeheimen sollte in diesem Kontext ebenfalls berücksichtigt werden.

Udris und Frese (1988, nach Büssing, 1990) teilen *Stressoren* in Stressoren in der Arbeitsaufgabe, physikalische Stressoren, Stressoren in der zeitlichen Dimension und Stressoren in der sozialen und organisationalen Situation ein. Büssing übernimmt diese Einteilung und gibt Beispiele für den Krankenpflegeberuf. Stressoren in der Arbeitsaufgabe äußern sich in Unter- und Überforderungen sowie Handlungsunterbrechungen. Unter- und Überforderungen können quantitativer oder qualitativer Natur sein. Beispiele hierzu wären Zeitdruck, schwierige, komplizierte Tätigkeiten, aber eben auch zeitlich und inhaltlich monotone Arbeiten. Handlungsunterbrechungen entstehen häufig durch Telefonanrufe oder patientenbezogene Zwischenfälle. Physikalische Stressoren meinen körperliche Belastungen aufgrund schlechter räumlicher Bedingungen oder mangelhafter Hilfsmittel. Stressoren in der zeitlichen Dimension liegen in der Pflege vor allem in den wechselnden Diensten der Schichtarbeit. Stressoren in der sozialen und organisationalen Situation zeigen sich in Konflikten mit Vorgesetzten und Kollegen sowie im Patientenkontakt.

Bezogen auf eine Untersuchung von über 1200 Pflegepersonen in der deutschen Schweiz gibt Widmer (1989) eine Rangfolge von Stressfaktoren bei Pflegepersonen an. An erster Stelle und somit am häufigsten genannt liegen ethische Konflikte bei der Pflege und Betreuung der Patienten. Es folgen Personalkonflikte, Verunsicherung die Arbeit und die eigene Person betreffend, Arbeitslast, Unselbständigkeit, die Beziehung zu Vorgesetzten und die Beziehung zum Arzt.

In einer Zusammenfassung von Studien aus Großbritannien ergänzen Edwards und Burnard (2003) zu den bereits aufgelisteten Stressoren noch Stressursachen administratorischer und organisatorischer Art, finanzielle und ressourcenbezogene Gründe, unzureichende Personalstände und mangelnde Supervision. Auch der häufige Umgang mit Tod und sterbenden Patienten kann für das Pflegepersonal Stress bedeuten (Marshall, 1980, nach Tyler

& Ellison, 1993). McVicar (2003) betont das Vorliegen unterschiedlicher Stressoren je nach Arbeitsplatz und den Einfluss der individuellen Wahrnehmung jeder einzelnen Pflegeperson. Auch scheinen sich Stressoren über die Zeit zu verändern. McVicar nennt zum Beispiel unzureichende Bezahlung trotz hoher Arbeitslast und schlechter personeller Besetzung als Stressursache, die in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen hat.

Als *stressbeeinflussende Faktoren* im Pflegeberuf werden in der Literatur zum Beispiel Alter, Geschlecht und Persönlichkeit genannt. Das Alter der Pflegeperson scheint ihr Stressempfinden insofern zu beeinflussen, dass jüngere Pflegepersonen unter mehr Stress leiden (Edwards & Burnard, 2003; Glasberg, Eriksson & Norberg, 2007). Bezüglich der moderierenden Wirkung des Geschlechts gibt es unterschiedliche Ergebnisse. Während Glasberg et al. (2007) und Edwards und Burnard (2003) Frauen als anfälliger für Stress beschreiben, geben Melchior et al. (1997, nach Edwards & Burnard, 2003) einen höheren Burnoutscore für Männer an. Keine Geschlechtsunterschiede finden sich bei Tyler und Ellison (1994).

Einen häufig beschriebenen positiven Einfluss bringen Persönlichkeitseigenschaften wie hohe Selbstachtung, Ausdauer, emotionale Stabilität und das Verfügen über gute Copingfähigkeiten (Carson & Kuipers, 1998, nach Edwards & Burnard, 2003). Ebenfalls stressreduzierend wirkt sich soziale Unterstützung aus. Pflegepersonen mit Familien und in Partnerschaften erleben weniger Stress (Tyler & Ellison, 1994).

Der Erwerb zusätzlicher Qualifikationen scheint mit mehr Verantwortung und somit auch mit mehr Stress einherzugehen (Tyler & Ellison, 1994). Im Gegensatz dazu wirkt sich das gezielte Training von psychosozialen Fähigkeiten und Entspannungsmechanismen im Zuge von Stressmanagement Workshops durchaus positiv aus (Edwards & Burnard, 2003).

Unterschiede im Stresserleben scheinen zum Teil auch stark von der jeweiligen Station abzuhängen, wo die Person arbeitet. Je nach Stationsschwerpunkt liegen andere Stressoren vor (Tyler & Ellison, 1994).

Betrachtet man die *Folgen von Stress* in der Pflege, so lassen sich natürlich auch bei Pflegepersonen die im allgemeinen Teil erwähnten kurz- und langfristigen Auswirkungen von Stress wiederfinden. Winwood und Lushington (2006) untersuchen in ihrer Studie den Effekt von psychischen und physischen Anforderungen auf Schlaf, Erholung und chronische Stressfolgen und kommen zu dem Ergebnis, dass vor allem die psychologischen Belastungen

des Pflegeberufs negative Auswirkungen haben. Psychologische Anforderungen, geistige und emotionale gleichermaßen, haben nach den Autoren einen größeren Einfluss auf die Schlafqualität und die Erholungsfähigkeit zwischen den Diensten und beeinträchtigen Gesundheit und Wohlbefinden der Betroffenen stärker als physische Anforderungen. Untersuchungen aus Großbritannien zeigen höhere Fehlraten und mehr Krankenstände bei Personal aus dem Gesundheitssektor als bei Angestellten anderer Bereiche (Nuffield Trust, 1998, nach Edwards & Burnard, 2003). Foxall, Zimmermann, Standley und Bené Captain (1990, nach Tyler & Ellison, 1994) geben Personalfuktuation und eine Abnahme der Pflegequalität als Folgen von Stress an. Somit hat eine Überbelastung der Pflegeperson immer auch direkte Auswirkungen auf den Patienten.

Nehmen Belastungen und Stress überhand, kann es zum sogenannten *Burnout-Syndrom* kommen. „Burnout heißt ‚ausgebrannt sein‘ und bezeichnet einen plötzlich einsetzenden oder langsam beginnenden Zustand körperlicher, geistiger oder gefühlsmäßiger Erschöpfung.“ (Schmidt, 2004, S. 33). Nach Maslach und Leiter (2001) sind vor allem Arbeitnehmer von „Hightouch-Berufen“ – das sind Berufe, die ein großes Maß an direktem Kontakt zu Menschen erfordern – durch Burnout gefährdet. So ist also auch im Pflegeberuf das Burnout ein häufig diskutiertes Thema und eine gefürchtete Langzeitfolge von Stress. Anfangs ist der Burnout-Prozess durch hohes Engagement und Begeisterung gekennzeichnet. Aufgrund von Überforderung und Erschöpfung wird aber dieses Engagement alsbald reduziert und es folgt eine Phase der Stagnation, die schlussendlich in ein Stadium der existenziellen Verzweiflung, das von Hoffnungslosigkeit, Sinnlosigkeit und einem erhöhten Krankheitsrisiko geprägt ist, mündet (Burisch, 1989, nach Schmidt, 2004).

*Stressbewältigung* kann nach Udriș und Frese (1988, nach Büssing, 1990) entweder an einer Veränderung der Stressoren oder am Verändern der Ressourcen ansetzen. Außerdem können individuelle von institutionellen Maßnahmen unterschieden werden. Konkret zählen dazu Maßnahmen zur Beseitigung der Stressoren, Bereitstellung von sozialer Unterstützung, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen sowie Programme zu Stressmanagement und das Erlernen von Entspannungstechniken.

Auch in der Betreuung demenzkranker Patienten lassen sich natürlich all die in diesem Abschnitt dargestellten Stressoren, Moderatoren und Stressfolgen des Pflegeberufs wiederfinden. Resultierend aus den Besonderheiten der Demenzerkrankung wie Symptomen,

Krankheitsverlauf und auftretenden Verhaltensauffälligkeiten kann die Pflege solcher Patienten jedoch noch zusätzliche Belastungen mit sich bringen.

### ***4.3 Das Belastungserleben von Pflegepersonen im Umgang mit demenzkranken Patienten***

Durch den wachsenden Anteil sehr alter Menschen in der Bevölkerung und die Zunahme der Demenzerkrankungen werden auch Pflegepersonen in den Spitälern immer häufiger mit demenzkranken Patienten konfrontiert. In den Pflegeheimen steigt die Zahl der schwer demenzkranken Bewohner. Die Verdichtung der ambulanten Versorgung macht es möglich, dass alte Menschen länger zu Hause betreut werden. Die Einweisung in den stationären Bereich erfolgt oft erst bei Auftreten gravierender Verhaltensstörungen (Schröder, 1999).

Sowohl in Spitälern als auch in Pflegeheimen müssen Pflegepersonen die Pflege an das besondere Verhalten des demenzkranken Patienten anpassen und mit problematischen Verhaltensauffälligkeiten umgehen lernen. Schwierigkeiten ergeben sich u.a. aus den Veränderungen in Wahrnehmung, Gedächtnis und Orientierung (Beck & Heacock, 1988 und Maas & Buckwalter, 1991, nach Kuremyr, Kihlgren, Norberg, Aström & Karlsson, 1994) sowie aus aggressiven Verhaltensweisen (Patel & Hope, 1992, nach Rodney, 2000) und mangelnder Kommunikationsfähigkeit (Asplund, Jansson & Norberg, 1993 und Jansson, Norberg, Sandman, Athlin & Asplund, 1993, nach Kuremyr et al., 1994). Hinzu kommt eine zunehmende Pflegebedürftigkeit bei Fortschreiten der Demenzerkrankung.

Angesichts dieser Problemlage erscheint es verwunderlich, dass sich die Forschung zwar bereits schon vielfach mit der Belastung pflegender Angehöriger von Demenzkranken, aber noch recht wenig mit dem Stresserleben von professionellen Pflegepersonen auseinandergesetzt hat (Mackenzie & Peragine, 2003 und McCarty & Drebing, 2003, nach Zimmermann et al., 2005; Rodney, 2000). Außerdem beschäftigen sich die Studien häufig nur sehr allgemein mit dem Thema und suchen die Ursachen für Stress und Burnout eher in organisatorischen Gegebenheiten (Kuremyr et al., 1994). Dies mag natürlich durchaus auch seine Berechtigung haben. Es stellt sich jedoch die Frage, welche Verhaltensauffälligkeiten des demenzkranken Patienten im besonderen Einstellung und Belastungserleben von

Pflegepersonen beeinflussen und wie mögliche individuelle Variablen der Pflegeperson in dieses Erleben hineinwirken. Die Kenntnis solcher Zusammenhänge stellt eine wichtige Voraussetzung für eine Maßnahmenplanung in Richtung Situationsverbesserung dar und würde Pflegepersonen wie Patienten gleichermaßen davon profitieren lassen.

Herausfordernde Verhaltensweisen, die bei Pflegepersonen ein besonders hohes Maß an Stressempfindungen auslösen, sind nach Gilleard (1984, nach Rodney 2000) vor allem Herumwandern, Unruhe, Desorientierung und Inkontinenz der Patienten. Untersuchungen mit der Swedish Strain in Nursing Care Assessment Scale (NCAS)<sup>5</sup> zufolge schreiben Pflegepersonen ihren demenzkranken Patienten mehr negative als positive Eigenschaften zu (Brodaty, Draper & Low, 2003). Am häufigsten werden die Patienten als agitiert, aggressiv, schwer zugänglich und unberechenbar sowie als einsam, ängstlich und abhängig beschrieben. Am schwierigsten und meisten belastend empfinden die Pflegepersonen den Umgang mit aggressivem, eigenwilligem, unberechenbarem und unkooperativem Verhalten. Außerdem belastet sie das Empfinden, dass Demenzkranke ein einsames, sinnloses Leben führen, absichtlich schwierig sind und wenig Kontrolle über ihr Verhalten haben (Brodaty et al., 2003; Hallberg & Norberg, 1993; Hallberg & Norberg, 1995). Während nach Aström (1990, nach Bauer Alfredson & Annerstedt, 1994) eine positive Einstellung zum demenzkranken Patienten mit niedrigem Burnout korreliert, berichten Brodaty et al. (2003), dass mit einer negativen Einstellung eine geringere Belastung einhergeht. Dies mag nach Brodaty et al. an einer geringeren Involviertheit des Personals liegen. Die Ergebnisse dieser Studie zeigen allerdings auch, dass bei Pflegepersonen mit einer negativeren Einstellung zum Patienten die Zufriedenheit an der Arbeit geringer ist und somit zumindest langfristig eine negative Sicht sicherlich nicht weniger Belastung für das Pflegepersonal bedeutet.

Brodaty et al. (2003) finden in ihrer Untersuchung, die an elf australischen Pflegeheimen durchgeführt wurde, keinen Zusammenhang zwischen dem Belastungserleben der Pflegepersonen (erhoben mit der NCAS) und den tatsächlich vorhandenen Verhaltensauffälligkeiten der Patienten (erhoben mit der Behavioural Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale – BEHAVE-AD nach Reisberg et al., 1987). Dies betont die Wichtigkeit anderer mitwirkender Faktoren wie Umgebungsvariablen und individuellen Variablen der Pflegeperson. Hallberg und Norberg berichten hierzu schon 1993 von einem

---

<sup>5</sup> weitere Informationen zu diesem Instrument und zu den zitierten Studien siehe empirischer Teil

positiven Einfluss der Implementierung von Supervision und individueller Pflege auf Einstellungen und Belastungserleben von Pflegepersonen. Die Untersuchung von Hallberg und Norberg (1995) zeigt, dass Vollzeitkräfte im Gegensatz zu Teilzeitarbeitenden und Pflegepersonen, die häufiger Tagdienste als Nachtdienste machen, eine positivere Einstellung zu den Patienten haben und weniger Belastung empfinden. Dies mag auf eine engere Beziehung dieser Pflegepersonen zum Patienten zurückgeführt werden. In eine ähnliche Richtung gehend berichten Zimmermann et al. (2005) einen Zusammenhang zwischen der Arbeitszufriedenheit der Pflegepersonen und einer individuellen Pflege sowie einer personenzentrierten Einstellung<sup>6</sup>. Nach Brodaty et al. (2003) sind ältere Pflegepersonen sowie solche, die schon länger im Pflegeheim arbeiten, mehr belastet. Gegensätzliche Ergebnisse finden sich bei Zimmermann et al. (2005), die zeigen, dass jüngere Pflegepersonen mit weniger Erfahrung mehr Stress zu haben scheinen. Keine Zusammenhänge finden Brodaty et al. mit Geschlecht, Qualifikation und Wochenarbeitszeit der Pflegepersonen.

Das Belastungserleben von Pflegepersonen im Umgang mit demenzkranken Patienten scheint unabhängig von tatsächlich vorhandenen Verhaltensauffälligkeiten des Patienten zu sein. Es zeigen sich aber Zusammenhänge mit Einstellung der Pflegepersonen und anderen individuellen Variablen, wobei zu diesen zum Teil unterschiedliche Ergebnisse vorliegen. Eine einheitlich positive Wirkung scheinen aber konzeptuelle Hintergründe der Pflege zu haben, die ihren Schwerpunkt auf einen individuellen, personenzentrierten Zugang zum Patienten legen und eine gute Patient – Pflegeperson - Beziehung in den Mittelpunkt stellen.

Maßnahmenvorschläge, welche die Belastungen in der Pflege demenzkranker Patienten reduzieren helfen sollen, beziehen sich in erster Linie auf Schulung, Fortbildung und Unterstützung der Pflegepersonen. Rundqvist und Severinsson (1999) betonen die Wichtigkeit von Kompetenz und Kommunikationsfähigkeiten im Umgang mit demenzkranken Patienten. Diese sollten den Pflegepersonen durch theoretische Ausbildung und Supervision vermittelt werden. Die Trainingsprogramme, die Bauer Alfredson und Annerstedt (1994) in ihrer Studie implementierten und die sowohl psychodynamische Konzepte zum Beziehungsaufbau als auch medizinische Informationen zur Demenzerkrankung und ihrer Behandlung umfassten, führten beim Pflegepersonal nicht nur zu einem größeren Wissen, sondern auch zu einer Einstellungsänderung, einer

---

<sup>6</sup> Näheres zum personenzentrierten Zugang siehe 5.1

professionelleren Haltung gegenüber den Patienten, einer höheren Arbeitsmotivation und verbesserten Arbeitsqualität. Pflegepersonen sollten dahingehend unterstützt werden, dass sie das Verhalten des Patienten besser zu interpretieren lernen und eine kooperative Beziehung zum Patienten herstellen können. Auch das würde helfen, Belastungen beim Personal zu reduzieren und die Pflegequalität zu verbessern (Hallberg & Norberg, 1995).

## **5 Pflegekonzepte**

In der Betreuung von Demenzpatienten haben sich im Laufe der Zeit unterschiedliche Pflegekonzepte entwickelt. Diese Pflegekonzepte weisen verschiedene Schwerpunkte mit unterschiedlichen Zielsetzungen auf. Im folgenden Teil soll ein kurzer Einblick in die wichtigsten dieser Konzepte gegeben werden.

### ***5.1 Personenzentrierte Ansätze im Umgang mit an Demenz erkrankten Menschen***

Zu den personenzentrierten Ansätzen gehören jene Pflegekonzepte, die den Menschen als Individuum sehen und seine Bedürfnisse in den Vordergrund rücken. Es wird bei diesen Konzepten versucht, den Menschen und sein Umfeld als eine Einheit zu betrachten und ihn dementsprechend ganzheitlich zu unterstützen. Detaillierter ausgeführt werden dazu der Ansatz von Tom Kitwood mit der Dementia Care Mapping Methode, die Validation nach Naomi Feil, das psychobiographische Pflegemodell nach Erwin Böhm und das mäeutische Pflegekonzept von Cora van der Kooij.

#### **5.1.1 Der Ansatz von Tom Kitwood und die Dementia Care Mapping Methode**

Tom Kitwood, Psychologiedozent an der Universität Bradford in England und Leiter der „Bradford Dementia Group“, sorgte mit seinen Arbeiten für einiges Aufsehen. Die Kernaussage von Kitwood (2005) lautet: „ Im Kern geht es bei der Demenz um das Personensein des Menschen. Dies gilt nicht nur für Menschen mit Demenz, sondern auch für die Betreuenden und Pflegenden, die Therapeuten und die Mediziner.“ (S.9).

Aus seinen Beobachtungen und seiner langjährigen Erfahrung mit der Bradford Dementia Group entwickelte Kitwood den *person-zentrierten Ansatz*. In diesem setzt er sich vor allem für die Beachtung des subjektiven Erlebens der Demenz aus Sicht des Betroffenen ein. Kitwood überdenkt radikal den Begriff „Demenz“ und gründet mit seinem person-zentrierten Ansatz eine neue Kultur der Demenzpflege, die sich stark von der alten Pflegekultur abhebt.

In Tabelle 9 werden die zwei verschiedenen Kulturen der Demenzpflege einander gegenübergestellt:

Tabelle 9: *Zwei Kulturen der Demenzpflege (Kitwood, 2005, S.194)*

<b>Alte Kultur</b>	<b>Neue Kultur</b>
<b>Allgemeine Sichtweise der Demenz</b>	
Die primär degenerativen Formen der Demenz sind verheerende Krankheiten des Zentralnervensystems, in deren Verlauf Persönlichkeit und Identität nach und nach zerstört werden.	Zur Demenz führende Erkrankungen sollten primär als Formen der Behinderung gesehen werden. Wie ein Mensch dadurch beeinträchtigt wird, hängt ganz entscheidend von der Qualität der Pflege ab.
<b>Bedeutendste Wissensquelle</b>	
Ärzte und Hirnforscher sind diejenigen, die in Bezug auf Demenz über das zuverlässigste, am besten begründete und relevanteste Wissen verfügen. Wir sollten uns ihrem Urteil beugen.	Geschickte, erfahrene und verständnisvolle Pflegepraktiker/Innen sind diejenigen, die in Bezug auf Demenz über das zuverlässigste, am Besten begründete und relevanteste Wissen verfügen.
<b>Stellenwert der Forschung</b>	
Bis zu einem Durchbruch in der Medizin können wir für eine Person nicht viel tun. Daher ist dringend sehr viel mehr biomedizinische Forschung notwendig.	Es gibt eine Menge Dinge, die wir durch Erweiterung menschlicher Einsicht und Erfahrung jetzt tun können. In diesen Punkten besteht der dringendste Forschungsbedarf.
<b>Was die Fürsorge mit sich bringt</b>	
Der Pflege geht es im wesentlichen um Dinge wie das Schaffen einer sicheren Umgebung, die Befriedigung von Grundbedürfnissen (sich	Der Pflege geht es im wesentlichen um Erhalt und Stärkung des Personenseins. Das Schaffen einer sicheren Umgebung, die Befriedigung von

ernähren, sich kleiden, ausscheiden, sich warmhalten, reinlich sein, ausreichend schlafen, etc.) und um eine kompetente Körperpflege.

#### **Prioritäten des Verstehens**

Es ist wichtig, sich präzise über die Beeinträchtigung einer Person im klaren zu sein, vor allem über die kognitiven. Der Verlauf einer zu Demenz führenden Erkrankung kann in Stadien des Verfalls dargestellt werden.

#### **Problematisches Verhalten**

Zeigt eine Person ein Problemverhalten, so muss technisch gut und effizient damit umgegangen werden.

#### **Gefühle der Betreuenden**

Der Kernpunkt des Pflegeprozesses besteht darin, unsere eigenen Sorgen, Gefühle, Verletzlichkeiten etc. zur Seite zu stellen und die Arbeit auf vernünftige und effiziente Art zu erledigen.

Grundbedürfnissen und die Körperpflege sind allesamt essentiell, aber nur ein Teil der Pflege des ganzen Menschen.

Es ist wichtig, sich präzise über die Fähigkeiten, Geschmacksrichtungen, Interessen, Wertvorstellungen und Formen der Spiritualität einer Person im klaren zu sein. Es gibt ebenso viele Manifestationen von Demenz, wie es Menschen mit Demenz gibt.

Jedes sogenannte Problemverhalten sollte primär als Versuch der Kommunikation im Zusammenhang mit einem Bedürfnis gesehen werden. Es bedarf des Versuchs, die Botschaft zu verstehen und so auf das unbefriedigte Bedürfnis einzugehen.

Der Kernpunkt des Pflegeprozesses besteht darin, mit unseren eigenen Sorgen, Gefühlen, Verletzlichkeiten etc. in Kontakt zu stehen und sie in positive Ressourcen für unsere Arbeit umzuwandeln.

Laut Kitwood (2005) ist eine Demenzerkrankung nicht unbedingt eine Folge steter Verschlechterung, die in progressive Stadien eingeteilt werden kann, wie es in der „alten“ Kultur der Demenzpflege erfolgt, sondern demenzkranke Menschen können einzelne Erlebensbereiche auch mehrfach durchlaufen.

Nach Kitwood (2005) können drei *Hauptkategorien des negativen Erlebens* unterschieden werden: Den ersten Erlebensbereich bilden *Gefühle*, die mit einer spezifischen Bedeutung assoziiert werden (z.B Angst vor dem Verlassensein, Gefühl der Nutzlosigkeit, Wut über die Demenz, etc.). Den zweiten Bereich bilden „*allgemeine Zustände*“. Zu dieser Gruppe gehören die Emotionen „Schrecken“, „Elend und Leid“, „Wut“ und der Zustand der allgemeinen Verwirrtheit („Chaos“). Diese zwei Bereiche sind reversibel. Der dritte Erlebensbereich jedoch, der von Kitwood als „*Stadien des Ausgebranntseins*“ bezeichnet wird, ist meist irreversibel. Diese Stadien umfassen den Zustand der Verzweiflung, der Depression, des Vegetierens, der Erschöpfung und der Apathie.

Um den an Demenz erkrankten Personen eine bessere Lebensqualität zu bieten, ist es wichtig, auf ihre *psychischen Bedürfnisse* einzugehen. Kitwood (2005) postuliert fünf große Bedürfnisse: Trost, Identität, Beschäftigung, Einbeziehung und Bindung. Diese überschneiden sich und vereinen sich im zentralen Bedürfnis nach Liebe.

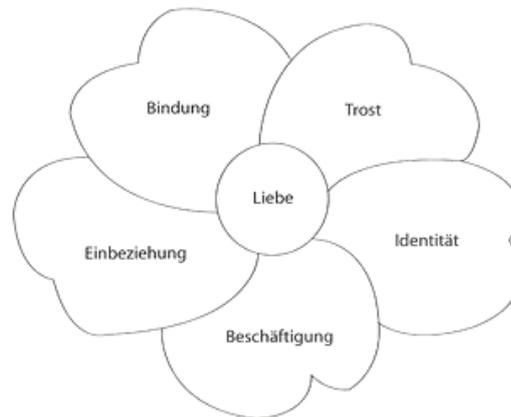


Abbildung 2: Darstellung der fünf großen Bedürfnisse (Kitwood, 2005, S. 121)

In der Praxis stellt es sich als äußerst schwierig dar, in die Erlebenswelt von demenzkranken Menschen vorzudringen, da ihr sprachliches Ausdrucksvermögen und ihre kognitiven Fähigkeiten in der Regel eingeschränkt sind. Als Folge sind sie selbst nicht mehr in der Lage, über ihre persönlichen Erfahrungen mit der Krankheit zu berichten.

Kitwood (2005) nennt sieben unterschiedliche *Zugangswege*, um einen Einblick in die subjektive Welt der Demenz zu gewinnen (Kitwood, 2005, S. 111-118):

1. *Berichte sammeln*, die Menschen in einer Phase der Demenz geschrieben haben, als ihre kognitiven Fähigkeiten noch weitgehend erhalten waren.
2. *Ungeteiltes Zuhören*, wenn sich die betroffenen Menschen beispielsweise in *vorgegebenen Situationen*, wie in einem Interview oder in einer Gruppenarbeit, äußern.
3. *Aufmerksames Zuhören in alltäglichen Situationen*.
4. *Beobachtung* von Verhalten und Handlungsweisen Demenzerkrankter und der Versuch daraus zu lernen.

5. *Befragung* von Menschen, die an einer Krankheit mit demenzähnlichen Symptomen erkrankt waren, wie beispielsweise an Meningitis/Depression.

6. Einsatz der eigenen *poetischen Vorstellungskraft*.

7. Das *Rollenspiel*, um sich in die Situation Demenzkranker hineinzufühlen.

In dem person-zentrierten Ansatz wird der pflegenden Person eine sehr große Aufgabe zugeschrieben. Das Ziel der Interaktion zwischen der Pflegenden und dem Betroffenen ist es, den an Demenz Erkrankten als Person zu stärken. Anerkennen, Verhandeln, Zusammenarbeiten, Spielen, Stimulation, Feiern, Entspannen, Validation, Halten, Erleichterung, Schöpferisch sein und Geben sind Interaktionsarten, um dieses Ziel zu erlangen (Kitwood, 2005).

Von diesem Fundament von Annahmen ausgehend entwickelte Kitwood die „*Dementia Care Mapping Methode (DCM)*“.

Diese Methode basiert auf dem von Kitwood begründeten person-zentrierten Ansatz, d.h. der Mensch, der an Demenz erkrankt ist, steht als Person im Vordergrund und nicht die Krankheit. Die ganze Aufmerksamkeit gilt der Unterstützung und dem Erhalt des Personseins. Dieser Ansatz wurde 1992 in Bradford zum ersten Mal praktisch umgesetzt. 1997 hielt die DCM auch Einzug in Deutschland. DCM bzw. das Abbilden von Demenzpflege, ist ein Verfahren zur Evaluation und Entwicklung der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz. DCM möchte den praktischen Pflegeprozess möglichst objektiv, verlässlich und genau abbilden. Hierfür begleiten ausgebildete DCM-Beobachter (sog. Mapper) den Alltag von an Demenz erkrankten Personen, und versuchen, ihr Handeln und Befinden in der Einrichtung zu beschreiben. Dazu werden vereinheitlichte Kodierungen verwendet. Anschließend gibt der Mapper dem Pflorgeteam eine Rückmeldung von seinen Beobachtungen und entwickelt dann mit dem Team konkrete Verbesserungsvorschläge (Innes, 2004).

### **5.1.2 Der Ansatz von Naomi Feil – Validation**

Die Validationstherapie („validation therapy“) wurde von der Amerikanerin Naomi Feil begründet und zählt neben dem personenzentrierten Zugang auch zum verstehenden Zugang

(Weis & Weber, 1997) bzw. zu den emotionszentrierten Behandlungsansätzen (Maercker, 2002). Bei der „verstehenden“ Zugangsform wird angenommen, dass

... dementiell Erkrankte bis in späte Krankheitsphasen hinein ihre Defizite und Schwierigkeiten in ihrer kognitiven Steuerungsfähigkeit, in der Alltagsbewältigung und in ihrer sozialen Kompetenz wahrnehmen und erleben können (wenn auch nicht rational reflektieren) und entsprechend emotional darauf reagieren. Die zentrale Bedeutung der emotionalen Zuwendung, die häufig wichtiger wird als die Orientierung in der Realität (der Gesunden) ergibt sich hierbei von selbst. (Weis & Weber, 1997, S. 1157)

In der Validation wird das dementiell veränderte Verhalten als Versuch des an Demenz erkrankten Menschen gedeutet, zurückliegende Konflikte und Lebenskrisen zu verarbeiten. „Das scheinbar verwirrte Verhalten sei im Sinne einer Flucht aus der Realität zu verstehen, um sich vor den damit verbundenen schmerzlichen Erfahrungen zu schützen.“ (Weis & Weber, 1997, S. 1163).

Validation ist eine Kombination aus:

- einer grundlegenden, einfühlsamen Einstellung
- einer Entwicklungstheorie für alte, mangelhaft/unglücklich orientierte und desorientierte Menschen, die uns hilft, ihr Verhalten zu verstehen
- einer spezifischen Technik, die diesen Menschen hilft, ihre Würde wiederzugewinnen (Feil & de Klerk-Rubin, 2005, S.15)

Mit Hilfe dieser Grundeinstellung versucht die Validation verschiedene Langzeitziele in der Betreuung von demenzkranken Patienten zu erreichen:

Tabelle 10: *Langzeitziele der Validation (Feil & de Klerk-Rubin, 2005, S.15-16)*

<b>Langzeitziele der Validation sind....</b>
Dazu beitragen, dass ältere Personen möglichst lange in ihren eigenen Wohnungen bleiben können.
Wiederherstellen des Selbstwertgefühls
Reduktion von Stress

Rechtfertigung des gelebten Lebens
Lösen der unausgetragenen Konflikte aus der Vergangenheit
Reduktion chemischer und physischer Zwangsmittel
Verbesserung der verbalen und nonverbalen Kommunikation
Verhindern eines Rückzugs in das Vegetieren

Die Techniken der Validation gelten als einfach zu erlernen und anzuwenden und richten sich in ihrer Verwendung nach dem jeweiligen Stadium der Demenzerkrankung. Sie reichen von sprachlichen Methoden wie dem Einsatz von Extremen, Gegenteiligen, nichtwertenden Wörtern, unbestimmten Fürwörtern und einer sanften, liebevollen Sprache bis hin zu nonverbalen Maßnahmen wie dem Spiegeln von Bewegungen oder dem gezielten Anreiz durch Berührungen und Musik (Feil, 2001).

Validation findet mittlerweile in sehr vielen Pflegeeinrichtungen Anwendung und viele Pflegepersonen, die auf Demenzstationen arbeiten, besuchen Fort- und Weiterbildungen zu diesem Thema.

Zur Evaluierung der Validation liegen nur wenige wissenschaftliche Studien vor (Woods, 1999, nach Radzey & Heeg, 2001). Schrijnemaekers (1995, nach Radzey & Heeg, 2001) betont, dass die durchgeführten Studien methodische Mängel wie zu kleine Gruppen, nichtstandardisierte Messinstrumente, usw. aufweisen. Generell löst Validation als Methode Kritik aus, da sie fast ausschließlich intuitiv begründet wird (Müller 1994, nach Radzey & Heeg, 2001). In Tabelle 11 sind die Ergebnisse einiger nicht veröffentlichter Studien aufgelistet.

Tabelle 11: *Effekte Validation (Müller 1994, nach Radzey, 2001, S. 24)*

<b>Effekte Validation</b>
Verbesserung der kommunikativen Fähigkeiten
unausgedrücktes Verhalten kommt an die Oberfläche
Verlangsamung des Verwirrtheitsprozesses
signifikante Verhaltenseffekte

Die starke Verbreitung des Validationsansatzes beruht laut Müller (1994, nach Radzey, 2001) auf dem menschlichen, gefühlsbezogenen und verstehenden Umgang mit Demenzpatienten.

Günther (2004) evaluierte ein Validations-Anwender-Seminar von 16 Teilnehmern mittels Fragebogen zur Feststellung von qualitativen Veränderungen im Umgang mit demenzkranken Patienten. Die Untersuchung zeigte, dass es aus Sicht der Patienten durch die Validationsanwendung zu einem geringeren Stressempfinden, einer Verminderung von Konfliktsituationen und einer erhöhten Zufriedenheit kam. Eine angenehmere Pflegesituation, ein Gefühl der erhöhten Sicherheit im Umgang mit demenzkranken Patienten und ein verringertes Belastungsempfinden zählten zu den qualitativen Verbesserungen auf Seite des Pflegepersonals.

Anhand folgender Grafik zeigt Günther (2004) die Vorteile von Validation und ihre Auswirkungen auf die Beziehungsarbeit in der Pflege auf:

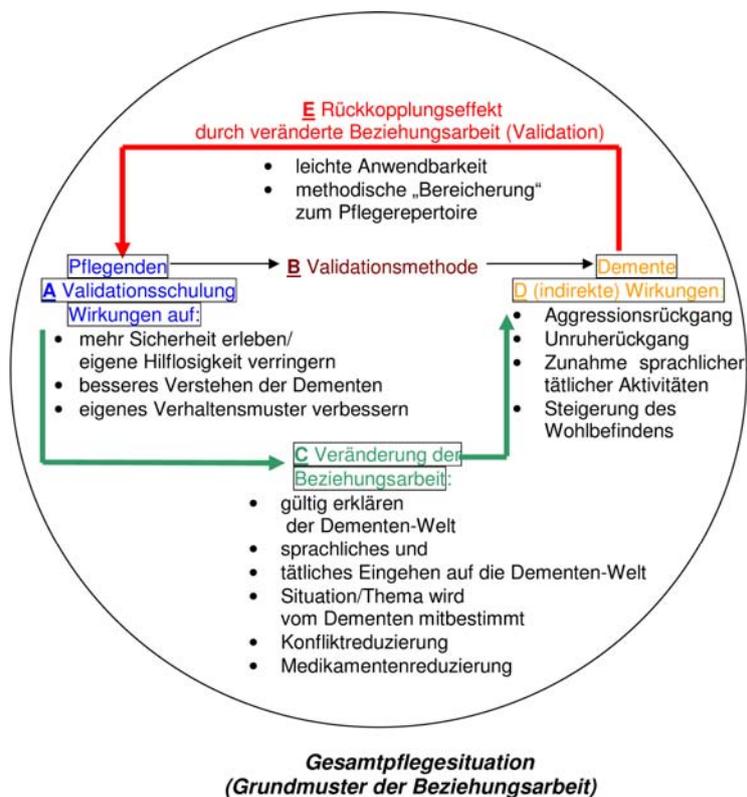


Abbildung 3: Grundmuster der Beziehungsarbeit

### 5.1.3 Der Ansatz von Erwin Böhm – das psychobiographische Pflegemodell

Der Fokus des psychobiographischen Pflegemodells nach Böhm liegt vor allem auf den strukturellen Bedingungen der Altenpflege. Der aus Österreich stammende Pflegeforscher Erwin Böhm betont nicht nur den Handlungsspielraum, in dem sich die Pflegeperson bewegt, sondern auch die persönliche Handlungskompetenz, die Persönlichkeitsstruktur, und die individuellen Altenbilder des Pflegepersonales (Sittner, 2005).

Böhm versucht, die Verhaltensweisen von verwirrten und desorientierten Menschen zu erklären. Das Ziel seines Pflegemodells ist es, den Menschen zu stabilisieren und zu reaktivieren. Damit ist auch die Selbstständigkeit der Psyche gemeint, denn wenn das Wohlbefinden des Patienten gehoben wird, steigt auch die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter (Böhm, 2004). In Böhms Ansatz kommt auch der *Biographiearbeit* ein hoher Stellenwert zu. Anhand dieser soll die Aktivierung des Patienten stattfinden und das Verständnis für das Verhalten des erkrankten Menschen gefördert werden (Böhm, 1999).

Böhm (2004) postuliert in seinem psychobiographischen Modell, dass die Betroffenen nicht mehr über den kognitiven Zugang, der sogenannten „Welt der Dinge“ (Noopsyche) erreicht werden können, sondern nur über die „Welt der Gefühle“. In diesem Sinne definiert er die *Thymopsyche* „...als jenen Anteil der Seele, der vorwiegend mit den Gefühlen zu tun hat“ (Böhm, 2004, S.278). Die *Noopsyche* ist vor allem für unsere kognitiven Leistungen zuständig und bildet den rationalen Teil unserer Seele. Böhm postuliert dass man in einer Mischung zwischen thymopsychischer Empfindung und noopsychischer Reaktion lebt. Die noopsychische Reaktion dient sozusagen als Copingstrategie. Das Ziel der Pflege sollte es deshalb sein, diese oft durcheinander geratenen Seelenanteile strukturieren zu helfen.

Ein weiterer Begriff, den Böhm formte, ist das „Normalitätsprinzip“ (Böhm 2004). Dieses Prinzip besagt, dass jeder Mensch durch seine Sozialisation, Kultur und Erfahrung geprägt wird. Zusammen ergeben diese Faktoren eine individuelle Lebensform, auf der sich dann das Gerüst des „normalen“ Verhaltens aufbaut. Oftmals erscheint dieses dem Außenstehenden von den eigenen Vorstellungen abweichend, und genau deshalb ist es umso wichtiger, die Lebensgeschichte des Patienten genau zu kennen und gegebenenfalls verständnisvoll und empathisch darauf zu reagieren. Um die Lebensgeschichte des Patienten besser verstehen zu können, ist es essentiell, die *Prägung* der jeweiligen Person in der Pflege zu berücksichtigen.

Nach Böhm (2004) ist die Prägung die „Begründung dafür, dass die auf den Menschen ... einwirkenden Einflüsse nicht bloß als vorübergehende (befristete) Reize, sondern auch auf Dauer nachhaltig gestaltend und umgestaltend wirken“ (S.273). So unterscheidet Böhm (2004) z.B. die Prägung einer bürgerlichen Familie, einer Arbeiter- oder Bauernfamilie, welche unterschiedlichen pflegerischen Interventionen bedürfen. Einen ganz besonderen Einfluss auf die Prägung hat die „Folklore“. Unter Folklore ist das „Wissen des Volkes“ gemeint (Böhm, 2004, S. 263). Es sind „Aphorismen und Sprüche aus der Zeitepoche, die wir von unseren Patienten lernen sollten. ... [Sie sind] erfundene Lebensweisheiten, die geprägt sind und in der Therapie als Reize zur Vigilanzsteigerung eingesetzt werden können“ (Böhm, 2004, S. 263).

Böhm hat mit seinem psychobiographischen Pflegemodell einen wichtigen Anstoß in der Altenpflege gegeben. Viele Pflegestationen haben beispielsweise einen Biographiebogen des Patienten eingeführt und teilweise wird auch versucht, das stationäre Umfeld dem gewohnten Lebensumfeld eines betagten Menschen besser anzupassen (z.B. durch ältere Möbelstücke), um den Patienten ein besseres „Daheim-Gefühl“ geben zu können (Böhm 2004).

#### **5.1.4 Das mäeutische Pflegekonzept**

Das mäeutische Pflegekonzept wurde von Cora van der Kooij begründet und wird oft auch „*erlebnisorientierte Pflege*“ genannt. Die Grundlage dieses Konzeptes stammt von Tom Kitwoods personenzentrierter Pflege (Sittner, 2005).

Van der Kooij wollte kein neues Konzept entwickeln oder eine Ideologie begründen, sondern die Anwendung neuer Erkenntnisse und kreativer Ideen fördern. Sie sieht die neu entwickelten Ansätze wie zum Beispiel Validation, basale Stimulation, Snoezelen, die den Zugang zu altersverwirrten Menschen, dementen Menschen erleichtern sollen. (Sittner, 2005, S.113)

Der Begriff Mäeutik geht auf die Wurzeln Sokrates zurück und heißt wörtlich übersetzt „Hebammenkunst“, welche genutzt wird, um den Menschen tiefere Einsichten bewusst zu machen (Sittner, 2005).

Die Basis des mäeutischen Modells ist die Ich-Du-Beziehung mit dem Ziel, einen Kontakt bzw. eine Beziehung zum Patienten herzustellen. Darüberhinaus wird die Teamkommunikation und Teamreflektion gefördert.

Folgende Instrumente stehen der Mäeutik zur Verfügung (Sittner, 2005):

1. *Der Beobachtungsbogen*: bestehend aus einer umfassenden Fragensammlung zur Biographie und zu den Gewohnheiten des Betroffenen, zur Persönlichkeit und Charakteristik, zur Phase der Demenz und zu den Kontaktmöglichkeiten.
2. *Die Pflegekarte*: Hier wird auf die Persönlichkeitsbeschreibung, Umgangsempfehlung, Pflegeprobleme, Rolle der Familie und Berichtspunkte der Pflege eingegangen.
3. *Die bewohnerbezogene Besprechung*: Diese wird in regelmäßigen Abständen gehalten und dient der Reflexion und Evaluation der Pflege und Betreuung des an Demenz erkrankten Patienten.

## **5.2 Kognitive Behandlungsansätze**

Diese Ansätze versuchen die Funktionsfähigkeit des Gedächtnisses sowie andere kognitiven Fähigkeiten zu verbessern und aufrecht zu erhalten. Die am häufigsten hierzu verwendeten Methoden sind das Realitäts-Orientierungs-Training und die Reminiszenz- oder Erinnerungstherapie.

### **5.2.1 Das Realitäts-Orientierungs-Training (ROT)**

Das Realitäts-Orientierungs-Training ist der am längsten eingeführte und am besten erforschte Behandlungsansatz. Es gehört zu den am häufigsten angewendeten Verfahren in der aktivierenden Therapie von Demenzkranken. Die Vorteile des ROT sind vor allem die klaren Anleitungen und Richtlinien zur Durchführung. Dies ermöglicht es auch Personen ohne spezifische berufliche Qualifikation die Grundzüge des Trainings anzuwenden. Haupteinsatzgebiet sind aber Institutionen der stationären Altenpflege. Dieses Pflegekonzept

eignet sich vor allem für Patienten mit einer beginnenden bis leicht fortgeschrittenen Demenz (Weis & Weber, 1997).

ROT setzt sich gewöhnlich aus *zwei Hauptkomponenten* zusammen: dem 24-Stunden-ROT und den ROT-Sitzungen.

*24-Stunden-ROT* bedeutet, dass mithilfe von Schildern, Kalendern, Uhren und Informationstafeln die Umgebung als unterstützende Hilfe zur Orientierung modifiziert wird.

Die Mitarbeiter werden trainiert,

- effektiv und kontinuierlich mit den Patienten zu kommunizieren,
- auf Fragen mit geeigneten orientierenden Informationen zu antworten und
- generell für ein anregendes und engagiertes soziales Umfeld zu sorgen, ein Umfeld, auf das eine Orientierung sich auch lohnt. (Maercker, 2002, S. 342)

*ROT-Sitzungen* werden meist in kleinen strukturierten Gruppensitzungen durchgeführt, die etwa 30-45 Minuten dauern und mehrmals die Woche angeboten werden. Der Schwerpunkt liegt vor allem auf der Orientierung und den aktuellen Ereignissen, wobei verschiedene Abrufsignale und Auslöser verwendet werden, wie z.B. Musik, Zeitungen, Informationstafeln, Tagebücher, Gegenstände, Bilder, Puzzles, usw. (Maercker, 2002).

Laut Woods (1999, nach Radzey & Heeg, 2001) liegt für das Realitäts-Orientierungs-Training verglichen mit anderen Methoden am meisten wissenschaftliche Literatur vor. Als Kritik muss jedoch angeführt werden, dass die Mehrzahl der Studien zwar eine Kontrollgruppe aufweist, es jedoch keine Randomisierung der Versuchsgruppen gibt. In Tabelle 12 werden die Forschungsergebnisse von Woods, Portnoy, Head & Jones (1992, nach Radzey & Heeg, 2001) dargestellt.

Tabelle 12: *Effekte ROT nach Woods et al. (1992, zitiert nach Radzey & Heeg., 2001, S. 22)*

### **Effekte Realitäts-Orientierungs-Training**

Es konnte eine Verbesserung der verbalen Orientierung, d.h. Fragen werden realitätsgerecht beantwortet, festgestellt werden. Allerdings sind die Effekte nur kurzfristig und nicht überdauernd (nach Absetzen des ROT wird der vorhergehende Ausgangswert rasch wieder erreicht).

Es lassen sich kaum generelle kognitive Verbesserungen oder Verhaltensänderungen (ADL<sup>7</sup>) feststellen und positive Ergebnisse stellen eher eine Ausnahme dar.

Die Lebenszufriedenheit kann bei ROT durch die erzwungene permanente Konfrontation mit der Realität sinken, weil die Betroffenen ihre Defizite ständig gewahr werden.

ROT eignet sich nicht als isolierte Maßnahme; selbstständigkeitsförderndes Personal und Milieu sind essentiell.

Die Untersuchungen zu ROT zeigen, dass das Training individuell ausgerichtet werden muss und Ziele eindeutig und genau auf den jeweiligen dementiellen Erkrankten passend definiert werden müssen (d.h. während es z.B. für den einen wichtig ist zu lernen, die Toilette zu finden, ist es für den anderen wichtig, sich über den Tag hinweg zeitlich zu orientieren).

Aufgrund der wissenschaftlichen Ergebnisse und der Tatsache, dass es kaum zu Verhaltensänderungen kommt (es werden eher Antworten auswendig gelernt und reproduziert), wurden neue Alternativen für das ROT gesucht und entwickelt, wie beispielsweise die Validation (Radzey & Heeg, 2001).

## 5.2.2 Die Reminiszenz- oder Erinnerungstherapie

Im Rahmen der Reminiszenz- (REM) oder Erinnerungstherapie (RT) werden länger zurückliegende Erinnerungen mit Absicht benutzt, den Patienten emotional einzubeziehen. Dies dient vor allem zur Verbesserung der Kommunikation und Interaktion. Die *Lebensrückblick-Therapie* beinhaltet eine Beurteilung und Integration von älteren Erinnerungen. Sie wird am besten im Zweiergespräch mit dem Patienten vorgenommen. Individuelle Reminiszenzarbeit versucht, das Bewusstsein der eigenen Identität bei den an Demenz erkrankten Menschen zu stärken. Es gibt auch die Möglichkeit, Reminiszenzarbeit in Gruppen zu gestalten, was oftmals eine unterhaltsame Aktivität darstellt und als gute Basis für soziale Interaktionen dient. Bei der Reminiszenzarbeit werden unterschiedliche Auslöser für Erinnerungen verwendet: Musik, Fotografien, Zeitungen, Archivtonbänder, Filmaufnahmen sowie andere Gegenstände und Erinnerungsstücke aus der persönlichen Vergangenheit. Ziel

---

<sup>7</sup> ADL= „Activities of daily living“

ist es, autobiografische Erinnerungen auszulösen und nicht historische Ereignisse zu besprechen (Maercker, 2002).

Radzey und Heeg (2001) betonen, dass es „die“ Reminiszenztherapie anscheinend nicht gibt. Es sei vielmehr eine Ansammlung von verschiedenen Interventionsmethoden, die alle den Schwerpunkt auf Vergangenheitsinhalte legen. Dennoch liegen einige wissenschaftlichen Ergebnisse zur RT vor (Tabelle 13).

Tabelle 13: *Effekte Reminiszenztherapie (Radzey & Heeg., 2001, S. 23)*

<b>Effekte Reminiszenztherapie</b>
Durch die Reminiszenztherapie scheinen Ängstlichkeit und Depressivität verringert und eine Verbesserung im Sozialverhalten erzielt zu werden. Allerdings sind die Ergebnisse nicht konsistent.
Ein wesentlicher Einflussfaktor scheint die Erfahrung des Gruppenleiters mit der Methode zu sein.
Ein wichtiger Aspekt der REM ist der „Nebeneffekt“, indem die Pflegenden die dementiell Erkrankten besser kennen lernen.

Woods et al. (1992, nach Radzey & Heeg, 2001) betonen jedoch, dass nicht alle betagten Menschen reminiszieren wollen und deshalb individuelle Wünsche bei der Aktivitätengestaltung wahr genommen werden müssen.

### **5.3 Umsetzung der Konzepte in der Praxis**

Nach Betrachtung der wissenschaftlichen Evaluierung der Effekte der unterschiedlichen Konzepte für den Umgang mit demenzkranken Menschen kann festgestellt werden, dass bei einzelnen therapeutischen Interventionen eine Maßnahmenwirkung beobachtet werden konnte. Es kann jedoch keine generelle Aussage getroffen werden und es bleibt deshalb noch offen, welche Intervention für welchen Patienten geeignet ist (Beck, 1996, nach Radzey & Heeg, 2001).

Aufgrund dieser Feststellung werden die meisten Konzepte in der Praxis gemischt durchgeführt. Laut Sittner (2005) kommen die unterschiedlichen Betreuungsansätze in den

wesentlichen Aussagen zu sehr ähnlichen Schlussfolgerungen, zumal in der Praxis sehr oft eine Kombination der unterschiedlichen Ansätze stattfindet. Beispielsweise wird häufig der Ansatz der Realitätsorientierung mit dem Validationsansatz kombiniert. Angenommen ein Patient ist leichtgradig dement und profitiert noch vom Realitätsorientierungstraining, dann kann eine Betreuungsperson dieses Training in Kombination mit ihrer validierenden Grundhaltung durchführen, ohne dass es einen Widerspruch gibt. Reminiszenzarbeit und Biographiearbeit finden ebenfalls oft Einzug in die Pflegestationen und werden mit Validation bzw. Realitätsorientierungstraining kombiniert angeboten. Es gibt aber auch Stationen, die sich hauptsächlich auf einen Ansatz konzentrieren, wie etwa die Validationsstationen. Aus Sicht des Patienten scheint es wichtig zu sein, für seine Bedürfnisse und seine jetzige Situation eine individuell angepasste Betreuung anzubieten, die sich im Laufe der Zeit auch ändern kann (Sittner 2005).

Normann, Asplund und Norberg (1999) stellten in einer Untersuchung fest, dass diplomierte Pflegepersonen, die post-graduelle Fortbildungen besuchten und in ein Gruppenpflegesetting integriert waren, öfters personenzentrierte Ansätze auswählten, als solche mit Bezugspflege und ohne Fortbildungen. Das Gruppensetting scheint die Reflexion im Umgang mit den Demenzpatienten zu fördern und so die Wahl eines personenzentrierten Ansatzes zu unterstützen.

Von all den genannten Ansätzen ist der person-zentrierte Ansatz von Kitwood in Österreich noch am wenigsten verbreitet. Es gibt jetzt jedoch vermehrt Kongresse und Veranstaltungen, welche die „neue“ Kultur der Demenzpflege vorstellen und Umsetzungsvorschläge weitergeben.

## **6 Das Problemfeld „Autonomie des demenzkranken Patienten“**

Die Selbstbestimmung des geriatrischen, insbesondere des demenzkranken Patienten ist in der Gesellschaft und in berufsethischen Diskussionen der Medizin und Pflege ein sehr aktuelles Thema. In der Pflegeliteratur gibt es bereits einige theoretische Abhandlungen zu diesem Bereich, die sich auch in praxisrelevanten Umsetzungen wiederfinden. Die Auseinandersetzung mit der Autonomie des demenzkranken Patienten stellt hierbei ein

eigenes (Problem-)Feld dar, das sich durchaus lohnt, es in einer Sonderstellung zu sehen. Für eine intensivere Betrachtung dieses Problemfeldes bedarf es, sich im Vorfeld mit einigen grundlegenden Gedankengängen zu beschäftigen.

### ***6.1 Allgemeine Einführung in die ethischen Probleme der Demenz***

Lauter (1993) gibt in seinem Beitrag zu den ethischen und juristischen Problemen der Demenz folgende Einleitung: „Viele ethische Maximen der Heilkunde sind durch allgemeine Rechtsgrundsätze geschützt, die in der Verfassung, den Grundlagen des Straf- und Zivilrechts oder den Empfehlungen und Deklarationen von Ärzteorganisationen niedergelegt sind.“ (S. 76). Die Beachtung dieser Maxime führt allerdings häufig zu Problemen, besonders wenn es darum geht verschiedene Grundsätze gegeneinander abzuwägen. Als besonders schwerwiegend beschreibt Lauter (1993) „Wertekonflikte, bei denen das Wohl des Patienten gegen sein Recht auf Selbstbestimmung abzuwägen ist“ (S. 76). Probleme dieser Art treten häufig bei psychisch Kranken, insbesondere bei der Betreuung Demenzkranker auf. Die Symptome und Besonderheiten der Demenz bewirken, dass der Betroffene oft nicht mehr in der Lage ist, Situationen richtig einzuschätzen und Entscheidungen zu seinem Wohl zu treffen. In Folge übernehmen Angehörige und Pflegepersonen diese Aufgabe, was aber leider häufig dazu führt, dass „eine Fülle von Alltagsentscheidungen aber auch von Maßnahmen, die . . . die persönliche Freiheit des Patienten berühren, immer mehr über den Kopf des Betroffenen hinweg gefällt werden . . .“ (Lauter, 1993, S. 77). Dieser Betreuungsstil dient nicht nur einer „Abwendung von Gefahren“ sondern auch einer „Erleichterung des Umgangs“ und führt zu einem „Übermaß an Protektivität“ Lauter, 1993, S. 77). Dies führt wiederum dazu, dass erhaltene Fähigkeiten des Patienten verkümmern und seine Abhängigkeit zunimmt. Von Seiten der Betreuungspersonen sinkt der Respekt vor der Individualität des Betroffenen.

Die Selbstbestimmung des Patienten darf also nur dort eingeschränkt werden, wo dies im Hinblick auf konkrete Gefahren eines Fehlverhaltens oder auf die Grenzen der Belastbarkeit Dritter unerlässlich ist. Dies klingt zwar einleuchtend und selbstverständlich. Um so mehr muß uns aber beunruhigen, dass die Verwirklichung dieser ethischen Maximen keineswegs die Regel ist, weil für die familiäre und

institutionelle Betreuung von Demenzkranken keine ausreichenden finanziellen und personellen Ressourcen zur Verfügung stehen (Lauter, 1993, S. 77).

Neben diesen Problemen im Umgang mit demenzkranken Patienten nennt Lauter (1993) noch weitere Problemfelder wie die Forschung mit Demenzkranken, die Durchführung oder Unterlassung lebensverlängernder Behandlungsmaßnahmen sowie die Rationierung ärztlicher und pflegerischer Leistungen.

Im Bewusstsein der zahlreichen ethischen Probleme, die eine Demenzerkrankung mit sich bringt, wird der weitere inhaltliche Schwerpunkt auf dem Problem des ethischen Umgangs mit demenzkranken Patienten insbesondere auf der Berücksichtigung der Selbstbestimmung (Autonomie) des Betroffenen von Seiten der Pflege liegen.

## **6.2 *Der Begriff Autonomie***

Der Begriff Autonomie wird heute meist verwendet „um Selbstbestimmung, Privatheit, individuelle Wahlmöglichkeit oder Willensfreiheit zu bezeichnen“ (Beauchamp & Childress, 1994, zitiert nach Arndt et al., 2002, S. 3).

Nach Bobbert (2002) müssen bei den meisten Autonomiekonzeptionen zwei Bedingungen erfüllt sein: „Freiheit bzw. Freiwilligkeit als eine gewisse Unabhängigkeit von kontrollierenden Einflüssen und Intentionalität als Fähigkeit, bestimmte Ziele zu setzen und zu verfolgen“ (S. 130). Bobbert (2002) unterscheidet drei Bereiche von Autonomie: Autonomie als allgemeine Fähigkeit zur Selbstbestimmung, Autonomie im Sinne eines situationsbezogenen Vermögens in bezug auf Handlungen und Entscheidungen sowie Autonomie als Fähigkeit zu moralisch ausgerichteter Selbstbestimmung. Mit dieser Sicht von Autonomie setzt Bobbert allerdings voraus, dass sich ein Mensch über seine Wünsche und Ziele klar ist, eine Handlung bewusst und absichtlich vollziehen kann, die Bedeutung seines Tuns und daraus resultierende Folgen überblickt und dabei noch andere Menschen berücksichtigen kann.

Behält man diese Voraussetzungen vor Augen wird es schnell offensichtlich, dass eine Auseinandersetzung mit dem Konstrukt Autonomie bezogen auf einen demenzkranken Menschen nicht einfach ist. Es bedarf einer Ausweitung der Definition.

Im Pflegekontext finden sich Definitionen, die zwischenmenschliche Beziehungen und das Treffen von Entscheidungen in den Mittelpunkt stellen.

Tronto (1993, nach Moser, Houtepen & Widdershoven, 2007) betrachtet Autonomie als Prozess zwischen Pflegepersonen und Patienten, der durch Offenheit und Reaktionsfreudigkeit dem anderen gegenüber gekennzeichnet ist. Auch Peplau (1991, nach Moser et al., 2007) betont eine prozessartige Interaktion, in der es die Aufgabe der Pflegeperson ist, den Patienten in seiner Autonomie zu unterstützen, so dass er lernt, mit seinen Problemen selbst umzugehen. Moody (1992, nach Moser et al., 2007) definiert Autonomie als Kommunikation im sozialen Umfeld. Nach Agich (2003, nach Moser et al., 2007) entsteht Autonomie im Kontext von Beziehungen zu anderen. Für Patienten in der Langzeitpflege besteht Autonomie aus für sie bedeutungsvollen Entscheidungen, die ihnen ermöglichen ihre Individualität zu erhalten.

Interessant ist im Zuge einer Begriffsdefinition natürlich auch die Sicht der Patienten selbst zu diesem Thema. Arndt et al. (2002) befragten im Zuge eines BIOMED II-Forschungsprojekts 3219 Patienten aus unterschiedlichen europäischen Ländern und von verschiedenen Stationen und Pflegeeinrichtungen zu ihrem Verständnis von Autonomie. Es fanden sich vier Dimensionen des Autonomiebegriffs: Wählen, bestimmen, entscheiden, mitreden können; Handeln (besonders in Bezug auf die Sorge um sich selbst und den eigenen Körper); Bewegungsfreiheit (Gestaltung des Tagesablaufs); Kontrolle über die Privatsphäre (Informationen zur eigenen Person und zum Krankheitsgeschehen).

### ***6.3 Die Bedeutung des Konstruktes Autonomie für die Pflege***

Bobbert (2002) unterscheidet fünf, der Autonomie zugeordneten Rechte des Patienten: ein Recht auf Zustimmung oder Ablehnung, ein Recht auf Information, ein Recht auf Festlegung des Eigenwohls, ein Recht auf Wahl zwischen „möglichen“ Alternativen und ein Recht auf eine „möglichst geringe“ Einschränkung des Handlungsspielraums durch Institutionen. Kennt

man die Diskussion über diese Rechte bislang in erster Linie aus der Medizin, sind diese dennoch genauso auf den Kontext der Pflege auslegbar. Auch bei pflegerischen Handlungen sollte der Patient das Recht haben, etwas abzulehnen, informiert zu werden und seine Bedürfnisse zu äußern. Institutionelle Gegebenheiten, der Wissensvorsprung der Pflegepersonen, die Beeinträchtigung und die daraus resultierende Abhängigkeit des Patienten gefährden laut Bobbert (2002) allerdings die Wahrung des Patientenrechts auf Achtung der Autonomie. Aufgabe der Pflegenden ist es daher, dieses Recht zu fördern,

. . . indem sie erkennen, wann ein Patient aufgrund seiner schlechten Verfassung aktuell nicht in der Lage ist, wissentlich und willentlich zu entscheiden bzw. wann er ‚gute Momente‘ hat; indem sie für nicht offen gestellte Fragen oder nicht explizit geäußerte Weigerungen sensibel sind; indem sie kontinuierlich Gesprächsbereitschaft signalisieren und die Patient(inn)en wiederholt dazu ermutigen, Fragen und Präferenzen zu äußern. (Bobbert, 2002, S. 145)

Ethische Konflikte in der Pflege entstehen nach Bobbert (2002) je nach Tätigkeitsbereich in unterschiedlichen Handlungsfeldern der Pflegepersonen. Diese bewegen sich einerseits im direkten Kontakt zum Patienten andererseits auch im Kontakt zwischen Arzt und Patient sowie Angehöriger, Mitpatient bzw. Institution und Patient. In der direkten Pflege beinhalten Konflikte zum Beispiel die Zustimmung zu Pflegehandlungen, das Einholen von pflegerelevanten Informationen sowie die Weitergabe von Informationen und die Wahrnehmung und Berücksichtigung individueller Bedürfnisse. Im Kontext Pflegende – Patient – Arzt liegen Themen wie die Aufklärung über Diagnosen und die Mitverantwortung der Pflegeperson für den „Informed Consent“, die Zustimmung des Patienten zu medizinischen Behandlungen oder zu klinischer Forschung nach erfolgter Information.

Auch wenn Bobbert (2002) psychisch Kranke und an Demenz erkrankte Personen von ihren Betrachtungen zu dem Patientenrecht auf Autonomie und zu ethischen Konfliktfeldern in der Pflege ausschließt, scheint es doch möglich, ihre Abhandlungen auf den Bereich der Demenz umzulegen. So kann beispielsweise die Beschäftigung mit dem Recht des Patienten auf Zustimmung oder Ablehnung einen sehr wichtigen Bestandteil in der Pflege Demenzkranker darstellen. Genauso können auch die unterschiedlichen Handlungsfelder in diesen Bereich übertragen werden. Durch ihren sehr engen Kontakt zu den demenzkranken Patienten mag den Pflegepersonen zum Beispiel eine wichtige Vermittlerrolle zu Ärzten, Angehörigen und Mitpatienten zugesprochen werden.

#### ***6.4 Die Notwendigkeit der Anpassung des Autonomiebegriffs im Umgang mit demenzkranken Patienten***

Betrachtet man nochmals die bereits genannten Definitionen von Autonomie, in denen von Konstrukten wie Freiwilligkeit, Intentionalität und Fähigkeit die Rede ist, wird offensichtlich, dass – will man einem demenzkranken Menschen sein Recht auf Selbstbestimmung weiterhin zugestehen – es einer Abänderung bzw. Anpassung des Autonomiebegriffs bedarf. Aufgrund der Veränderungen hinsichtlich kognitiver Fähigkeiten, die mit einer Demenz einhergehen, ist es notwendig die Selbstbestimmung eines Menschen vor dem Hintergrund seiner Möglichkeiten zu betrachten.

Lauter (1993) unterscheidet hierzu mehrere Ebenen der Selbstbestimmung: „eine Autonomie auf der Ebene der Handlungsdurchführung, des Willensentschlusses und der Entscheidungsdelegation“ (S. 77).

Der Wunsch eines Patienten, nicht zu hause zu bleiben sondern einen Spaziergang zu machen, kann also einen vernünftigen Entschluß bedeuten, auch wenn die Durchführung dieses Entschlusses nur noch mit fremder Hilfe möglich ist, und die Absicht einer dementen alten Dame sich in einer bestimmten Angelegenheit von ihrer Tochter aber unter keinen Umständen von ihrem Schwiegersohn vertreten zu lassen, kann darauf hinweisen, daß die Patientin in Bezug auf die Delegation einer Entscheidung durchaus noch autonom ist, auch wenn sie die Entscheidung selbst nicht mehr durchführen kann. (Lauter, 1993, S.77)

Ähnlich definiert auch Agich (2003) Autonomie als Wahl zwischen möglichen Entscheidungen, wobei er die Wichtigkeit der Qualität dieser Entscheidungen betont. Sie sollten für den Betroffenen eine Bedeutung haben und seine Identität und seinen Selbstwert stützen. Bobbert (2002) spricht von der „Berücksichtigung umgrenzter Entscheidungskompetenzen bei altersverwirrten Menschen . . . , die vielleicht doch (noch) in der Lage sind, ihren Willen in bezug auf zeitlich und körperlich unmittelbare Pflegehandlungen zu artikulieren“ (S. 149).

Durchforscht man die Literatur hinsichtlich möglicher Wege zur Achtung der Autonomie des demenzkranken Menschen, so findet man immer wieder zwei Themen, die essentiell zu sein

scheinen: zum einen die Beachtung der Individualität des Patienten in seiner Pflege und zum anderen die Wichtigkeit einer verstehenden Kommunikation von Seiten der Pflegeperson.

Lauter (1993) schreibt hierzu: „Besonders wichtig . . . sind ausreichende Informationen über die Persönlichkeit, Biographie und Lebensgeschichte des Erkrankten; ein solches Wissen ist die notwendige Voraussetzung, um ihm als einem autonomen Individuum zu begegnen“ (S. 77). Auch Agich (2003) betont, wie wichtig es ist, die Identität des alten Menschen zu erforschen und seine Werte und Überzeugungen zu beachten. Aufgabe der Pflegeperson ist es, Wünsche des Patienten zu berücksichtigen, ihm eigene Entscheidungen zuzugestehen und ihn auf diese Weise Autonomie erfahren zu lassen. Entscheidungen können dabei auf sehr niedriger Ebene stattfinden, zum Beispiel bei der Wahl von Essen oder Beschäftigung, und sollten an die Möglichkeiten des Betroffenen angepasst sein und ihn nicht überfordern.

Während es bei nicht-dementen Patienten einfach ist, individuelle Vorlieben zu erfragen, bedarf es vor allem bei schwer Demenzkranken einer mitunter sehr sensiblen Wahrnehmung durch die Pflegeperson bzw. einer Mithilfe und Vermittlung durch Angehörige. Häufig ist es notwendig, die verbale Kommunikation um eine nonverbale Ebene zu erweitern. Kruse (nach Nationaler Ethikrat, 2005) nennt diese „nonverbale Kommunikationsebene . . . als Grundlage dafür, herauszuarbeiten, welche Situationen von dem demenzkranken Menschen toleriert werden, welche vielleicht gesucht werden und welche tiefgreifend abgelehnt werden“ (S. 27). Pflegepersonen sollten auf nonverbale Zeichen von Nicht-Zustimmung oder Ablehnung achten und versuchen, die Mimik und Gebärden der demenzkranken Patienten zu deuten (Bobbert, 2002).

## ***6.5 Festlegung des Autonomieverständnisses in Berufsethik - Kodizes und Pflegeleitbildern***

Nach Bobbert (2002) findet die Berücksichtigung der Autonomie des Patienten in Berufsethik-Kodizes wie zum Beispiel dem Ethikkodex des ICN (International Council of Nurses), die als Grundlage für pflegerisches Handeln dienen, nur wenig oder eine sehr eingeschränkte Beachtung, wird aber im Gegensatz dazu in sogenannten Pflegeleitbildern meist thematisiert.

Pflegeleitbilder verbinden „Auffassungen darüber, was Pflege ist, welchen Aufgaben und Zielen sie sich widmet, welche Rollen sie Pflegenden und zu Pflegenden zugesteht und auf welchen pfleretheoretischen Grundlagen sie sich möglicherweise begründet“ (Müller, 2001, S. 23). Die Entwicklung von Pflegeleitbildern erfolgt entweder durch Berufsverbände und Interessensvertretungen oder institutionsbezogen durch Arbeitsgruppen (Müller, 2001).

Auch die an dieser Diplomarbeit teilnehmenden Einrichtungen verfügen zum Teil bereits über solche Pflegeleitbilder. In einem mehr oder weniger ausgeprägten Maße findet man bei diesen eine Stellungnahme zum Thema der Autonomie bzw. der Selbstbestimmung des Patienten.

Ganz konkret nimmt das Pflegeleitbild des Geriatriezentrums Am Wienerwald zur Autonomie des Patienten Stellung: „Unsere Handlungen sind darauf ausgerichtet, dass das Selbstbestimmungsrecht der BewohnerInnen gewahrt bleibt“ (Geriatriezentrum Am Wienerwald, 2006).

Von den Einrichtungen Haus der Barmherzigkeit Seeböckgasse und Tokiostraße sowie vom Sozialzentrum SeneCura in Grafenwörth liegen derzeit noch keine ausformulierten Pflegeleitbilder vor. Es finden sich jedoch auch bei diesen Institutionen in Foldern und Beschreibungen Hinweise auf eine individuelle Pflege und eine stark patientenorientierte Einstellung.

# EMPIRISCHER TEIL

## 7 Darstellung des Untersuchungsansatzes

In der vorliegenden Diplomarbeit lassen sich folgende drei großen theoretische Hauptthemen unterscheiden:

- Das Belastungserleben von Pflegepersonen, konkret die Einstellung der Pflegeperson zu den besonderen Verhaltensweisen des Demenzpatienten sowie die erlebte Belastung durch dieses Verhalten.
- Die Einstellung zur Wichtigkeit der Autonomie des Patienten und die Möglichkeit der Umsetzung im Pflegealltag.
- Der konzeptuelle Hintergrund der Pflege (realitätsorientierte oder personenzentrierte Pflegekonzepte).

Zur Operationalisierung dieser Arbeit wurden Pflegepersonen von sieben Demenzstationen (SCUs) und acht traditionelle Langzeitpflegestationen mit Hilfe eines selbst entworfenen Fragebogens untersucht.

Im nachfolgenden Kapitel soll zuerst auf die zu untersuchenden Fragestellungen und die ethischen Aspekte eingegangen werden. Danach folgt die Beschreibung des Erhebungsinstrumentes sowie dessen Durchführung.

### 7.1 Hypothesen

Nachstehend sind jene Hypothesen (nur Alternativhypothesen) aufgelistet, die in dieser Arbeit, abgeleitet aus dem theoretischen Teil, untersucht werden sollen.

### **7.1.1 Hypothese zu den absolvierten Fortbildungen des Pflegepersonals**

H<sub>1</sub>: Es gibt einen Unterschied zwischen den Demenz- und Langzeitpflegestationen hinsichtlich der Anzahl der absolvierten Fortbildungen. (Hypothese 1)

### **7.1.2 Hypothese zum Wohlbefinden im Arbeitsumfeld**

H<sub>1</sub>: Es gibt einen Unterschied zwischen den Demenz- und Langzeitpflegestationen hinsichtlich des Wohlbefindens im Arbeitsumfeld. (Hypothese 2)

### **7.1.3 Hypothesen Pflegeleitbild**

H<sub>1</sub>: Es gibt einen Unterschied zwischen den Demenz- und Langzeitpflegestationen hinsichtlich der Vertrautheit der Pflegeleitbilder auf ihren Stationen. (Hypothese 3)

H<sub>1</sub>: Es gibt einen Unterschied zwischen den Demenz- und Langzeitpflegestationen hinsichtlich der persönlichen Vorstellungen bezüglich des Pflegeleitbildes des Arbeitgebers. (Hypothese 4)

### **7.1.4 Hypothese zum Zeitaufwand**

H<sub>1</sub>: Es gibt einen Unterschied zwischen den Demenz- und Langzeitpflegestationen hinsichtlich des Zeitaufwandes bei der Pflege des Demenzpatienten. (Hypothese 5)

### **7.1.5 Hypothesen zum Belastungserleben der Pflegepersonen (M-NCAS) und des konzeptuellen Hintergrundes der Pflege**

H<sub>1</sub>: Es gibt einen Unterschied zwischen den Demenz- und Langzeitpflegestationen hinsichtlich des Belastungserlebens/ der Einstellung/ des konzeptuellen Hintergrundes der Pflege (realitätsorientierte oder personenzentrierte Pflegekonzepte) bei der Betreuung von Demenzpatienten.(Hypothese 6)

### **7.1.6 Hypothesen zum Autonomiebegriff**

H<sub>1</sub>: Es gibt einen Unterschied zwischen den Demenz- und Langzeitpflegestationen hinsichtlich der Einstellung zur Wichtigkeit der Autonomie des Patienten. (Hypothese 7)

H<sub>1</sub>: Es gibt einen Unterschied zwischen den Demenz- und Langzeitpflegestationen hinsichtlich der Umsetzbarkeit der Autonomie des Patienten im Pflegealltag. (Hypothese 8)

### **7.1.7 Hypothesen zum Zusammenhang der Konstrukte**

H<sub>1</sub>: Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Einstellung bei der Betreuung von Demenzpatienten/ dem Belastungserleben von Pflegepersonen/ dem konzeptuellen Hintergrund der Pflege (realitätsorientierte oder personenzentrierte Pflegekonzepte) innerhalb der Langzeitpflegestationen. (Hypothese 9)

H<sub>1</sub>: Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Einstellung bei der Betreuung von Demenzpatienten/ dem Belastungserleben von Pflegepersonen/ dem konzeptuellen Hintergrund der Pflege (realitätsorientierte oder personenzentrierte Pflegekonzepte) innerhalb der Demenzstationen. (Hypothese 10)

H<sub>1</sub>: Es gibt einen Zusammenhang hinsichtlich der Einstellung zur Wichtigkeit der Autonomie des Patienten und der generellen Einstellung bei der Betreuung von Demenzpatienten/ dem Belastungserleben von Pflegepersonen/ der Umsetzbarkeit der Autonomie des Patienten im Pflegealltag/ dem konzeptuellen Hintergrund der Pflege (realitätsorientierte oder personenzentrierte Pflegekonzepte) innerhalb der Langzeitpflegestationen. (Hypothese 11)

H<sub>1</sub>: Es gibt einen Zusammenhang hinsichtlich der Einstellung zur Wichtigkeit der Autonomie des Patienten und der generellen Einstellung bei der Betreuung von Demenzpatienten/ dem Belastungserleben von Pflegepersonen/ der Umsetzbarkeit der Autonomie des Patienten im Pflegealltag/ dem konzeptuellen Hintergrund der Pflege (realitätsorientierte oder personenzentrierte Pflegekonzepte) innerhalb der Demenzstationen. (Hypothese 12)

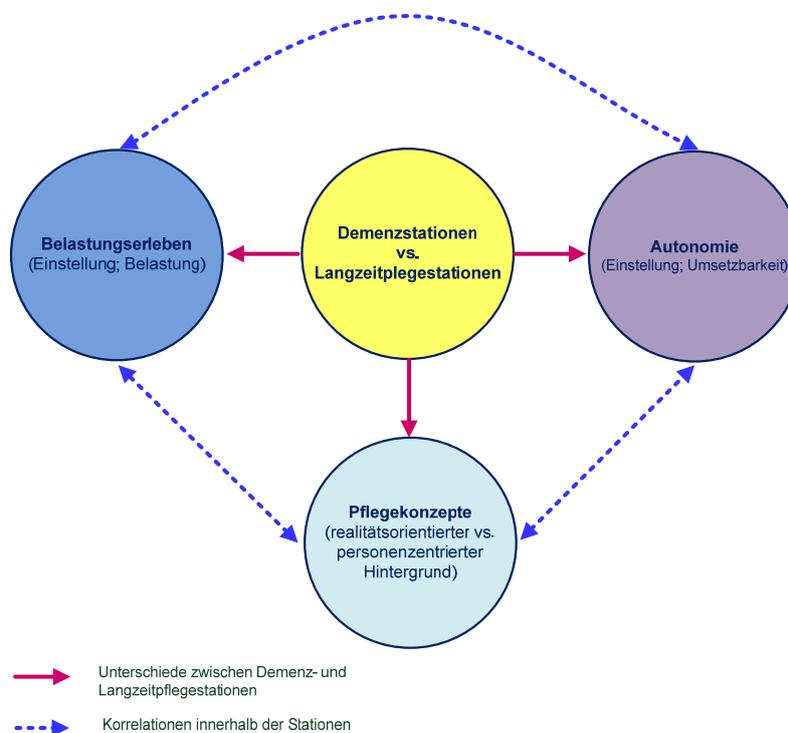
H<sub>1</sub>: Es gibt einen Zusammenhang hinsichtlich der Umsetzbarkeit der Autonomie des Patienten und der generellen Einstellung bei der Betreuung von Demenzpatienten/ dem Belastungserleben von Pflegepersonen/ der Umsetzbarkeit der Autonomie des Patienten im Pflegealltag/ dem konzeptuellen Hintergrund der Pflege (realitätsorientierte oder personenzentrierte Pflegekonzepte) innerhalb der Langzeitpflegestationen. (Hypothese 13)

H<sub>1</sub>: Es gibt einen Zusammenhang hinsichtlich der Umsetzbarkeit der Autonomie des Patienten und der generellen Einstellung bei der Betreuung von Demenzpatienten/ dem Belastungserleben von Pflegepersonen/ der Umsetzbarkeit der Autonomie des Patienten im Pflegealltag/ dem konzeptuellen Hintergrund der Pflege (realitätsorientierte oder personenzentrierte Pflegekonzepte) innerhalb der Demenzstationen. (Hypothese 14)

### 7.1.7.1 Graphische Darstellung der Haupthypothesen

In Abbildung 4 werden die Haupthypothesen graphisch dargestellt, um einen Überblick zu geben.

Abbildung 4: Übersicht Haupthypothesen



## 7.2 Ethische Aspekte

Davis (2005) beschreibt in seinem Buch die ethischen Rechte der Gesellschaft als auch jedes einzelnen Individuums bei einer wissenschaftlichen Untersuchung. In Tabelle 14 sind die gesellschaftlichen Rechte und die Rechte des Einzelnen dargestellt.

Tabelle 14: *Gesellschaftliche und individuelle Rechte (Davis 2005)*

<b>Gesellschaftlichen Rechte</b>
Das Recht über kritische Forschungsergebnisse informiert zu werden, die die Gesundheit und das Wohlbefinden gefährden.
Das Recht objektive Forschungsergebnisse zu erhalten. <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Das Recht einen vollständigen Forschungsbericht zu erhalten.</li> <li>b) Das Recht auf eine unbefangene und fehlerfreie Forschung.</li> </ul>
Das Recht auf Privatsphäre.
<b>Rechte des Einzelnen</b>
Das Recht entscheiden zu können, ob man an einer Studie teilnimmt. <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Wissen über das Recht, nicht Teilzunehmen zu dürfen.</li> <li>b) Wissen über ausreichend Information, um seine Einwilligung zu geben.</li> <li>c) Wissen über die Möglichkeit, die Teilnahme zu beenden, wenn man möchte.</li> </ul>
Das Recht auf psychische und physische Sicherheit. <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Gewährleistung des Schutzes der Anonymität.</li> <li>b) Schutz vor Stress.</li> <li>c) Schutz vor Betrügereien.</li> </ul>
Das Recht informiert zu sein. <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Das Recht auf eine Nachbesprechung.</li> <li>b) Das Recht über die Ergebnisse aufgeklärt zu werden.</li> </ul>

Vor dem Beginn der Untersuchung wurde das Einverständnis der jeweiligen Pflegedirektion bzw. der Stationsleitung eingeholt, nachdem alle ausführlich informiert und alle Fragen beantwortet wurden.

Die vorliegende Untersuchung erfüllt die gesellschaftlichen und individuellen Rechte, da es den Versuchsteilnehmer frei überlassen wurde, an dieser Studie teilzunehmen oder nicht. Eine Nichtteilnahme führte zu keinen Konsequenzen. Es wurde auch sichergestellt, dass die Anonymität der Pflegepersonen gegeben war und auch ihr zuständiger Vorgesetzter, bis dato nicht weiß, wer daran teilnahm, und wer nicht. Alle Untersuchungsteilnehmer werden über

die Ergebnisse informiert, sofern sie es gewünscht haben. Es wurde auf allen Stationen die Kontaktadresse hinterlassen für etwaige Fragen. Der Fragebogen ist so konstruiert, dass er zu keinem Zeitpunkt unangenehmen Stress oder persönliches Unwohlsein hervorrufen sollte. Zudem wird in der vorliegenden Arbeit ein großer Stellenwert auf eine unvoreingenommene, objektive und wissenschaftliche Arbeitsweise gelegt.

### ***7.3 Beschreibung des Erhebungsinstrumentes***

Der Fragebogen besteht aus einem Einleitungsschreiben und 15 Fragen. Der Fragebogen im Paper-Pencil-Format wurde an das Pflegepersonal von Langzeit- und Demenzstationen verteilt. Bei der Gestaltung des Fragebogens wurde versucht, die differenzierten Arbeitsverhältnisse sowie die unterschiedlichen Erfahrungswerte des Pflegepersonals zu berücksichtigen. Die Vorgabedauer betrug etwa 15-20 Minuten. Die meisten Antwortformate wurden anhand einer vierstufigen Likertskala dargestellt. Es wurde absichtlich eine gerade Zahl der Antwortmöglichkeiten gewählt, um eine mittlere Ausprägung, d.h. eine Neutralantwort, zu vermeiden.

#### **7.3.1 Aufbau des Fragebogens**

Der Fragebogen wurde in Kooperation mit Maria Hrnčir zusammengestellt. Im Folgenden soll ein Einblick über den Aufbau des Fragebogens gegeben werden, als auch die theoretischen Konstrukte dahinter erklärt werden.

##### **Einleitungsschreiben**

Im Einleitungsschreiben wird versucht, die Pflegeperson persönlich anzusprechen und sie an der Teilnahme der Studie zu motivieren. Die Pflegeperson wird darauf hingewiesen, dass es keine richtigen oder falschen Antworten gibt, sondern dass ihre persönliche Meinung und Einstellung von Interesse ist. Des Weiteren wird die Versuchsperson gebeten, spontan und ehrlich zu antworten. Die Testperson wird auch über das Einhalten des Datenschutzes und der Anonymität informiert.

### **Soziodemographische Daten**

Um einen Überblick über die soziodemographischen Variablen der Versuchspersonen zu erhalten, wird die Pflegeperson in Frage 1 gebeten, ihr Alter, ihr Geschlecht, ihr derzeitige Arbeitsstelle, ihre Ausbildung und die Organisation der Pflege anzugeben. Normann, Asplund und Norberg (1999) weisen daraufhin, wie wichtig die Organisation in Teams in der Pflege ist, um dem Pflegepersonal im Umgang mit Demenzpatienten mehr Möglichkeiten zur Reflektion zu ermöglichen. Gerade für einen personenzentrierten Ansatz im Umgang mit Demenzpatienten stellt Reflektion eine ganz wichtige Grundvoraussetzung dar.

### **Erfahrung**

In den Fragen 2, 3 und 4 wird vor allem die Erfahrung, die die Pflegeperson bis dato sammeln konnte, erfasst. Zum einen interessiert, wie lange sie schon in dem Stationsbereich arbeitet und zum anderen auch, wann sie ihre Ausbildung abgeschlossen hat. In einer Studie von Normann et al. (1999) zeigte sich, dass Pflegepersonen, die ihre Ausbildung vor 1991 abgeschlossen haben, eher einen realitätsorientierten Zugang zu den Patienten suchen, als diejenigen, die ihre Ausbildung nach 1991 abschlossen. Ein möglicher Grund laut Normann et al. dafür könnte sein, dass in Norwegen, wo die Studie stattgefunden hat, erst 1991 Naomi Feils Buch über Validation Einzug in die Bibliotheken fand. Naomi Feil ist Begründerin der Validation, welche zu den personenzentrierten Pflegeansätzen zählt.

### **Arbeitsumfeld**

In Frage 5 wird die Pflegeperson gebeten, anzugeben, wie wohl sie sich in ihrem Arbeitsumfeld fühlt. Diese Frage sollte eine Unterstützung sein, um gegebenenfalls Arbeitsplatzinterne Störvariablen aufzudecken. So könnte beispielsweise die erlebte Belastung im Arbeitsumfeld einer Pflegeperson auch auf das subjektive Belastungsempfinden von Demenzpatienten schlagen, obwohl der Patient gar nicht Schuld daran trägt.

### **Pflegeleitbild**

Nach Bobbert (2002) findet die Berücksichtigung der Autonomie des Patienten in Berufsethik-Kodizes wie zum Beispiel dem Ethikkodex des ICN (International Council of Nurses), die als Grundlage für pflegerisches Handeln dienen, nur wenig oder eine sehr eingeschränkte Beachtung, wird aber im Gegensatz dazu in sogenannten Pflegeleitbildern meist thematisiert. Da das Konstrukt „Autonomie“ ein wesentlicher Teil dieser Arbeit ist, wird versucht, es praktisch anhand der Pflegeleitbilder der Stationen zu erfassen.

## **Fallbeispiel**

In Anlehnung an ein Fallbeispiel von Normann et al. (1999), welches 338 Pflegepersonen in 40 Institutionen in Norwegen vorgegeben wurde, wurde dieses Fallbeispiel im Fragebogen für die vorgesehene Zielstichprobe adaptiert (Frage 8). Das Ziel ist es, eine Patientin (Frau A.) darzustellen, die an einer fortgeschrittenen Demenz erkrankt ist und wirklich Unterstützung im Stationsalltag brauchen würde, egal auf welcher Art von Station sie sich befinden würde. Es wird ihre Orientierungsleistungen, Verhaltensauffälligkeit, Sturzgefahr, Sprache und das Ausmaß der Unterstützung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens beispielhaft beschrieben. Dieses Fallbeispiel dient mehreren Abschnitten als Ausgangspunkt zur Befragung des Pflegepersonals.

## **Arbeitszeitaufwand (Ist/ Optimalzustand)**

In Frage 9 wird der Versuchsteilnehmer gebeten, den Ist- und Optimalzustand (in Minuten) bei verschiedenen täglichen Aktivitäten mit dem Patienten anzugeben. Um eine Betreuung Demenzkranker gewährleisten zu können, bedarf es eines zeitlichen Mehraufwands, der laut der Studie „Leistungsvergleich vollstationäre Versorgung Demenzkranker“ von Dürrmann (2001) in der Versorgung von mobilen Demenzkranken mit ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten durchschnittlich 45 Minuten pro Tag beträgt. Auch Kämmer (2001) thematisiert den erhöhten Begleitungsbedarf beim Auftreten gravierender Verhaltensveränderungen. Anhand dieser Frage können etwaige Unterschiede im Zeitaufwand auf den Stationen aufgezeigt werden.

## **Autonomie des Patienten**

Die Autonomie des Patienten ist tief in das Gerüst der Ethik im Gesundheitswesen verankert und ist somit auch wesentlich im ethischen Aspekt der Pflege (Arndt, Välimäki, Leino-Kilpi, Scott, Dassen, Gasull & Lemonidou, 2002).

In einem von der europäischen Kommission geförderten Pflegeforschungsprojekt (BIOMED II) wurde in den Jahren 1998-2001 untersucht, welche Bedeutung die Konzepte der Autonomie, Privatsphäre und informierte Zustimmung für die Pflegepraxis in fünf verschiedenen Ländern hat. Es wurde eine qualitative Erhebung in Finnland, Deutschland, Griechenland, Schottland und Spanien durchgeführt. Dazu wurden insgesamt 3500 Patienten und 4500 Pflegepersonen anhand von Fragebögen in Entbindungsstationen, chirurgischen Stationen und in der Altenpflege befragt.

Beim Konzept der Autonomie ergab die Analyse vier Dimensionen:

- „Wählen, bestimmen, entscheiden, mitreden können“: Die meisten Äußerungen bezogen sich auf den Tagesablauf, die Wahl des Essens und die Gabe von schmerzstillenden Medikamenten bzw. Laxantien.
- *Handeln*: Viele Angaben in dieser Dimension lauteten, für sich selbst Handeln können und ein Maximum an Unabhängigkeit im eigenen Tun haben.
- *Bewegungsfreiheit*: In dieser Dimension beschreiben die meisten Versuchspersonen, dass sie den Tagesablauf gestalten wollen, wie beispielsweise selber bestimmen können, wann sie spazieren gehen wollen.
- *Kontrolle über Privatsphäre*: Vor allem die Selbstbestimmung und Kontrolle über Informationen zur eigene Person standen in den Äußerungen im Mittelpunkt (Arndt et al., 2002).

Diese Ergebnisse dienen dem vorliegenden Fragebogen als Richtlinie zur Erfassung der Autonomie der Demenzpatienten (Frage 10,11).

Der Versuchsperson werden praktische Beispiele in Anlehnung an das vorherige Fallbeispiel von Frau A. zum Begriff Autonomie vorgegeben. Anschließend wird die Pflegeperson gebeten, die Bedeutung und die Umsetzbarkeit im Pflegealltag einzuschätzen.

In Frage 11 wird die Versuchsperson auch noch gebeten, gegebenenfalls Faktoren zur Verbesserung der Pflege bzw. zur Förderung der Autonomie des Patienten anzukreuzen.

In einem späteren Abschnitt des Fragebogens wird die Testperson noch einmal gebeten anzugeben, wie man die Pflegequalität des Demenzpatienten erhöhen könnte. Diesmal ist das Antwortformat jedoch offen, um dem Pflegepersonal mehr Freiraum in der Beantwortung der Frage zu geben (Frage 14).

### **Pflegekonzepte**

In einer Pilotstudie (Normann et al., 1999) wurde mit Hilfe der Vorgabe des oben bereits erwähnten Fallbeispiels zwölf Statements formuliert, die dem Pflegepersonal vorgegeben wurde, um herauszufinden, wer eher eine realitätsorientierte oder personenzentrierte Haltung gegenüber Demenzpatienten einnimmt. Ursprünglich waren es 29 Aussagen, die dann von 32 Krankenpflegeschülern, drei Forschern aus dem Pflegewissenschaftsbereich und acht

Krankenpflegelehrer kommentiert wurden. In Folge dessen wurde die Anzahl auf 13 reduziert.

Die verbliebenen Aussagen kann man in fünf verschiedene Kategorien einteilen:

- a) Zeitliche, örtliche und situative Orientierung (Aussagen 1, 3, 5)
- b) Verhaltenskorrektur (Aussagen 2, 7, 11)
- c) Betonung der Vergangenheit bzw. der Gegenwart (Aussagen 4, 9, 12)
- d) Versuch der Kommunikation (Aussage 6, 10, 13)

In dem vorliegenden Fragebogen (Frage 12) werden nur zwölf von diesen 13 Statements verwendet, da die Frage bezüglich des Patientenverhaltens in Gruppenaktivitäten für die Vorgabe im Akutspital ungeeignet ist. Da der Fragebogen für zwei Diplomarbeiten designt wurde, wo er einmal in der Demenzstation und in der Langzeitpflege vorgegeben wurde und einmal auf der Demenzstation und im Akutspital, wurde diese Frage rausgenommen. Diese restlichen zwölf Statements wurden für den vorliegenden Fragebogen aus dem Englischen ins Deutsche von einem Nicht-Nativespeaker übersetzt und dann von einem Nativespeaker zur Überprüfung wiederum ins Englische zurück transkribiert.

Anhand dieser Einschätzung der Pflegeperson erhält man einen Einblick zum konzeptuellen Hintergrund der Pflege (realitätsorientiert vs. personenzentriert).

### **Belastungserleben: Modified Nursing Care Assessment Scale (M-NCAS)**

Das Belastungserleben aus Sicht des Pflegepersonals wirkt sich nicht nur unmittelbar auf die Pflege der an Demenz erkrankten Patienten aus, sondern spiegelt sich auch in der hohen Fluktuationsrate im Beruf und generell im Wohlbefinden des Personals wieder (Brodaty, Draper & Low, 2003).

Occupational and resident characteristics affect levels of staff stress and satisfaction in nursing homes, and levels of staff turnover are high. Working with more cognitively impaired residents, especially on day shift, is associated with high levels of stress in nursing home staff. (S. 583)

Kleinman, Frank, Ciesla, Rupnow und Brodaty (2004) entwarfen die Modified Nursing Care Assessment Scale (M-NCAS) um die Belastung des Pflegepersonals im Zusammenhang mit

den Verhaltensauffälligkeiten von Demenzpatienten besser zu erfassen. Als Ausgangspunkt diente die in Schweden publizierte SNC (= Strain in Nursing Care Scale) von Hallberg und Norberg (1993). In der M-NCAS wird zwischen einer Belastungs- und einer Einstellungsskala unterschieden, welche je in eine vierstufige Likertskala unterteilt wurde. Sie erfasst anhand von drei Subskalen die Einstellung der Pflegeperson zu den besonderen Verhaltensweisen der Demenzpatienten und anhand fünf Subskalen das dadurch entstandene Belastungserleben der Pflegeperson. Die Subskalen der einzelnen Dimensionen werden dann zusammengefasst, und je zu einem Totalscore addiert. Die Reliabilitäten der englischsprachigen M-NCAS (anhand Cronbach's Alpha) sind in Tabelle 15 aufgelistet.

Tabelle 15: *Reliabilität M-NCAS; englische Version (Kleinman et al., 2004)*

<b>Skala</b>	<b>Cronbach's Alpha (N=282)</b>
<b>EINSTELLUNGSSKALA</b>	
<b>Totalscore</b>	.79
<b>Autonomie</b>	.65
<b>Aufmerksamkeit suchend</b>	.76
<b>Mühe</b>	.78
<b>BELASTUNGSSKALA</b>	
<b>Totalscore</b>	.95
<b>Affekt</b>	.80
<b>Jobzufriedenheit</b>	.86
<b>Bedürftigkeit</b>	.86
<b>Vorhersagbarkeit</b>	.85
<b>Selbstbestimmung</b>	.83

Die im Englischen verfasste M-NCAS wurde für das vorliegende Erhebungsinstrument von einem Nicht-Nativespeaker ins Deutsche übersetzt und dann von einem Nativespeaker wieder in die Ausgangssprache transkribiert.

## Interesse an Fortbildungen

Zum Abschluss des Fragebogens (Frage 15) wurde noch erfragt, ob ein Interesse an Fortbildungen besteht, und wenn ja, welche Themenschwerpunkte der Person zusagen und welche Rahmenbedingungen sie benötigen würde, um Fortbildungen zu besuchen. Die Testperson konnte aus mehreren Themenschwerpunkten (Kommunikation mit Demenzpatienten, Angehörigenbetreuung, ethische Richtlinien und medizinische Fachkurse) auswählen.

### 7.3.2 Fragebogenübersicht

In der folgenden Tabelle soll ein Fragebogenüberblick gegeben werden.

Tabelle 16: *Fragebogenüberblick*

ABSCHNITT		Anzahl der Items
<b>Einleitungsschreiben</b>		
<b>Soziodemograph. Daten</b>		5
<b>Erfahrung</b>	Ausbildungsabschluss, Fort- und Weiterbildungen	3
<b>Arbeitsumfeld</b>	Wohlbefinden der Pflegekraft	1
<b>Pflegeleitbild</b>	Kennen des Pflegeleitbildes, Deckung des Pflegeleitbildes mit den eigenen Vorstellungen	2
<b>Fallbeispiel</b>		1
<b>Arbeitszeitaufwand</b>	Ist-/Optimalzustand	6
<b>Autonomie</b>	Einstellung zur Wichtigkeit und Umsetzbarkeit der Autonomie des Demenzpatienten	9
<b>Pflegekonzepte</b>	Realitäts- vs. personenzentrierter Ansatz	13
<b>Belastungserleben</b>	Einstellung und Belastung bei Verhaltensauffälligkeiten bei Demenzpatienten	56
<b>Fortbildungen</b>	Interesse, Themenschwerpunkte, Rahmenbedingungen	3
<b>Gesamtanzahl der Items</b>		<b>99</b>

## ***7.4 Durchführung der Fragebogenerhebung***

Im folgenden Abschnitt soll kurz auf den zeitlichen und organisatorischen Ablauf der Studie eingegangen werden.

### **7.4.1 Pilotstudie**

Im November 2007 wurde ein Probelauf mit drei Pflegepersonen von unterschiedlichen Stationen durchgeführt. Es wurde festgestellt, dass es bei Frage 7 Verständnisschwierigkeiten gab. Ursprünglich wurde die Versuchsperson gebeten, den Ist- und Optimalzustand des Arbeitsaufwandes, sowie den Zeitaufwand, unter dem die Bedürfnisse des Patienten nicht mehr erfüllt werden können, anzugeben. In Folge des Feedbacks wurde der Fragebogen adaptiert und es wurde nur mehr nach dem Ist- und Optimalzustand gefragt.

Ansonsten berichteten die Versuchspersonen im Feedback, dass der Fragebogen übersichtlich gestaltet und verständlich sei, sowie die Vorgabedauer für den Stationsalltag zumutbar wäre.

### **7.4.2 Durchführung**

Nach der durchgeführten Pilotstudie wurde mit der Fragebogenverteilung im Dezember 2007 begonnen. Die Pflegedirektion bzw. die Stationsleitungen der ausgewählten Langzeit- und Demenzstationen wurden per Email oder telefonisch kontaktiert, und um ein Vorstellungstermin gebeten wurde. Nach der persönlichen Vorstellung und der Aufklärung über die Studie, wurden weitere Termine angesetzt, an denen man die Fragebogen auf den Stationen verteilen konnte. Es wurde der Fragebogen auch mit jeder Stationsleitung auch persönlich vorgestellt, und nachgefragt, ob der Antwortmodus klar sei, denn die Stationsleitungen waren die Ansprechpartner der Pflegepersonen bei etwaigen Problemen. Es wurden die Fragebogen in Kuverts gegeben und in Boxen auf den Stationen verteilt. Es war so gedacht, dass nachdem die Pflegekräfte den Fragebogen ausgefüllt hatten, sie ihn in die Box einwerfen konnten, und man die Box zu einem abgesprochenen Termin wieder abholen konnte. Als kleine Erinnerungsstütze für das Ende der Untersuchung wurde ein

Dankeschreiben mit dem abgesprochenen Datum gut sichtlich auf die Box geklebt. Die durchschnittliche Erhebungsphase pro Station betrug drei bis vier Wochen. Die Erhebungsphase dieser Querschnittstudie lief Ende Mai 2008 aus.

## 8 Statistische Verfahren und Datenaufbereitung

Um die erhobenen Daten auszuwerten, wurde das Statistikprogramm SPSS in der Version 16 verwendet. Im folgenden Abschnitt sollen die verwendeten statistischen Verfahren näher beschrieben werden, als auch kurz zur Datenaufbereitung Stellung genommen werden.

### 8.1 Statistische Verfahren

Im folgenden Abschnitt sollen die angewendeten statistischen Verfahren etwas genauer beschrieben werden. Neben der *Deskriptivstatistik* (Berechnung des Mittelwertes, des Median, der Standardabweichung, der prozentuellen Häufigkeit...) wurden vor allem Korrelationen gerechnet. Am häufigsten wurde die *Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson* gerechnet. Davis (2005) erklärt, dass die Produkt-Moment-Korrelation nicht nur die Stärke der Beziehung von Variablen angeben kann, sondern auch die Richtung dieses Zusammenhanges (positiv oder negativ). Die Voraussetzung für den Einsatz dieses Verfahrens sind Normalverteilung sowie Intervallskalierung der Daten. Zusätzlich kann im Bedarfsfall die Signifikanz des Unterschiedes unabhängiger Korrelationen mittels Fisher's z-Transformation überprüft werden. Eine parameterfreie Alternative zur Produkt-Moment-Korrelation stellt die *Rangkorrelation nach Spearman* dar. Sie wird angewendet, sobald mindestens eine der Voraussetzungen (der Produkt-Moment-Korrelation) nicht gegeben ist. Diese Rangkorrelation testet, ob zwischen zwei (zumindest ordinalskalierten) Merkmalen auf Basis der Rangdaten ein Zusammenhang besteht (Bortz, 1999).

Möchte man Mittelwertsvergleiche von zwei unabhängigen Gruppen machen, bietet sich der *T-Test (unabhängig)* für intervallskalierte Daten an (Davis, 2005). Es gibt mehrere Voraussetzungen für den T-Test bei unabhängigen Stichproben: Normalverteilung der beiden

Gruppen in der abhängigen Variablen (Kolmogorov-Smirnov-Test; Abkürzung: K-S), Varianzhomogenität (Levene-Test) und mindestens Intervallskalenniveau der abhängigen Variablen. Der *U-Test* nach *Mann und Whitney* ist eine parameterfreie Alternative anstelle eines t-Tests für unabhängige Stichproben. Er dient dazu, mit Hilfe rangskaliertter Daten zwei unabhängige Stichproben hinsichtlich eines (mindestens ordinalskalierten) Merkmals auf signifikante Unterschiede zu vergleichen (Bortz, 1999).

Es gibt auch die Möglichkeit, den Unterschied zwischen zwei oder mehr unabhängigen Stichproben hinsichtlich ihrer Mittelwerte in mehr als einem intervallskalierten Merkmal auf Signifikanz zu testen. Dazu verwendet man die *Varianzanalyse*. Wird die Varianzanalyse mit einer unabhängigen Variable (Faktor) gerechnet, ist es eine einfaktorielle Varianzanalyse, sind es mehrere unabhängige Variablen, spricht man von einer mehrfaktoriellen Varianzanalyse. Auch hier gilt die Homogenität der Varianzen (Levene-Test) als Voraussetzung. Sofern die Prüfgröße F der Varianzanalyse signifikant ausfällt, kann mittels eines Post-hoc-Verfahrens (z.B. nach Scheffé) überprüft werden, zwischen welchen Gruppen signifikante Mittelwertsunterschiede vorhanden sind (Bortz, 1999).

Die *Faktorenanalyse* geht auf Spearman zurück und ist eine Möglichkeit, um die Konstruktvalidität eines Testes darzustellen. Sie ist eine Methode zur Identifizierung der Anzahl und Art der unabhängigen, latenten Dimensionen, sogenannter „Faktoren“. Sie soll helfen, einen Überblick zu gewinnen und gegebenenfalls Dimensionen zu reduzieren (Kubinger, 2006). In Kapitel 9.2 werden die Ergebnisse der orthogonalen Rotation (Varimax) zur übersetzten Version des MNCAS angeführt (Einstellungs- und Belastungsteil getrennt) als auch zur Autonomie.

Die *Reliabilität* eines Testes dient zur Bestimmung der Messgenauigkeit eines Testes, mit dem ein bestimmtes Persönlichkeitsmerkmal erhoben wird. In der vorliegenden Arbeit wurde dafür die innere Konsistenz herangezogen, die mit Hilfe Cronbach's Alpha bestimmt wurde. Cronbach's Alpha ist eine Abschätzung der unteren Grenze der Reliabilität (Kubinger, 2006). Die Reliabilitätsangabe bei einem Fragebogenverfahren bedeutet also, wie zuverlässig die Testergebnisse sind, d.h. der Grad der Genauigkeit und der Messfehlerfreiheit. Jedoch trifft die Reliabilitätsangabe keine Aussagen darüber, was im Test überhaupt gemessen wird. Für diese Angabe wäre die Validität zuständig, da sie die Güte der Operationalisierung der theoretischen Konstrukte angibt. Im vorliegenden Fragebogen wurde die Berechnung der Konsistenzkoeffizienten (Reliabilitätsanalyse) mittels *Cronbach's Alpha* herangezogen, um zu beurteilen, wie zuverlässig die jeweiligen Items eine latente Dimension erfassen.

## ***8.2 Datenaufbereitung und Handhabung von fehlenden Werten***

Nach Tabachnick und Fidel (1983) ist der konservativste und sicherste Umgang mit fehlenden Daten, deren Ausschließung bei der Datenanalyse. Für die vorliegende Arbeit bedeutet dies, dass wenn eine Testperson bei einer Skala bzw. Subskala keine Angaben gemacht hat, sie für die Berechnung der jeweiligen Skala bzw. Subskala ausgeschlossen wurde. Es wurde deshalb keine Wertschätzung durchgeführt, da die meisten Testpersonen weniger als 50% in den jeweiligen Skalen ausgefüllt hatten und somit eine Wertschätzung zu Verzerrungen geführt hätte.

Generell wird das Alphaniveau in dieser Studie auf .05 festgelegt, d.h. ab einem Wert kleiner als .05 wird von einem signifikanten Unterschied bzw. Zusammenhang ausgegangen. Bei der Eingabe der Daten wurde sichergestellt, dass es zu keinen Eingabefehlern gekommen ist, und es wurden die Fragebögen sorgfältig kodiert um im Zweifelsfall nachschauen zu können.

## **9 Ergebnisse**

Nachfolgend wird die ad-hoc zusammengestellte Stichprobe genauer beschrieben. Zuerst erfolgt eine allgemeine deskriptive Beschreibung der Stichprobe<sup>8</sup>, dann erfolgt die Überprüfung des Fragebogens mittels Faktoren- und Reliabilitätsanalyse und im Anschluss werden die Ergebnisse der hypothesenprüfenden Verfahren vorgestellt.

### ***9.1 Beschreibung der Stichprobe***

---

<sup>8</sup> Für die deskriptive Beschreibung der Stichprobe werden nur jeweils die Variablen miteinbezogen, die auch nach der Fragebogenüberprüfung mittels Faktoren- und Reliabilitätsanalyse noch ihre Gültigkeit beibehalten haben.

Es wurden für die Untersuchung (inklusive der Stichprobe von Frau Hrcir) insgesamt 476 Fragebögen auf Demenzstationen, Langzeitpflegestationen und auf Stationen von Akutspitalern verteilt. Es gab eine Rücklaufquote von 49.79% was 237 gültigen Fragebögen entspricht. Für die vorliegende Arbeit interessieren aber hauptsächlich die Daten der Demenz- und Langzeitpflegestation. Von den ausgeteilten Fragebögen auf der Demenzstation wurden 69 gültige Fragebögen retourniert und auf der Langzeitpflege waren es 70. Somit umfasste die Gesamtstichprobe<sup>9</sup> 139 verwertbare Fragebögen.

### 9.1.1 Soziodemographische Daten

Die Gesamtstichprobe besteht aus 118 Frauen (84,9%) und 21 Männern (15,1%) zwischen 20 und 58 Jahren. In der Gruppe der Langzeitpflege beträgt der Median 42 Jahre und der Mittelwert liegt bei 39,56 Jahren. Auf der Demenzstation ist das Pflegepersonal im Durchschnitt 39,65 Jahre alt und der Median beträgt 40 Jahre.

#### Ausbildung und Arbeitsplatz

Auf der Langzeitpflegestation arbeiteten zum Untersuchungszeitpunkt 32 diplomierte Pflegepersonen und 37 Pflegehelfer. Das Personalverhältnis auf den Demenzstationen ist etwa ähnlich ausgeprägt, und zwar mit 35 diplomierten Pflegepersonen und 34 Pflegehelfern.

Im Fragebogen wird auch erhoben, wann die Pflegeperson ihre Ausbildung abgeschlossen hat bzw. wie lange sie schon auf der ausgewählten Station arbeitet. In der Gesamtstichprobe beträgt die Zeit seit dem Abschluss der Ausbildung im Durchschnitt 11.5 Jahre ( $SD^{10}=9.19$ ) und die Beschäftigungsdauer auf der Station 4.82 Jahre ( $SD=6.26$ ). In der Langzeitpflege sind es im Durchschnitt 12.28 Jahre ( $SD=9.54$ ) seit dem Abschluss und die durchschnittliche

---

<sup>9</sup> Um den Leser nicht zu verwirren, ist es wichtig zu wissen, dass wenn nicht ausdrücklich die erhobenen Daten der Akutspitäler von Frau Hrcir erwähnt werden, sich der Ausdruck „Gesamtstichprobe“ immer auf die Demenz- und Langzeitpflegestation bezieht.

<sup>10</sup> SD= Standardabweichung

Beschäftigungsdauer beträgt 6.95 Jahre (SD=8.13). Auf den Demenzstationen liegen durchschnittlich 10.78 Jahre (SD=8.87) seit dem Ausbildungsabschluss des Pflegepersonales her und im Schnitt wurden 2.79 Jahre (SD=2.31) auf der Station gearbeitet.

Bei den absolvierten Fortbildungen liegt der Durchschnitt bei den Demenzstationen etwas höher ( $M^{11}=1.77$ ;  $SD=1.39$ ;  $Max=7$ ) als bei der Langzeitpflege ( $M=0.94$ ;  $SD=1.15$ ;  $Max=5$ ). Die Gesamtstichprobe betrachtend zeigt sich, dass im Durchschnitt 1.35 Fortbildungen besucht wurden ( $SD=1.39$ ). In Abbildung 5 zeigen sich deutlich Differenzen im Inhalt bei den absolvierten Fortbildungen. Von den 69 gültigen Fragebögen den Demenzstationen absolvierten 56 Personen zumindest eine Fortbildung zum Thema „Kommunikation mit Demenzpatienten“ oder gar keinen Kurs. Auf der Langzeitpflege hingegen besuchten von 70 Pflegekräften 33 Personen einen Kurs zum Thema „Kommunikation mit Demenzpatienten“, eine Person einen medizinischen Fachkurs und fünf Personen absolvierten Fortbildungen, die unter „Sonstiges“ fielen. Die restlichen 13 Pflegekräfte nahmen an keiner Fortbildung teil.

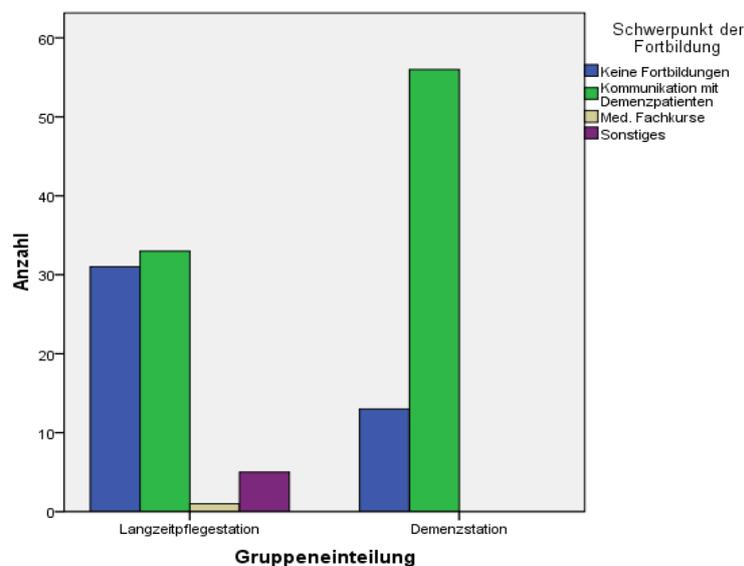


Abbildung 5: Schwerpunkt der Fortbildung

Bei der Frage zum Wohlbefinden am Arbeitsplatz geben in der Gesamtstichprobe (N=135) die Pflegepersonen im Durchschnitt eine Antwort zwischen „sehr gut“<sup>12</sup> und „gut“ an ( $M=1.74$ ;  $SD=0.56$ ). Insgesamt geben acht Personen an (5.9%), es würde ihnen am Arbeitsplatz „schlecht“ gehen. Davon stammen drei Antworten von den Demenzstationen und

<sup>11</sup> M= Mittelwert; Max= Maximum

<sup>12</sup> Die Antwortmöglichkeit „sehr gut“ wurde im Datensatz mit 1 kodiert.

fünf Antworten von den Langzeitpflegestationen. Auf den Demenzstationen liegt der Mittelwert bei 1.69 (SD=0.55) und auf der Langzeitpflege bei 1.79 (SD=0.57). Abbildung 6 gibt einen genaueren Überblick über das stationstypische Befinden am Arbeitsplatz.

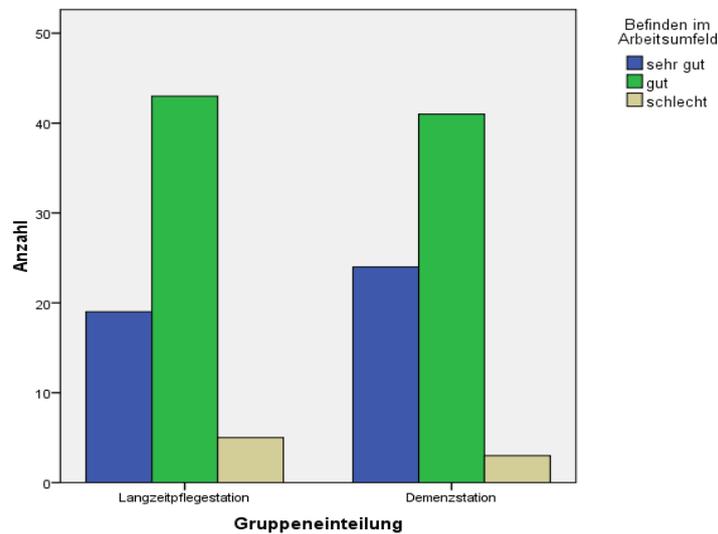


Abbildung 6: *Befinden im Arbeitsumfeld*

### 9.1.2 Verbesserung der Pflegequalität

Die Teilnehmer wurden in diesem Abschnitt mit offenem Antwortformat gebeten, Vorschläge zu nennen, die ihrer Meinung nach die Pflegequalität der Demenzpatienten verbessern könnten. Diese Anmerkungen wurden im Rahmen der Auswertung in folgende Gruppen eingeteilt: Rahmenbedingungen, Personalsituation, persönliche Erfahrung und andere Gründe. Von der Gesamtstichprobe (N=139) gaben 30.9% Verbesserungsvorschläge zu den *Rahmenbedingungen* an. Darunter fallen weniger Dokumentation und Administration, Verbesserung des Umfeldes (adäquate Räumlichkeiten, Tiere, Pflanzen) Verbesserung des Arbeitsklimas und mehr Aktivierungen. Am zweithäufigsten wird die Verbesserung der *Personalsituation* vorgeschlagen (29.5%): mehr Mitarbeiter, stärkere Miteinbeziehung von ehrenamtlichen Mitarbeitern, gute Deutschkenntnisse des Personals und Einführung des Rotationsprinzips für die Entlastung der Pflegekräfte. An dritter Stelle werden „andere Gründe“ (19.4%) genannt. Dies umfasst vor allem die Nennung von Fortbildungen zu personenzentrierten Pflegekonzepten, Förderung der Biographiearbeit, mehr Anerkennung der geleisteten Arbeit, Supervision und besserer interner fachlicher Austausch. An vierter Stelle

zur Pflegequalitätsverbesserung wird die „*persönliche Erfahrung*“ aufgezählt (5%). Damit ist vor allem die Förderung positiver Interaktionen von Pflegepersonal und Demenzpatient gemeint. Die Anteilswerte sind im Rahmen von Mehrfachnennungen zu verstehen.

### **9.1.3 Interesse an Fortbildungen**

Bei Frage 15 des Fragebogens geben 90.6% der befragten Pflegekräfte an, Interesse an Fortbildungen zu haben (Mehrfachnennungen möglich). Als Interessenschwerpunkt der ausgewählten Fortbildungsmöglichkeiten liegt die Kommunikation mit Demenzpatienten an erster Stelle (65.5%), ethische Richtlinien im Umgang mit Demenzpatienten auf zweiter (46.0%), Kurse zur Angehörigenbetreuung auf dritter (43.9%), medizinische Fachkurse über die Demenzerkrankung an vierter Stelle (41.0%) und auf dem letzten Platz wurde „Sonstiges“ genannt (7.2%). Im Anschluss wurde die Fachkraft in einer Frage gebeten, anzugeben, welche Rahmenbedingungen sie benötigen würde, um diese gewünschten Fortbildungen zu besuchen. Die häufigsten Nennungen waren: mehr Personal, weniger Administration, Bezahlung der Fortbildung durch Dienstgeber, Absolvierung der Fortbildung während der Arbeitszeit, bessere interne Fortbildungsangebote, Schulung des gesamten Teams und nicht individuell und leichtere Zugänglichkeit zu Fortbildungen.

### **9.1.4 Verteilung und Deskriptivstatistik der erhobenen abhängigen Variablen**

Im Folgenden werden die Verteilungsformen und die Deskriptivstatistik der hypothesenrelevanten abhängigen Variablen (bezogen auf die Gesamtstichprobe) dargestellt.

#### **9.1.4.1 Pflegeleitbild**

Auf die vierkategoriale (1-4) Frage hin, wie gut die Pflegepersonen das Pflegeleitbild ihrer Arbeitsstelle kennen, liegen die Antworten im Durchschnitt zwischen „sehr gut“ und „gut“

(Gesamtstichprobe:  $N=118$ ;  $M=1.62$ ;  $SD=0.54$ ). Es kann jedoch keine Normalverteilung beobachtet werden (K-S<sup>13</sup>:  $p<.001$ , signifikant). Für die Teilstichproben lauten die entsprechenden Statistiken: Langzeitpflege ( $N=60$ ;  $M=1.6$ ;  $SD=0.56$ ); Demenzstationen ( $N=58$ ;  $M=1.64$ ;  $SD=0.52$ ). Auch bezüglich, wie das Pflegeleitbild den eigenen Vorstellungen entspricht, gibt es zwischen den Gruppen in der deskriptivstatistischen Darstellung kaum Unterschiede. Der Mittelwert in der Demenzgruppe beträgt  $M= 1.80$  ( $N=57$ ;  $SD=0.49$ ) und in Langzeitpflege auch  $M= 1.80$  ( $N=61$ ;  $SD=0.65$ ). Die Prüfung auf Normalverteilung in der Gesamtstichprobe ( $N=118$ ,  $M=1.82$ ,  $SD=0.58$ ) fällt signifikant aus, somit wird eine schiefe Verteilung angenommen (K-S:  $p<.001$ , signifikant).

#### **9.1.4.2 Zeitaufwand**

In diesem Fragebogenabschnitt wird untersucht, wie groß die Differenz zwischen dem angegebenen Ist- und dem gewünschten Optimalzustand in unterschiedlichen Pflegeaktivitäten in der Gesamtstichprobe ist.

##### Körperpflege

Die Differenz zwischen dem Ist- und Optimalzustand bei der Körperpflege beträgt durchschnittlich 11 Minuten ( $N=120$ ;  $M=11.07$ ;  $SD=11.13$ ; Median=10.00), d.h. dass sich die Pflegepersonen gerne etwa 11 Minuten mehr Zeit für die Körperpflege über den Tag verteilt für einen dementen Patienten nehmen würde.

Die Normalverteilungsprüfung mittels Kolmogorov-Smirnov (K-S) deutet auf ein signifikantes Ergebnis hin ( $p=.013$ ; signifikant) und somit kann eine Normalverteilung nicht angenommen werden.

##### Essen

Auch in dieser Rubrik würden die Pflegepersonen im Durchschnitt gerne ca. 11 Minuten mehr Zeit pro Demenzpatient verbringen ( $N=117$ ;  $M=10.52$ ;  $SD=14.67$ ; Median=10.00).

Auch hier kann keine Normalverteilung angenommen werden (K-S:  $p<.001$ ; signifikant).

---

<sup>13</sup> K-S= Kolmogorov-Smirnov-Test

### Ausscheidung

Laut Angaben der Pflegepersonen würden sie gerne etwa sieben bis acht Minuten täglich mehr Zeit für diesen Bereich aufwenden (N=111; M=7.26; SD=11.02; Median=5.00).

In dieser Rubrik kann ebenfalls von keiner Normalverteilung gesprochen werden (K-S:  $p < .001$ ; signifikant).

### Mobilisation

Im Durchschnitt wünschen sich die Testpersonen etwa 20 Minuten mehr Zeit, die sie zur Mobilisation pro Patienten verwenden könnten (N=111; M=20.19; SD=17.25; Median=20.00).

Im Abschnitt „Mobilisation“ ist keine Normalverteilung vorhanden (K-S:  $p = .03$ ; signifikant).

### Aktivierung

In diesem Bereich liegt eine sehr große Differenz zwischen Ist- und Optimalzustand vor. 21 Minuten sollten laut Pflegepersonal pro Demenzpatient mehr aufgewendet werden, um ihn täglich zu Mobilisieren (N=114; M=21.11; SD=20.31; Median=20).

Auch in dieser Rubrik kann nicht von einer Normalverteilung ausgegangen werden (K-S:  $p = .02$ ; signifikant).

### Kommunikation

Dieser Abschnitt stellt die größte Differenz zwischen Ist- und Optimalzustand dar. Das Pflegepersonal wünscht sich ungefähr 23 Minuten mehr Zeit für Kommunikation pro Demenzpatient (N= 110; M=23.25; SD=22.75; Median=20).

Der Bereich „Kommunikation“ ist ebenfalls nicht normalverteilt (K-S:  $p = .03$ ; signifikant).

## **9.1.4.3 M-NCAS**

Tabelle 17 dient als Übersicht der Deskriptivstatistik und Normalverteilungsüberprüfung von der M-NCAS. In beiden Skalen der M-NCAS ist die Normalverteilungsannahme gegeben.

Tabelle 17: Verteilung und Deskriptivstatistik M-NCAS

M-NCAS	M	Median	SD	Min	Max	N	K-S	Sig.
<b>Belastung gesamt</b>	61.67	60.00	11.67	41.00	85.00	36	p=.87	nicht signifikant
<b>Belastung DZ</b>	62.47	62.00	13.50	41.00	85.00	17	p=.97	nicht signifikant
<b>Belastung LZ</b>	60.95	60.00	10.10	47.00	80.00	19	p=.83	nicht signifikant
<b>Einstellung gesamt</b>	40.01	40.00	6.77	24.00	52.00	80	p=.59	nicht signifikant
<b>Einstellung DZ</b>	40.45	41.00	6.37	28.00	50.00	40	p=.75	nicht signifikant
<b>Einstellung LZ</b>	39.58	40.00	7.21	24.00	52.00	40	p=.68	nicht signifikant

Anmerkungen. M=Mittelwert; SD=Standardabweichung; Min=Minimum; Max=Maximum; N=Stichprobenumfang; K-S= Kolmogorov-Smirnov-Test; Sig.= Signifikanz; „gesamt“= Gesamtstichprobe; DZ= Demenzstationen; LZ= Langzeitpflege

#### 9.1.4.4 Autonomie

Im Konstrukt „Autonomie“ ist die Subskala „Einstellung“ nicht normalverteilt (K-S:  $p < .001$ ; signifikant), während die Subskala „Umsetzbarkeit“ normalverteilt ist (K-S:  $p = .08$ ; nicht signifikant). Hohe Werte in der „Einstellungsskala“ bedeutet, dass die Berücksichtigung der Autonomieaspekte als nicht wichtig erachtet wird. In der „Berücksichtigungsskala“ deuten hohe Werte auf eine schlechte Umsetzbarkeit der Autonomieaspekte hin. Die entsprechenden Kennwerte der Verteilung sind in Tabelle 18 angegeben. Beide Stationsbereiche können bezüglich der Wichtigkeit der Autonomie (Einstellung) vierkategorial antworten, wobei die beobachteten Summenscores zwischen „stimme zu“ und „stimme eher zu“ liegen. Betrachtet man sich jedoch die Werte zur Umsetzbarkeit der Autonomie auf den Stationen, fällt es den Demenzstationen etwas leichter, dies durchzuführen (DZ:  $M = 6.74$ ; LZ:  $M = 7.78$ ). Höhere Ausprägungen der Mittelwerte stehen für eine schlechtere Umsetzbarkeit.

Tabelle 18: Verteilung und Deskriptivstatistik M-NCAS

AUTONOMIE	M	Median	SD	Min	Max	N	K-S	Sig.
<b>Einstellung gesamt</b>	5.40	5.00	1.82	4.00	14.00	135	$p < .001$	<b>signifikant</b>
<b>Einstellung DZ</b>	5.09	5.00	1.39	4.00	10.00	69	$p < .001$	<b>signifikant</b>
<b>Einstellung LZ</b>	5.73	5.00	2.14	4.00	14.00	66	$p < .001$	<b>signifikant</b>
<b>Umsetzbarkeit gesamt</b>	7.24	7.00	2.26	4.00	15.00	133	$p = .08$	nicht signifikant
<b>Umsetzbarkeit DZ</b>	6.74	7.00	2.18	4.00	14.00	69	$p = .16$	nicht signifikant
<b>Umsetzbarkeit LZ</b>	7.78	8.00	2.24	4.00	15.00	64	$p = .34$	nicht signifikant

Anmerkungen. M=Mittelwert; SD=Standardabweichung; N=Stichprobenumfang; Min=Minimum; Max=Maximum; K-S=Kolmogorov-Smirnov-Test; Sig.=Signifikanz; „gesamt“=Gesamtstichprobe; DZ= Demenzstationen; LZ= Langzeitpflege

Zusätzlich werden die Versuchspersonen gefragt, welche Faktoren bei der Verbesserung der Pflege bzw. bei der Förderung der Autonomie des Patienten ausschlaggebend wären (Mehrfachnennungen möglich). Am häufigsten (79.10%) wurde „zur Verfügung stehendes Personal“, dann „Erfahrung bzw. Routine im Umgang mit an Demenz Erkrankten“ (66.20%), danach „Rahmenbedingungen auf der Station“ (59.70%) und als Schluss „andere Gründe“ (12.90%) angegeben. Nach Angaben der Pflegepersonen könnte somit durch eine Erhöhung des Personalstandes die Situation verbessert werden.

#### 9.1.4.5 Pflegekonzepte

Bei der Normalverteilungsprüfung des Scores zum Pflegekonzept liegt in der Gesamtstichprobe keine Normalverteilung vor (siehe Tabelle 19). Der Score der Langzeitpflege ist normalverteilt gewesen, jedoch sind die Daten der Demenzstationen nicht normalverteilt. In diesem Fragebogenabschnitt wird erhoben, ob die Versuchspersonen eher zu einem realitätsorientierten Ansatz (wurde mit „0“ kodiert) oder zu einem personenzentrierten Ansatz (wurde mit „1“ kodiert) neigen. Den Medianen nach zu schließen - in einer deskriptiv statistischen Betrachtung - besitzen beide Stichproben eher eine Tendenz zum personenzentrierten Ansatz. Auf den Demenzstationen scheint diese Tendenz sogar noch etwas stärker ausgeprägt zu sein als auf den Langzeitpflegestationen (DZ: Median=8; LZ: Median=7).

Tabelle 19: Verteilung und Deskriptivstatistik Pflegekonzepte

PFLEGEKONZEPTE	M	Median	SD	Min	Max	N	K-S	Sig.
Pflegekonzepte gesamt	7.62	8.00	2.04	1.00	10.00	100	p=.01	signifikant
Pflegekonzepte DZ	7.98	8.00	1.89	3.00	10.00	53	p=.03	signifikant
Pflegekonzepte LZ	7.21	7.00	2.15	1.00	10.00	47	p=.33	nicht signifikant

Anmerkungen. M=Mittelwert; SD=Standardabweichung; N=Stichprobenumfang; Min=Minimum; Max=Maximum; K-S=Kolmogorov-Smirnov-Test; Sig.=Signifikanz; „gesamt“=Gesamtstichprobe; DZ= Demenzstationen; LZ= Langzeitpflege

## **9.2 Überprüfung der Fragebögen**

Im Rahmen der Konstruktion und Operationalisierung des Fragebogens wurde versucht, ein hohes Maß an Objektivität zu erreichen. Objektivität ist der Grad der Unabhängigkeit der Fragebogenergebnisse von der Untersuchungssituation (Durchführungsobjektivität) als wie auch vom Testleiter (Auswertungsobjektivität). Die Testleiterunabhängigkeit sollte aufgrund der Fragebogenvorgabe gewährleistet sein. In der Instruktion des Fragebogens wurde versucht, die Fragen klar und präzise zu formulieren, da die Testpersonen ohne Testleiter den Fragebogen ausfüllen sollten. Durch das hauptsächlich geschlossene Antwortformat der vierstufigen Likertskalen bei den Fragen sollte auch die Verrechnungssicherheit gegeben sein.

Da der vorliegende Fragebogen aus hauptsächlich selbstkonstruierten Items besteht bzw. die M-NCAS aus dem Englischen ins Deutsche übersetzt wurde, werden Faktorenanalysen mit nachfolgender Hauptkomponentenrotation (Varimax) berechnet, um die Dimensionalität bzw. Konstruktvalidität zu prüfen. Im Anschluss werden auch Reliabilitätsanalysen gerechnet, um innere Konsistenzen (anhand Cronbach's Alpha) und Itemtrennschärfen festzustellen. Nach Bland und Altman (1997) sollte in klinischen Studien das Cronbach Alpha größer als .90 sein. In Studien jedoch außerhalb des klinischen Bereiches, die vor allem unterschiedliche Gruppen involvieren, kann ein Cronbach Alpha zwischen .70 und .80 bereits als ausreichend gelten. Manning und Munro (2007) berichten in diesem Zusammenhang, dass ein Cronbach Alpha von .70 als akzeptabel gilt und dadurch auch innere Konsistenz gewährleistet ist.

In der vorliegenden Arbeit werden für die Berechnung der Faktoren und Reliabilitätsanalyse jeweils die Daten aller Testpersonen der Demenzstationen, der Langzeitpflegestationen als auch jene von Maria Hrnčir erhobenen Daten der Akutspitäler zusammen herangezogen, um einen möglichst umfassenden Stichprobenumfang zu erhalten.

### **9.2.1 M-NCAS/Einstellung**

Um die Anzahl und Struktur der Grundkomponenten der Einstellungsskala zu erhalten, wurde eine Varimax-rotierte Faktorenanalyse angewendet. Insgesamt füllten 141 Pflegepersonen diesen 28 Item umfassenden Fragebogenteil vollständig aus.

Bei Betrachtung des Verlaufs des Eigenwertdiagrammes in Abbildung 7 sieht man nach dem vierten Faktor eine nochmalige Diskontinuität. Deshalb wird eine vierfaktorielle Lösung angestrebt, wobei jeder Faktor einen Eigenwert  $\lambda$  größer als Eins besitzt.

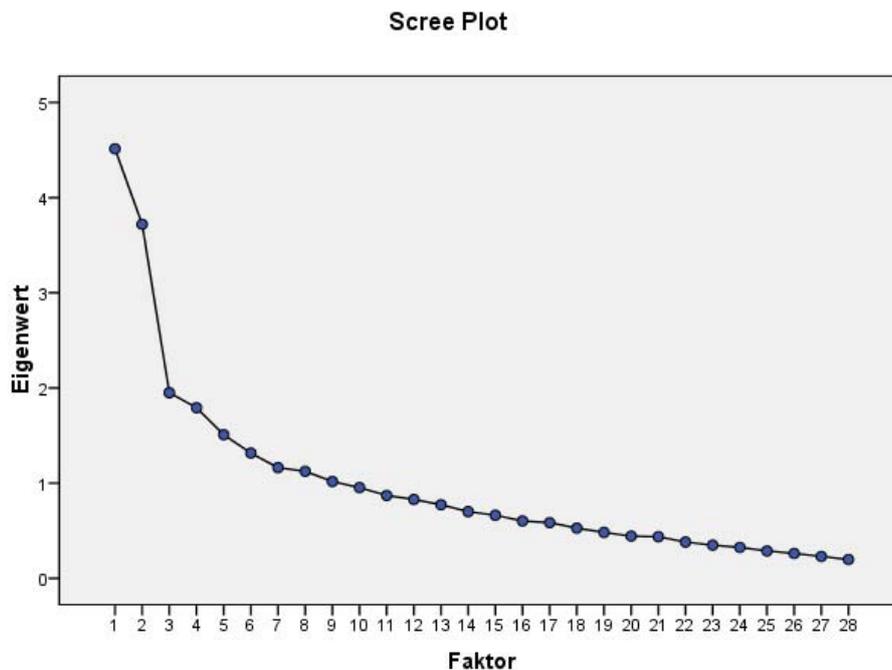


Abbildung 7: Eigenwertdiagramm M-NCAS/Einstellung

Durch diese vierfaktorielle Lösung des vorliegenden Datenmaterials kann eine Gesamtvarianz bzw. eine Kommunalität von 42.77% erklärt werden. Die rotierte Summe der quadrierten Ladungen für den ersten Faktor beträgt 4.97, für den zweiten 3.01, für den dritten 2.64 und für den vierten 2.26. Anhand der Betrachtung der Markervariablen der jeweiligen Faktoren konnten die vier Faktoren benannt werden. Die vier Faktoren wurden negative Attribute, positive Attribute, selbstbezogenes Verhalten und kommunikatives Verhalten genannt. In der untenstehenden Tabelle sind die jeweiligen Faktoren mit ihren dazugehörigen Items und Ladungen aufgelistet.

Tabelle 20: Übersicht Faktorenanalyse M-NCAS/Einstellung

ITEMS	1.Negative Attribute	2.Positive Attribute	3.Selbstbezogenes Verhalten	4.Kommunikatives Verhalten	Kommunalität
<i>sind undankbar<sup>R</sup></i>	.71	.13	.05	-.25	.59
<i>sind aggressiv und feindlich<sup>R</sup></i>	.69	.19	.24	-.12	.58
<i>sind stur und eigensinnig<sup>R</sup></i>	.67	.23	.16	-.06	.52
<i>haben ein leeres Leben<sup>R</sup></i>	.64	.03	-.14	.08	.43
<i>geben keine Jobzufriedenheit<sup>R</sup></i>	.55	.17	-.30	-.15	.44
<i>sind unberechenbar<sup>R</sup></i>	.46	.09	.20	.12	.28
<i>sind paranoid<sup>R</sup></i>	.46	-.08	.20	.03	.25
<i>sind einsam<sup>R</sup></i>	.45	-.25	.39	.30	.51
<i>sind egoistisch<sup>R</sup></i>	.40	-.11	.10	-.20	.22
<i>scheinen sich oft komplett planlos zu verhalten<sup>R</sup></i>	.40	.07	.27	.26	.30
<i>sind ängstlich<sup>R</sup></i>	.38	-.31	.24	.24	.32
<i>sind umgänglich und kooperativ</i>	.09	.67	.05	.27	.53
<i>sind ruhig</i>	-.26	.64	.01	-.10	.49
<i>sind freundlich</i>	.18	.63	-.06	.04	.43
<i>stellen eine dankbare Arbeit dar</i>	.13	.59	-.16	.26	.46
<i>sind dankbar</i>	.26	.58	-.27	.15	.49
<i>haben ein sinnvolles Leben</i>	.22	.55	-.15	.32	.48
<i>sind apathisch, scheinen eingeschränkte Emotionen zu haben<sup>R</sup></i>	.51	-.55	-.11	.08	.57
<i>tun Dinge oft aus einem Grund heraus</i>	-.06	-.04	-.64	-.04	.42
<i>suchen oft Aufmerksamkeit<sup>R</sup></i>	.01	-.03	.62	-.26	.45

<i>brauchen jemanden die ganze Zeit in der Nähe, sind fordernd<sup>R</sup></i>	.27	.42	<b>.54</b>	-.27	.49
<i>müssen sich auf sich in erster Linie auf sich selbst konzentrieren, um zurecht zu kommen<sup>R</sup></i>	.12	-.12	<b>.50</b>	-.02	.28
<i>sind verängstigt, verletzlich<sup>R</sup></i>	.13	-.14	<b>.45</b>	.24	.34
<i>versuchen ihre Unabhängigkeit zu behalten</i>	.11	.21	<b>-.45</b>	.35	.38
<i>wissen was sie wollen und treten für sich selbst ein</i>	-.04	.14	-.12	<b>.66</b>	.48
<i>sind oft absichtlich schwierig<sup>R</sup></i>	.37	-.01	-.08	<b>-.63</b>	.55
<i>scheinen eine normale Spannbreite von Emotionen zu erleben</i>	.02	.16	-.04	<b>.52</b>	.30
<i>sind manipulierend<sup>R</sup></i>	.38	-.10	.36	<b>-.41</b>	.45

Anmerkungen. Die mit <sup>R</sup> gekennzeichneten Items wurden rekodiert.

Nachfolgend wurde eine Reliabilitätsanalyse für jeden einzelnen Faktor gerechnet. Als Übersichtshilfe dient Tabelle 21. Sowohl beim ersten Faktor „negative Attribute“ (Cronbach’s Alpha .77; N= 174) als auch beim zweiten Faktor „positive Attribute“ (Cronbach’s Alpha .73; N= 183) ist die innere Konsistenz akzeptabel. Es muss jedoch erwähnt werden, dass im zweiten Faktor die Items „sind apathisch, scheinen eingeschränkte Emotionen zu haben“ und „sind ruhig“ ausgeschlossen wurden, um die Reliabilität von .71 auf .73 zu erhöhen.

Auf die Faktoren „selbstbezogenes Verhalten“ und „kommunikatives Verhalten“ muss jedoch gänzlich verzichtet werden, da die innere Konsistenzen der beiden Faktoren laut den Definitionen von Manning und Munro (2007), wie auch von Bland und Altman (1997), als zu niedrig eingestuft werden. Das Cronbach’s Alpha für den Faktor „selbstbezogenes Verhalten“ beträgt nämlich nur .62 (N=205) und für den Faktor „kommunikatives Verhalten“ nur .55 (N=208).

In der vorliegenden Arbeit wird aufgrund des geringen Stichprobenumfanges zur Berechnung der Einstellung der Pflegepersonen ein Summenscore aus dem ersten Faktor und zweiten Faktor gebildet. Dieser besitzt ein Cronbach's Alpha von .76 (N=149) und somit kann auch hier innere Konsistenz angenommen werden.

Tabelle 21: *Reliabilitätsanalyse M-NCAS/Einstellung*

FAKTOREN	Cronbach's Alpha	Trennschärfe	M	SD	N	k
<b>Negative Attribute</b>	.77	.29 - .64	27.79	5.32	174	11
<b>Positive Attribute</b>	.73	.44-.55	12.10	2.95	183	5
Selbstbezogenes Verhalten	.62	.29-.39	11.58	2.99	205	6
Kommunikatives Verhalten	.55	.31-.35	11.85	2.33	208	4

*Anmerkungen.* M= Mittelwert, SD = Standardabweichung, N = Stichprobengröße; k= Itemanzahl. Die Faktoren „selbstbezogenes Verhalten“ und „kommunikatives Verhalten“ werden aufgrund ihrer negativen inneren Konsistenz ausgeschlossen. Aus dem Faktor „positive Attribute“ wurde die Items „sind apathisch, scheinen eingeschränkte Emotionen zu haben“ und „sind ruhig“ entfernt, um die Reliabilität zu erhöhen. Nach Entfernung der Items steigt die Reliabilität von .71 auf .73.

### 9.2.2 M-NCAS/Belastung

In der Skala Belastung der deutschen Version der Modified Nursing Care Assessment Scale gab es insgesamt (Langzeitstation, Demenzstation und Akutspital) 87 Versuchsteilnehmer.

Das Eigenwertdiagramm (siehe Abbildung 8) verdeutlicht, dass den Daten im Wesentlichen ein Faktor zugrunde liegt. Dieser Generalfaktor besitzt einen Eigenwert von 9.43 und die Kommunalität erklärt 33.69 % der Gesamtvarianz.

Da deutlich ein Generalfaktor zuerkennen ist, ist eine Varimax-Rotation nicht notwendig. Anhand der Markervariablen lässt sich erkennen, dass dieser eine Faktor inhaltlich am besten mit „Belastung im täglichen Umgang“ beschrieben werden kann.

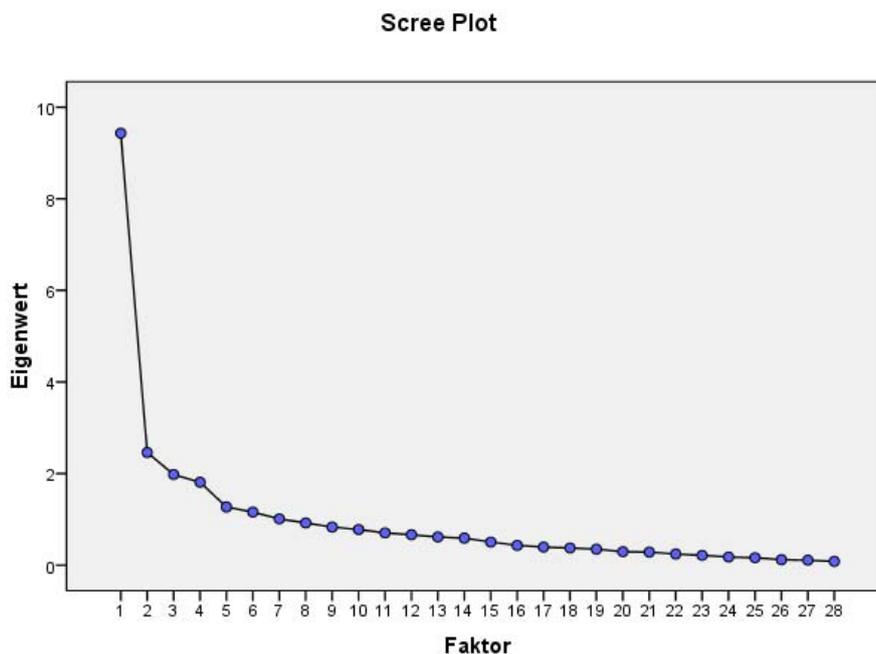


Abbildung 8: Eigenwertdiagramm M-NCAS/Belastung

In Tabelle 22 werden die jeweiligen Items mit ihren Ladungen sowie ihren Kommunalitäten dargestellt.

Tabelle 22: Übersicht Faktorenanalyse M-NCAS/Belastung

ITEMS	1.Faktor „Belastung im täglichen Umgang“	Kommunalitäten
<i>scheinen eine normale Spannbreite von Emotionen zu erleben</i>	.74	.54
<i>versuchen ihre Unabhängigkeit zu behalten</i>	.70	.49
<i>wissen was sie wollen und treten für sich selbst ein</i>	.68	.47
<i>müssen sich in erster Linie auf sich selber konzentrieren, um zurecht zu kommen</i>	.67	.45
<i>haben ein leeres Leben</i>	.67	.45
<i>sind freundlich</i>	.66	.44
<i>brauchen jemanden die ganze Zeit in der Nähe, sind fordernd</i>	.65	.43
<i>sind stur und eigensinnig</i>	.63	.40
<i>sind unberechenbar</i>	.63	.40
<i>sind oft absichtlich schwierig</i>	.63	.39
<i>suchen oft Aufmerksamkeit</i>	.62	.38
<i>sind umgänglich und kooperativ</i>	.61	.37

<i>geben keine Jobzufriedenheit</i>	.61	.37
<i>sind paranoid</i>	.61	.37
<i>sind einsam</i>	.59	.34
<i>tun Dinge oft aus einem Grund heraus</i>	.57	.32
<i>sind verängstigt, verletztlich</i>	.56	.31
<i>stellen eine dankbare Arbeit dar</i>	.54	.29
<i>sind apathisch, scheinen eingeschränkte Emotionen zu haben</i>	.53	.28
<i>scheinen sich oft komplett planlos zu verhalten</i>	.52	.27
<i>sind dankbar</i>	.50	.25
<i>sind undankbar</i>	.49	.24
<i>sind egoistisch</i>	.49	.24
<i>sind aggressiv und feindlich</i>	.49	.24
<i>sind manipulierend</i>	.47	.22
<i>haben ein sinnvolles Leben</i>	.44	.20
<i>sind ängstlich</i>	.39	.15
<i>sind ruhig</i>	.38	.14

Im Anschluss wird auch hier eine Reliabilitätsanalyse gerechnet. Das errechnete Cronbach's Alpha mit .92 (N=87) entspricht einer annehmbaren Reliabilität für den Generalfaktor „Belastung im täglichen Umgang“. In Tabelle 23 sind die Kennwerte genauer dargestellt.

Tabelle 23: Reliabilitätsanalyse M-NCAS/Belastung

GENERALFAKTOR	Cronbach's Alpha	Trennschärfe	M	SD	N	k
Belastung im täglichen Umgang	.92	.34 - .69	65.80	10.76	87	28

Anmerkungen. M steht für den Mittelwert, SD für die Standardabweichung, N für die Stichprobengröße und k für die Itemanzahl.

### 9.2.3 Zusammenfassung M-NCAS

Durch die Berechnungen der Faktoren- und Reliabilitätsanalysen zur Überprüfung der aus dem Englischen übersetzten M-NCAS, mussten einige Items aus dem Fragebogen gestrichen werden. Brodaty et al. wendeten in der original M-NCAS eine oblique Rotation bei der Faktorenanalyse an. Da in der vorliegenden Arbeit hauptsächlich eine Varimax Rotation nach Kaiser durchgeführt wurde, differieren die gefunden Faktoren von der englischsprachigen Version. In der englischsprachigen Version wurden für die Skala „Einstellung“ drei Faktoren

(Autonomy, Attention Seeking und Difficulty) und für die Skala „Belastung“ fünf Faktoren (Affect, Job Satisfaction, Neediness, Predictability, Self Direction) errechnet. Brodaty et al. errechneten dann für jede einzelne Versuchsperson je einen Totalsummenscore für die Einstellungs- bzw. Belastungsskala und listete dann die Werte je Subfaktor noch einmal extra auf. Aufgrund der reduzierten Faktorenanzahl und des geringen Stichprobenumfangs in der deutschsprachigen Version, wird für jede Pflegeperson nur jeweils ein Totalsummenscore für die Einstellungs- bzw. Belastungsskala errechnet. Für den Totalsummenscore der Einstellungsskala werden die Werte der Faktoren „Negative Attribute“ und „Positive Attribute“ zusammengezählt und bei der Belastungsskala wird der Generalfaktor „Belastung im täglichen Umgang“ herangezogen.

#### 9.2.4 Autonomie

Für die faktorenanalytische Untersuchung der Skala Autonomie wurden auch alle ausgefüllten Fragebogen der drei unterschiedlichen Erhebungsorte herangezogen. Insgesamt wurden 221 gültige Fragebögen ausgefüllt. Mit Hilfe der Hauptkomponentenanalyse (mit Varimax nach Kaiser) ergibt sich eine zweifaktorielle Lösung. Dies bestärkt die Konstruktion des Fragebogens, da die Testpersonen immer nach ihrer Meinung zur Bedeutung eines Autonomiebegriffes und gleichzeitig auch dessen Umsetzbarkeit gefragt wurden. Dementsprechend wird der erste Faktor „Einstellung“ und der zweite „Umsetzbarkeit“ genannt. In Tabelle 24 werden die einzelnen Ladungen der Items zu den zwei Faktoren dargestellt.

Tabelle 24: Übersicht Faktorenanalyse Autonomie

ITEMS	1. Faktor Einstellung	2. Faktor Umsetzbarkeit	Kommunalität
<i>Ausscheidung: Autonomie wichtig</i>	.82	-.00	.67
<i>Körperpflege: Autonomie wichtig</i>	.78	.18	.63
<i>Fähigkeiten: Autonomie wichtig</i>	.77	-.01	.60

<b>Mahlzeiten: Autonomie wichtig</b>	.57	.21	.37
<b>Körperpflege: berücksichtigt</b>	.10	.82	.69
<b>Mahlzeiten: berücksichtigt</b>	.01	.79	.62
<b>Fähigkeiten: berücksichtigt</b>	.04	.76	.53
<b>Ausscheidung: berücksichtigt</b>	.32	.53	.39

Der erste Faktor erklärt 28.8 % und der zweite 27.29%, was zusammen einen erklärten Gesamtvarianzanteil von 56.09% ergibt. Beide Faktoren haben einen Eigenwert  $\lambda$  höher als 2 (1. Faktor: 2.30; 2. Faktor 2.18).

Im Anhang an die Faktorenanalyse wurde jeweils für den Faktor „Einstellung“ und „Umsetzbarkeit“ eine Reliabilitätsanalyse gerechnet. In der unterhalb angeführten Tabelle weist das Konstrukt Autonomie in jedem der beiden Faktoren eine ausreichende innere Konsistenz auf. Im Konstrukt „Einstellung“ beträgt das Cronbach's Alpha .69 (N=231) und im Konstrukt „Umsetzbarkeit“ .72 (N=223) Auch bei den Itemtrennschärfen gibt es keine nennenswerten Auffälligkeiten.

Für die weiteren Rechengänge wird immer ein Summenscore für den Faktor „Einstellung“ als auch für den Faktor „Umsetzbarkeit“ gerechnet.

Tabelle 25: Reliabilitätsanalyse Autonomie

FAKTOREN	Cronbach's Alpha	Trennschärfe	M	SD	N	k
<b>Einstellung</b>	.69	.46-.66	5.31	1.61	231	4
<b>Umsetzbarkeit</b>	.72	.40-.61	7.54	2.17	223	4

*Anmerkungen.* M steht für den Mittelwert, SD für die Standardabweichung, N für die Stichprobengröße und k für die Itemanzahl.

### 9.2.5 Pflegekonzepte

In diesem Abschnitt wird der konzeptuelle Hintergrund der Pflege von den Testpersonen (realitätsorientierter vs. personenzentrierter Ansatz) erfragt. Da es sich um eine dichotome abhängige Variable handelt, kann keine Faktorenanalyse durchgeführt werden. Um eine möglichst hohe Reliabilität zu erhalten, werden zwei Items herausgenommen. Das erste Item lautet „Ich glaube, dass die Verwirrung von Frau A. für sie selber eine/keine Bedeutung hat.“ und das zweite „Frau A. sollte anhand ihrer Vergangenheit/Gegenwart stimuliert werden, um eine Verschlechterung ihres Zustandes zu verhindern“. Durch diese Elimination steigt die innere Konsistenz von .57 auf .70 (N=178). Die restlichen Kennwerte sind in Tabelle 26 ersichtlich. In dieser Skala wird ein Gesamtsummenscore für weitere Berechnungen herangezogen.

Tabelle 26: Reliabilitätsanalyse Pflegekonzepte

	Cronbach's Alpha	Trennschärfe	M	SD	N	k
Pflegekonzepte	.70	.20 - .45	7.47	1.98	178	10

*Anmerkungen.* M steht für den Mittelwert, SD für die Standardabweichung, N für die Stichprobengröße und k für die Itemanzahl.

### 9.3 Prüfung der Hypothesen: Ergebnisse

In den folgenden Abschnitten werden die in Kapitel 7.1 vorgestellten Hypothesen geprüft. In der Literatur wird zwar angegeben, dass die parametrischen Verfahren T-Test und Varianzanalyse relativ robust gegen die Verletzung der Normalverteilung sind (Backhaus, Erichson, Plinke & Weiber, 2006), wird jedoch wegen der nicht einmal optisch annähernd gegebenen Normalverteilung lieber auf parameterfreie Verfahren zurückgegriffen. Im Zweifelsfall wird auch immer ein parametrisches Verfahren angewendet, welches aber nur dann angeführt wird, wenn es auch zu einem nennenswerten unterschiedlichen Ergebnis führt.

Es wird auch im Weiteren auf eine Alpha-Adjustierung bei den einzelnen U-Tests aufgrund der teilweise geringen Stichprobenzahl verzichtet. Zudem sind die getesteten abhängigen Variablen (z.B. Zeitaufwand während der Pflege, absolvierte Fortbildungen...) unabhängig von einander und es besteht auch kein Anspruch der Generalisierbarkeit der Ergebnisse.

### 9.3.1 Ergebnisse zu den absolvierten Fortbildungen

*H<sub>1</sub>: Es gibt einen Unterschied zwischen den Demenz- und Langzeitpflegestationen hinsichtlich der Anzahl der absolvierten Fortbildungen. (Hypothese 1)*

Bei der Betrachtung der deskriptiven Statistik der Anzahl der absolvierten Fortbildungen auf der Demenz- bzw. Langzeitpflegestationen fällt ein signifikanter Unterschied bei der Häufigkeit der absolvierten Fortbildungen auf (Pearson  $\chi^2=12.57$ ,  $p=.001$ ). Aufgrund der nicht gegebenen Normalverteilung der Daten (K-S-Test:  $p<.001$ , signifikant) wurde ein U-Test nach Mann-Whitney gerechnet, welcher signifikant ausfiel ( $p=.001<p=.05$ ). Die mittleren Ränge bei den Langzeitpflegestationen sind niedriger als bei den Demenzstationen (DZ=79.91; LZ=60.24).

### 9.3.2 Ergebnisse zum Wohlbefinden im Arbeitsumfeld

*H<sub>1</sub>: Es gibt einen Unterschied zwischen den Demenz- und Langzeitpflegestationen hinsichtlich des Wohlbefindens im Arbeitsumfeld. (Hypothese 2)*

Anhand des Kolmogorov-Smirnov-Test in der Variable „Befinden im Arbeitsumfeld“ erkennt man, dass keine Normalverteilung der Daten vorherrscht (K-S-Test:  $p<.001$ ; signifikant) Der im Anschluss durchgeführte U-Test ist nicht signifikant (N=135;

$p=.31 > p=.05$ ). Somit gibt es keinen Unterschied bezüglich des Wohlbefindens auf den verschiedenen Stationen.

### 9.3.3 Ergebnisse zum Pflegeleitbild

*H<sub>1</sub>: Es gibt einen Unterschied zwischen den Demenz- und Langzeitpflegestationen hinsichtlich der Vertrautheit der Pflegeleitbilder auf ihren Stationen. (Hypothese 3)*

Nach Prüfung der Normalverteilung (K-S:  $p < .001$ , signifikant) wird ein U-Test durchgeführt, welcher sich als nicht signifikant herausstellt ( $p=.64 > p=.05$ ). Somit gibt es zwischen den Stationen keinen Unterschied bezüglich der Vertrautheit des Pflegeleitbildes.

*H<sub>1</sub>: Es gibt einen Unterschied zwischen den Demenz- und Langzeitpflegestationen hinsichtlich der persönlichen Vorstellungen bezüglich des Pflegeleitbildes des Arbeitgebers. (Hypothese 4)*

Auch hier kann keine Normalverteilung angenommen werden (K-S:  $p < .001$ , signifikant) und der U-Test nach Mann-Whitney ist nicht signifikant ( $p=.51 > p=.05$ ). Demnach differieren die persönlichen Vorstellungen des Pflegeleitbildes zwischen den Stationstypen nicht.

### 9.3.4 Ergebnisse zum Zeitaufwand

*H<sub>1</sub>: Es gibt einen Unterschied zwischen den Demenz- und Langzeitpflegestationen hinsichtlich des Zeitaufwandes bei der Pflege des Demenzpatienten. (Hypothese 5)*

Im vorherigen Abschnitt wurde ersichtlich, dass bei den erhobenen Daten zum Thema „Zeitaufwand“ keine Normalverteilung vorliegt. Infolgedessen wurde zur Hypothesentestung zwischen den Demenz- und Langzeitpflegestationen ein U-Test nach Mann-Whitney durchgeführt. Der Test zeigt in keiner der einzelnen Rubriken (Körperpflege:  $p=.40 > p=.05$ , Essen:  $p=.44 > p=.05$ , Ausscheidung:  $p=.84 > p=.05$ , Mobilisation:  $p=.11 > p=.05$ , Aktivierung:  $p=.08 > p=.05$  und Kommunikation:  $p=.38 > p=.05$ ) ein signifikantes Ergebnis an. Jedoch zeigt sich ein Trend in Richtung Signifikanz in der Rubrik Aktivierung. Die Langzeitpflegestationen ( $N=58$ ;  $M=23.72$ ;  $SD=19.24$ ;  $Md^{14}=25$ ) geben eine größere Differenz zwischen dem Ist- und Sollzustand an, als die Demenzstationen ( $N=56$ ;  $M=18.41$ ;  $SD=21.19$ ;  $Md=15.00$ ). Auch im Bereich der Mobilisation zeigt sich eine Tendenz in Richtung Signifikanz. Wie im Bereich der Aktivierung wünschen sich auch hier die Pflegepersonen der Langzeitpflege mehr Zeit ( $N=56$ ;  $M=22.07$ ;  $SD=15.03$ ;  $Md=21.50$ ) als wie auf den Demenzstationen ( $N=55$ ;  $M=18.27$ ;  $SD=19.21$ ;  $Md=15$ ).

### 9.3.5 Ergebnisse zum Belastungserleben der Pflegepersonen (M-NCAS) und des konzeptuellen Hintergrundes der Pflege

*H<sub>1</sub>: Es gibt einen Unterschied zwischen den Demenz- und Langzeitpflegestationen hinsichtlich des Belastungserlebens/ der Einstellung/ des konzeptuellen Hintergrundes der Pflege (realitätsorientierte oder personenzentrierte Pflegekonzepte) bei der Betreuung von Demenzpatienten. (Hypothese 6)*

Da die Prüfung auf Normalverteilung und der Varianzhomogenität nicht signifikant ausfällt, und somit die Normalverteilung (siehe Kapitel 9.1.4.3) und Varianzhomogenität angenommen werden kann, wird eine einfaktorielle multivariate Varianzanalyse gerechnet.

---

<sup>14</sup> Md=Median

Tabelle 27: *Test auf Homogenität der Varianzen*

LEVENE-TEST	F	df1	df2	Signifikanz
M-NCAS: Einstellung	0.06	1	78	.811
M-NCAS: Belastung	1.68	1	34	.203
Pflegekonzepte	0.64	1	98	.425

*Anmerkungen.* F steht für die Prüfgröße des Levene-Tests und df1 und df2 sind die Freiheitsgrade

In Tabelle 28 wird deutlich, dass es keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen bezüglich der abhängigen Variablen Einstellung, Belastung und Pflegekonzepten gibt. Es zeigt sich jedoch ein starker Trend, dass es einen Unterschied zwischen den Stationstypen bezüglich der Pflegekonzepte gibt. Betrachtet man die statistischen Kennwerte, neigt das Pflegepersonal von Demenzstationen eher zu personenzentrierten Pflegekonzepten (N=53; M=7.98; SD=1.87), als wie auf den Langzeitpflegestationen (N=47; M=7.21; SD=2.15). Obwohl es keine statistische Signifikanz der Testwerte gibt, wurde aufgrund der Tendenz zur Signifikanz im Anschluss die Effektgrößen anhand folgender Formel ermittelt (Bortz & Döring, 2002, S. 608):

$$s = \sqrt{\frac{\eta^2}{1 - \eta^2}}$$

Laut Bortz et al. (2002) handelt es sich bei all den errechneten Effektgrößen um kleine Effekte. Demnach sind Effektgrößen bei Varianzanalysen um 0.10 klein, bei 0.25 mittel und bei 0.40 groß. Nur die Effektgröße der Pflegekonzepte (Effektgröße=.19) zeigt eine Tendenz zu einem mittelgroßen Effekt.

Tabelle 28: Varianzanalyse M-NCAS und Pflegekonzepte

VARIANZANALYSE	QS	df	MQ	F	Signifikanz	$\eta^2$	Effektgröße
<b>M-NCAS: Einstellung</b>							
<i>Zwischen den Gruppen</i>	15.31	1	15.31	0.33	<b>.567</b>	.004	.06
<i>Innerhalb der Gruppen</i>	3609.68	78	46.29				
<i>Total</i>	3624.99	79					
<b>M-NCAS: Belastung</b>							
<i>Zwischen den Gruppen</i>	20.82	1	20.82	0.15	<b>.702</b>	.004	.06
<i>Innerhalb der Gruppen</i>	4749.18	34	139.68				
<i>Total</i>	4770.00	35					
<b>Pflegekonzepte</b>							
<i>Zwischen den Gruppen</i>	14.71	1	14.71	3.63	<b>.060</b>	.036	.19
<i>Innerhalb der Gruppen</i>	396.85	98	4.05				
<i>Total</i>	411.56	99					

Anmerkungen. QS steht für die Quadratsumme; df für die Freiheitsgrade; MQ für die Mittel der Quadrate, F für die Prüfgröße;  $\eta$  für Eta welches dann für die Berechnung der Effektgröße herangezogen wurde.

### 9.3.6 Ergebnisse zum Autonomiebegriff

*H<sub>1</sub>: Es gibt einen Unterschied zwischen den Demenz- und Langzeitpflegestationen hinsichtlich der Einstellung zur Wichtigkeit der Autonomie des Patienten. (Hypothese 7)*

Aufgrund der nicht gegebenen Normalverteilung wird hier ein U-Test nach Mann-Whitney angewendet. Die Einstellung zur Wichtigkeit der Autonomie der Patienten unterscheidet sich nicht signifikant in den Gruppen (N=135;  $p=.095 > p=.05$ ).

*H<sub>1</sub>: Es gibt einen Unterschied zwischen den Demenz- und Langzeitpflegestationen hinsichtlich der Umsetzbarkeit der Autonomie des Patienten im Pflegealltag. (Hypothese 8)*

Der für die oben genannte Hypothese gerechnete U-Test zeigt einen signifikanten Unterschied zwischen der Umsetzbarkeit der Autonomie des Patienten im Pflegealltag auf den Stationen (N=133;  $p=.006 < p=.05$ ). Das vierkategoriale Antwortformat wurde so aufgebaut, dass umso niedriger der Summenscore in dieser Skala ist, desto leichter kann die Umsetzbarkeit der Autonomie auf den Stationen erfolgen. Auf den Langzeitpflegestationen (N=64; M=7.78; SD=2.24; Md=8) tut sich das Pflegepersonal schwerer, die Autonomie des Patienten umzusetzen. Im Durchschnitt wird auf den Langzeitpflegestationen angegeben, dass man das Konzept der Autonomie auf den Stationen „eher gut“ umsetzen kann, während die Antworten der Demenzstationen (N=69; M=6.74; SD=2.18; Md=7) eher in Richtung „sehr gut“ gehen.

### **9.3.7 Hypothesen zum Zusammenhang der Konstrukte**

Im folgenden Kapitel werden unterschiedlichste Zusammenhänge innerhalb der Stationsgruppen mit Hilfe von Produkt-Moment-Korrelationen und Rangkorrelation nach Spearman gerechnet. Aufgrund der nicht gegebenen Normalverteilung des theoretischen Konstrukts „Autonomie“ wird hier vorwiegend auf die Rangkorrelation zurückgegriffen. Es wurden auch die jeweiligen Korrelationen über die Gesamtstichprobe gerechnet, jedoch gibt es hier keine nennenswerten Unterschiede zu den Ergebnissen der einzelnen Stichprobengruppen und werden folglich nicht genannt.

Es wird auch hier wie bei den U-Tests auf eine Alpha-Adjustierung verzichtet. Die Gründe sind die dieselben (z.B. teilweise geringe Stichprobenzahl, abhängige Variablen sind unabhängig voneinander, kein Anspruch auf Generalisierbarkeit).

*H<sub>1</sub>: Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Einstellung bei der Betreuung von Demenzpatienten/ dem Belastungserleben von Pflegepersonen/ dem konzeptuellen Hintergrund der Pflege (realitätsorientierte oder personenzentrierte Pflegekonzepte) innerhalb der Langzeitpflegestationen. (Hypothese 9)*

Wie in Tabelle 29 ersichtlich ist, gibt es keine signifikanten Produkt-Moment-Korrelationen zu den Konstrukten Einstellung bei der Betreuung von Demenzpatienten, dem Belastungserleben und dem konzeptuellen Hintergrund innerhalb der Langzeitpflegestationen.

Tabelle 29: Korrelationen Langzeitpflege: Belastung/Einstellung/Pflegekonzepte

<b>LANGZEITPFLEGE</b>	<b>N</b>	<b>r</b>	<b>Signifikanz</b>
<b>Einstellung Betreuung - Belastung</b>	18	.43	.078
<b>Einstellung Betreuung - Pflegekonzepte</b>	30	-.24	.212
<b>Belastung – Pflegekonzepte</b>	14	-.06	.840

*Anmerkungen.* \* bedeutet signifikant bei  $\lambda = .05$ ; \*\* bedeutet signifikant bei  $\lambda = .01$ ; N steht für Stichprobenumfang und r für das Korrelationsmaß der Produkt-Moment-Korrelation.

Es zeigt sich jedoch ein Trend eines positiven Zusammenhanges zwischen der Einstellung bei der Betreuung der Demenzpatienten und dem Belastungserleben der Pflegepersonen auf den Langzeitpflegestationen ( $r = .43$ ). Inhaltlich würde das heißen, dass umso negativer die Einstellung ist, desto höher ist auch die empfundene Belastung im Umgang mit Demenzpatienten bzw. umso positiver man eingestellt ist, desto weniger Belastung empfindet man.

*H<sub>1</sub>: Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Einstellung bei der Betreuung von Demenzpatienten/ dem Belastungserleben von Pflegepersonen/ dem konzeptuellen Hintergrund der Pflege (realitätsorientierte oder personenzentrierte Pflegekonzepte) innerhalb der Demenzstationen. (Hypothese 10)*

Auf den Demenzstationen zeigt sich ein ähnliches Bild wie auf den Langzeitpflegestationen wobei die Zusammenhänge geringer zu sein scheinen und es auch keine Trends in Richtung Signifikanz gibt (siehe Tabelle 30).

Tabelle 30: Korrelationen Demenzstationen: Belastung/Einstellung/Pflegekonzepte

DEMENZSTATIONEN	N	r	Signifikanz
Einstellung Betreuung - Belastung	17	.04	.879
Einstellung Betreuung - Pflegekonzepte	36	-.14	.418
Belastung – Pflegekonzepte	17	-.017	.949

Anmerkungen. \* bedeutet signifikant bei  $\lambda = .05$  (zweiseitig); \*\* bedeutet signifikant bei  $\lambda = .01$  (zweiseitig); N steht für Stichprobenumfang und r für das Korrelationsmaß.

*H<sub>1</sub>: Es gibt einen Zusammenhang hinsichtlich der Einstellung zur Wichtigkeit der Autonomie des Patienten und der generellen Einstellung bei der Betreuung von Demenzpatienten/ dem Belastungserleben von Pflegepersonen/ der Umsetzbarkeit der Autonomie des Patienten im Pflegealltag/ dem konzeptuellen Hintergrund der Pflege (realitätsorientierte oder personenzentrierte Pflegekonzepte) innerhalb der Langzeitpflegestationen. (Hypothese 11)*

Bei Betrachtung der Tabelle 31 bemerkt man drei signifikante Korrelationen.

Tabelle 31: Rangkorrelation Langzeitpflege: Wichtigkeit der Autonomie mit Einstellung Betreuung/ Belastungserleben/ Umsetzbarkeit Autonomie/ Pflegekonzepte.

LANGZEITPFLEGE	N	R	Signifikanz
Wichtigkeit Autonomie- Einstellung Betreuung	39	.42**	.009
Wichtigkeit Autonomie - Belastungserleben	19	.75**	.001
Wichtigkeit Autonomie – Umsetzbarkeit Autonomie	62	.29*	.022
Wichtigkeit Autonomie – Pflegekonzepte	46	-.20	.183

Anmerkungen. \* bedeutet signifikant bei  $\lambda = .05$  (zweiseitig); \*\* bedeutet signifikant bei  $\lambda = .01$  (zweiseitig); N steht für Stichprobenumfang und R für das Korrelationsmaß der Rangkorrelation.

Die erste stark signifikante Korrelation bezieht sich auf den Zusammenhang zwischen der Wichtigkeit der Autonomie und der Einstellung zur Betreuung von Demenzpatienten ( $r = .42$  \*\*). Dies bedeutet, dass umso wichtiger die Autonomie für die Pflegeperson ist, desto positiver ist auch die Einstellung zur Betreuung. Die Korrelation zwischen der Wichtigkeit der Autonomie und dem Belastungserleben ist auf den Langzeitpflegestationen deutlich signifikant ( $r = .75$  \*\*). Somit ist für eine Person für die die Autonomie große Bedeutsamkeit hat, auch der Belastungsfaktor kleiner. Die letzte signifikante Korrelation in den Langzeitpflegestationen weist darauf hin, dass die Berücksichtigung der Autonomie umso besser funktioniert, je höher die Wichtigkeit der Autonomie eingestuft wird ( $r = .29$  \*).

*H<sub>1</sub>: Es gibt einen Zusammenhang hinsichtlich der Einstellung zur Wichtigkeit der Autonomie des Patienten und der generellen Einstellung bei der Betreuung von Demenzpatienten/ dem Belastungserleben von Pflegepersonen/ der Umsetzbarkeit der Autonomie des Patienten im Pflegealltag/ dem konzeptuellen Hintergrund der Pflege (realitätsorientierte oder personenzentrierte Pflegekonzepte) innerhalb der Demenzstationen. (Hypothese 12)*

Im Gegensatz zu den Langzeitpflegestationen gibt es auf den Demenzstationen zu dieser Hypothese keine signifikanten Korrelationen.

Tabelle 32: Rangkorrelation Demenzstationen: Wichtigkeit der Autonomie mit Einstellung Betreuung/ Belastungserleben/ Umsetzbarkeit Autonomie/ Pflegekonzepte.

DEMENZSTATIONEN	N	R	Signifikanz
Wichtigkeit Autonomie- Einstellung Betreuung	40	.02	.914
Wichtigkeit Autonomie - Belastungserleben	17	.26	.310
Wichtigkeit Autonomie – Umsetzbarkeit Autonomie	69	.17	.164
Wichtigkeit Autonomie – Pflegekonzepte	53	-.17	.235

Anmerkungen. \* bedeutet signifikant bei  $\lambda = .05$  (zweiseitig); \*\* bedeutet signifikant bei  $\lambda = .01$  (zweiseitig); N steht für Stichprobenumfang und R für das Korrelationsmaß der Rangkorrelation.

*H<sub>1</sub>: Es gibt einen Zusammenhang hinsichtlich der Umsetzbarkeit der Autonomie des Patienten und der generellen Einstellung bei der Betreuung von Demenzpatienten/ dem Belastungserleben von Pflegepersonen/ der Umsetzbarkeit der Autonomie des Patienten im Pflegealltag/ dem konzeptuellen Hintergrund der Pflege (realitätsorientierte oder personenzentrierte Pflegekonzepte) innerhalb der Langzeitpflegestationen. (Hypothese 13)*

Anhand Tabelle 33 erkennt man, dass es keine signifikanten Ergebnisse bzw. Trends zu dieser Hypothese auf den Langzeitpflegestationen gibt.

Tabelle 33: Rangkorrelation Langzeitpflege: Umsetzbarkeit Autonomie mit Einstellung Betreuung/ Belastungserleben/ Umsetzbarkeit Autonomie/ Pflegekonzepte.

LANGZEITPFLEGE	N	R	Signifikanz
Umsetzbarkeit Autonomie - Einstellung Betreuung	38	.24	.142
Umsetzbarkeit Autonomie – Belastungserleben	19	.21	.392

<b>Umsetzbarkeit Autonomie – Pflegekonzepte</b>	44	-.09	.545
---	----	------	------

Anmerkungen. \* bedeutet signifikant bei  $\lambda = .05$  (zweiseitig); \*\* bedeutet signifikant bei  $\lambda = .01$  (zweiseitig); N steht für Stichprobenumfang und R für das Korrelationsmaß der Rangkorrelation.

*H<sub>1</sub>: Es gibt einen Zusammenhang hinsichtlich der Umsetzbarkeit der Autonomie des Patienten und der generellen Einstellung bei der Betreuung von Demenzpatienten/ dem Belastungserleben von Pflegepersonen/ der Umsetzbarkeit der Autonomie des Patienten im Pflegealltag/ dem konzeptuellen Hintergrund der Pflege (realitätsorientierte oder personenzentrierte Pflegekonzepte) innerhalb der Demenzstationen. (Hypothese I4)*

Auf den Demenzstationen unterscheiden sich die Korrelationsergebnisse zu dieser Hypothese leicht von den Langzeitpflegestationen (siehe Tabelle 34). In den Demenzstationen gibt es eine signifikante Korrelation zu den Bereichen „Umsetzbarkeit Autonomie – Belastungserleben“ ( $r = .52^*$ ). Die signifikante Korrelation auf den Demenzstationen bedeutet inhaltlich, dass Pflegekräfte umso stärker belastet sind, je schlechter die Autonomie des Demenzpatienten im Alltag umgesetzt wird.

Tabelle 34: Rangkorrelation Demenzstationen: Umsetzbarkeit Autonomie mit Einstellung Betreuung/ Belastungserleben/ Umsetzbarkeit Autonomie/ Pflegekonzepte.

DEMENZSTATIONEN	N	R	Signifikanz
<b>Umsetzbarkeit Autonomie - Einstellung Betreuung</b>	40	.12	.458
<b>Umsetzbarkeit Autonomie - Belastungserleben</b>	17	.52*	.032
<b>Umsetzbarkeit Autonomie – Pflegekonzepte</b>	53	-.18	.198

Anmerkungen. \* bedeutet signifikant bei  $\lambda = .05$  (zweiseitig); \*\* bedeutet signifikant bei  $\lambda = .01$  (zweiseitig); N steht für Stichprobenumfang und R für das Korrelationsmaß der Rangkorrelation.

## **10 Diskussion und Interpretation der Ergebnisse**

Im folgenden Abschnitt werden die untersuchten Hypothesen zusammengefasst, inhaltlich interpretiert und mit bisherigen Forschungsergebnissen verglichen.

### ***10.1 Unterschiede in der Anzahl der absolvierten Fortbildungen***

Es zeigt sich ein signifikanter Unterschied bei der Häufigkeitsverteilung hinsichtlich der Anzahl der absolvierten Fortbildungen (Hypothese 1). Pflegepersonen auf den Demenzstationen geben eine höhere Anzahl von Fortbildungen an, wie auf den Langzeitpflegestationen. Nach Lawton et al. (1998, nach Wojnar, 2001) ist die Förderung von Fortbildungen in SCUs sogar ein grundlegendes Merkmal ausgehend davon, was eine Demenzstationen eigentlich von einer Langzeitpflegestation unterscheidet. Die Daten zeigen auch deutlich, dass hauptsächlich Fortbildungen zum Thema „Kommunikation mit Demenzpatienten“ auf den SCUs besucht wurden, was die Aussage von Lawton et al. unterstützt und somit zeigt, dass Anstrengungen von Seiten der Demenzstationen unternommen werden, sich von einer traditionellen Langzeitpflegestation zu unterscheiden. Es darf aber nicht außer Acht gelassen werden, wie wichtig und weitreichend eine funktionierende Kommunikation zwischen Pflegepersonal und Demenzpatient im Stationsalltag ist. Wojnar (2007) beschreibt die Bedeutsamkeit eines engen zwischenmenschlichen Kontaktes, um überhaupt Verhaltensauffälligkeiten von dementen Patienten beeinflussen zu können. Wie können Hilfestellungen gegeben werden, wenn man zum einen das kommunikative Werkzeug nicht besitzt, um das Problem zu erkennen, oder zum anderen, die Hilfestellung gar nicht vermittelt werden kann? Die erfolgreiche Kommunikation mit den Demenzpatienten stellt somit ein Grundstein in der Pflege dar. Aufgrund der erschwerten Bedingungen des kognitiven Abbaus des Demenzpatienten, muss die „Sprache“ des Betroffenen jedoch meist erst erlernt und auch geübt werden (z.B. mit Hilfe von Validation). Dies geschieht am Besten in speziellen Fort- und Weiterbildungen, die für das Pflegepersonal praxisnah gestaltet werden sollen.

## ***10.2 Unterschiede bezüglich des Wohlbefindens am Arbeitsplatz***

Es kann kein signifikanten Unterschiede der Stationen im Wohlbefinden am Arbeitsplatz festgestellt werden. Auf beiden Stationstypen wird ein Wohlbefinden zwischen „sehr gut“ und „gut“ angegeben. Im Gegensatz dazu haben Radzey und Heeg (2001) in einer Studie untersucht, dass das Pflegepersonal von den Demenzstationen von den besseren Arbeitsbedingungen (z.B. höherer Personalschlüssel) profitieren würde. Dies konnte in dieser Studie nicht bestätigt werden kann. Ein möglicher Grund dafür könnte sein, dass wie Reimer et al. (2004) schon bemerkten, dass viele Demenzstationen Kompromisse eingehen müssen, da sie in einer traditionellen Institution integriert sind, und beispielsweise nicht immer den erhöhten Personalschlüssel zugesprochen bekommen, obwohl sie vermehrt mittel- bis schwergradig erkrankte Demenzpatienten mit starken Verhaltensauffälligkeiten betreuen.

## ***10.3 Unterschiede betreffend der Vertrautheit und der persönlichen Vorstellung des Pflegeleitbildes***

Anhand der Daten konnte kein signifikanter Unterschied bezüglich der Vertrautheit bzw. der persönlichen Vorstellung des Pflegeleitbildes festgestellt werden (Hypothese 3 und 4). Die Pflegepersonen der SCUs als auch von der Langzeitpflege geben an, das Pflegeleitbild „sehr gut“ bis „gut“ zu kennen und es entspricht auch ihren Vorstellungen. Vogel (2004) betont, wie wichtig ein einheitliches Pflegeverständnis für die Qualität der Pflege ist, und demnach gehört auch das Kennen des stationseigenen Pflegeleitbildes dazu. Dem Ergebnis nach scheinen die Pflegenden gut vertraut mit dem Pflegeleitbild zu sein, jedoch ist nicht nachvollziehbar, wie viele Personen im Sinne der sozialen Erwünschtheit geantwortet haben. Zudem liegen von den Einrichtungen Haus der Barmherzigkeit Seeböckgasse und Tokiostraße sowie vom Sozialzentrum SeneCura in Grafenwörth derzeit noch keine ausformulierten Pflegeleitbilder vor, was sich auch auf das Antwortverhalten der Pflegepersonen auswirkt.

Es ist positiv zu bemerken, dass sich das Pflegepersonal auf beiden Stationstypen mit dem Pflegeleitbild zu identifizieren scheint. Dies fördert die Motivation, vereinfacht den Arbeitsalltag, da es das einheitliche Pflegeverständnis verstärkt und schlussendlich profitieren

auch die Patienten davon, da das Pflegeleitbild in den meisten Fällen auch für die Berücksichtigung der Autonomie des Patienten steht (Bobbert, 2000).

#### ***10.4 Unterschiede hinsichtlich des Zeitaufwandes bei der Pflege***

Die Demenzstationen unterscheiden sich nicht signifikant von den Langzeitpflegestationen bezüglich des angegebenen Ist- und dem gewünschten Optimalzustand in unterschiedlichen Pflegeaktivitäten (Körperpflege, Essen, Ausscheidung, Mobilisation, Aktivierung und Kommunikation). Lediglich im Bereich Aktivierung und Mobilisation zeigt sich ein Trend in Richtung Signifikanz, da die Differenzen auf den Langzeitpflegestationen zwischen dem Ist- und Optimalzustand größer, als wie auf den Demenzstationen ist. Grund für diesen Trend ist eventuell das Aktivierung und Mobilisation (im Rahmen der spezifischen Betreuungskonzepte) ein wesentliches Merkmal von Demenzstationen ist und dies auch aktiv gefördert wird. Meist fällt die Umsetzung der Aktivierung bzw. Mobilisation auch aufgrund der baulichen Struktur leichter (Lawton et al., 1998, nach Wojnar, 2001). Dürrmann (2001) berichtet in einem Artikel davon, dass Demenzpatienten mit starken Verhaltensauffälligkeiten (wie sie vorwiegend in SCUs anzutreffen sind), einen erhöhten zeitlichen Mehraufwand von Seiten der Pflege benötigen. Auch Kämmer (2001) thematisiert den erhöhten Begleitungsaufwand beim Auftreten von gravierenden Verhaltensänderungen. In der vorliegenden Studie können diese Annahmen nicht bekräftigt werden.

#### ***10.5 Unterschiede bezüglich des Belastungserleben der Pflegepersonen (M-NCAS) und des konzeptuellen Hintergrundes der Pflege***

Hypothese 6 lautet, ob es einen Unterschied zwischen den Demenz- und Langzeitpflegestationen hinsichtlich des Belastungserlebens/ der Einstellung/ des konzeptuellen Hintergrundes der Pflege (realitätsorientierte oder personenzentrierte Pflegekonzepte) bei der Betreuung von Demenzpatienten gibt. Anhand einer einfaktoriellen multivariaten Varianzanalyse konnten keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden.

Es zeigt sich jedoch ein Trend in Richtung Signifikanz bei den Pflegekonzepten. Betrachtet man sich die Mittelwerte, so sieht man dass die Pflegepersonen der Demenzstationen noch stärker personenzentrierte Pflegekonzepte anwenden, als wie auf den Langzeitpflegestationen. Eine mögliche Ursache dafür könnte die häufig angebotenen Validationsfortbildungen auf den Stationen sein, da das Angebot von Fortbildungen auf Demenzstationen im Vergleich zu Langzeitpflegestationen verstärkt gefördert wird (Lawton et al., 1998, nach Wojnar, 2001). Auch Normann, Asplund & Norberg (1999) stellten in einer Untersuchung fest, dass diplomierte Pflegepersonen, die post-graduelle Fortbildungen besuchten, öfters personenzentrierte Ansätze auswählten, als solche ohne Fortbildungen, was sich mit den Ergebnissen dieser Studie deckt (siehe Hypothese 1). Zudem muss erwähnt werden, dass auf vielen Langzeitpflegestationen sich oft Demenzpatienten befinden, die eine leicht- bis mittelgradige Demenz aufweisen. Für diese Patientengruppe eignet sich oft ein realitätsorientierter Ansatz zur Förderung (Weis & Weber, 1997).

Eine Annahme warum es zwischen den Stationstypen keine signifikanten Unterschiede bezüglich des Belastungserleben gibt, sind die Maßnahmenvorschläge (Schulung, Fortbildungen,...), welche die Belastungen in der Pflege demenzkranker Patienten reduzieren helfen sollen, welches auf den Demenzstationen auch gefördert wird. Rundqvist und Severinsson (1999) betonen die Wichtigkeit von Kompetenz und Kommunikationsfähigkeiten im Umgang mit demenzkranken Patienten, um dem Belastungserleben entgegenzuwirken. Nach Lazarus und Folkman (1984) fällt diese Art der Stressbewältigung unter die Rubrik „problem-focused coping“.

### **10.5.1 Erstellung der deutschen Version der M-NCAS**

In der vorliegenden Arbeit wurde die ursprünglich aus dem Englisch stammenden Modified Nursing Care Assessment Scale (Einstellungs- und Belastungsskala) übernommen und ins Deutsche mit Hilfe eines Nativespeakers übersetzt. Nach Vorgabe der deutschsprachigen M-NCAS in unterschiedlichsten Pflegeheimen und Institutionen (insgesamt nahmen 141 Pflegekräfte daran teil), wurden Faktoren- und Reliabilitätsanalysen gerechnet, um den Fragebogen zu überprüfen. Daraus resultierte für die Einstellungsskala eine zweifaktorielle Lösung mit den Faktoren „positive Attribute“ und „negative Attribute“. Für die

Belastungsskala wurde ein Generalfaktor („Belastung im täglichen Umgang“) errechnet. Im Gegensatz dazu gibt es in der englischsprachigen Version (Kleinman et al., 2004) für die Einstellungsskala drei Subskalen (Autonomie, Aufmerksamkeit suchen und Mühe) und für die Belastungsskala fünf Subskalen (Affekt, Jobzufriedenheit, Bedürftigkeit, Selbstbestimmung und Vorhersagbarkeit), wobei die Subskalen je zu einem Totalscore addiert werden. Dieser Unterschied basiert darauf, dass Kleinman et al. (2004) eine oblique-rotierte Faktorenanalyse anwendeten, während in dieser Arbeit eine Faktorenanalyse mit nachfolgender Hauptkomponentenrotation (Varimax) gerechnet wurde. In der deutschen Version wurde zur Berechnung des Einstellungsscores ein Summenscore von den Subskalen „negative Attribute“ und „positive Attribute“ gebildet bzw. der Generalfaktor war schon der Totalscore für die Belastung (Übersicht: siehe Tabelle 35).

Tabelle 35: Übersicht M-NCAS (englisch/deutsch)

SKALA	M-NCAS: englisch* (Cronbach's Alpha); N= 282	M-NCAS: deutsch (Cronbach's Alpha)
<b>Einstellungsskala</b>	Autonomie (.65)	negative Attribute (.77); N=174
	Aufmerksamkeit suchend (.76)	positive Attribute (.73); N=183
	Mühe (.78)	
<b>Belastungsskala</b>	Affekt (.80)	Belastung im täglichen Umgang (.92); N=87
	Jobzufriedenheit (.86)	
	Bedürftigkeit (.86)	
	Vorhersagbarkeit (.85)	
	Selbstbestimmung (.83)	

Anmerkungen. \* (Kleinman et al., 2004)

Die englische Version des M-NCAS besitzt 28 Items, die je einmal in der Einstellungs- und Belastungsskala herangezogen werden. Würde man eine deutsche Version des M-NCAS nach dieser Studie vorgeben wollen, müsste aufgrund der Faktoren- und Reliabilitätsanalysen die

Anzahl der Items adjustiert werden. Folgende 16 Items besitzen immer noch in beiden Skalen der deutschen Version ihre Gültigkeit:

In der täglichen Pflege, Menschen mit Demenz.....

- scheinen sich oft komplett planlos zu verhalten
- sind ängstlich
- sind unberechenbar
- sind egoistisch
- sind paranoid
- sind undankbar
- sind einsam
- haben ein leeres Leben
- sind stur und eigensinnig
- sind aggressiv und feindlich
- geben keine Jobzufriedenheit
- sind umgänglich und kooperativ
- sind freundlich
- stellen eine dankbare Arbeit dar
- sind dankbar
- haben ein sinnvolles Leben

### ***10.6 Unterschiede zum Autonomiebegriff***

In Hypothese 7 („Es gibt einen Unterschied zwischen den Stationstypen hinsichtlich der Einstellung zur Wichtigkeit der Autonomie des Patienten.“) können keine signifikanten Ergebnisse festgestellt werden. Es zeigt sich jedoch in Hypothese 8 ein signifikanter Unterschied der Stationstypen hinsichtlich der Umsetzbarkeit der Autonomie des Patienten im

Stationsalltag. Die Ergebnisse zeigen, dass sich das Pflegepersonal auf den traditionellen Langzeitpflegestationen schwerer tut, die Autonomie des Demenzpatienten praktisch umzusetzen. Nach Angaben der Versuchspersonen der Langzeitpflege können sie das Konzept der Autonomie „eher gut“ umsetzen während auf den Demenzstationen die Antworten in Richtung „sehr gut“ tendieren. Ein möglicher Grund für die bessere Umsetzbarkeit der Autonomie in den SCUs ist höchst wahrscheinlich die geforderte dementengerechte Gestaltung der Umgebung der SCUs (Lawton et al., 1998, nach Wojnar, 2001), die einen wesentlichen Beitrag zur Förderung der Autonomie beiträgt. Zum Beispiel ist es auf den SCUs möglich, schwergradige Demenzpatienten ohne Einschränkungen auf der Station spazieren gehen zu lassen, ohne dass der Patient sich selber gefährdet, da dies in der baulichen Gestaltung berücksichtigt worden ist. Aufgrund der baulichen Gestaltung und andere Autonomie-fördernder Maßnahmen in den SCUs konnte Radzey und Heeg (2001) in einer Studie nachweisen, dass es in SCUs weniger physische Fixierungen und Einschränkungen wie auf traditionellen Stationen gibt. All diese Maßnahmen fördern im Sinne von Beauchamp und Childress (1994, nach Arndt. et al, 2002, S.3) die „Selbstbestimmung, Privatheit, individuelle Wahlmöglichkeit oder Willensfreiheit“, was schlussendlich im Begriff „Autonomie“ zusammengefasst wird. Ein zusätzlicher Grund für diesen signifikanten Unterschied könnte sein, dass der Anstieg der Arbeitsbelastung der Pflegekräfte in traditionellen Stationen dazu führt, dass das Pflegepersonal immer weniger Zeit für die Betreuung der Heimbewohner zur Verfügung hat und sich als Folge eher auf die „reinen“ Pflegetätigkeiten konzentrieren müssen (Weyerer et a., 2001). Auch Radzey und Heeg (2001) stellten fest, dass auf den traditionellen Langzeitpflegestationen der Schwerpunkt eher auf dem häuslichen Kontext und der Überschaubarkeit liegt, wobei in den SCUs der qualifizierte Umgang mit den Demenzpatienten im Vordergrund steht. Gerade bei der praktischen Umsetzung des Autonomiebegriffes bei Demenzpatienten werden in der Literatur immer wieder die Beachtung der Individualität des Patienten in seiner Pflege und die Wichtigkeit einer verstehenden Kommunikation von Seiten der Pflegepersonen hervorgehoben (Lauter, 1993). Lauter (1993) betont, wie wichtig hierfür das Wissen über die Biographie und Lebensgeschichte des Patienten ist, um den Patienten als autonomes Individuum zu betrachten und auch zu begegnen. Jedoch um dies umsetzen zu können, benötigt es die entsprechenden Rahmenbedingungen (wie z.B. Fortbildungen zum Thema Kommunikation mit Demenzpatienten, Biographiearbeit nach Böhm, erhöhter Personalschlüssel...), welche oft in Langzeitpflegeeinrichtungen nicht gegeben sind.

Generell ist das Thema „Autonomie im Umgang mit Demenzpatienten“ in der Forschung noch relativ jung und sollte in der Zukunft weiter erforscht werden.

### ***10.7 Zusammenhänge Einstellung zur Betreuung/ Belastungserleben/ Pflegekonzepte innerhalb der Stationstypen***

In Hypothese 9 und 10 können keine signifikanten Zusammenhänge zwischen den Konstrukten innerhalb der unterschiedlichen Stationstypen gefunden werden. Lediglich auf den traditionellen Langzeitpflegestationen gibt es eine Korrelationstendenz in Richtung Signifikanz. Die Tendenz zeigt sich in der Korrelation Einstellung zur Betreuung von Demenzpatienten und dem Belastungserleben von Pflegepersonen. Inhaltlich würde das bedeuten, dass umso negativer die Einstellung zu den Demenzpatienten ist, desto höher ist auch die empfundene Belastung im Umgang mit Demenzpatienten bzw. umso positiver man eingestellt ist, desto weniger Belastung empfindet man.

Aström (1990, nach Bauer Alfredson & Annerstedt, 1994) berichtete, dass eine positive Einstellung zum demenzkranken Patienten mit niedrigem Burnout korreliert, während Brodaty et al. (2003) berichten, dass mit einer negativen Einstellung eine geringere Belastung einhergeht. Die Ergebnisse dieser Studie unterstützen demnach die Annahmen von Aström (1990, nach Bauer Alfredson & Annerstedt, 1994). Brodaty et al. (2003) begründen ihre Annahme mit der geringen Involviertheit der Pflegeperson. Die Ergebnisse der Studie von Brodaty et al. (2003) zeigen allerdings auch, dass bei Pflegepersonen mit einer negativeren Einstellung zum Patienten die Zufriedenheit an der Arbeit geringer ist und somit zumindest langfristig eine negative Sicht sicherlich nicht weniger Belastung für das Pflegepersonal bedeutet. Günther (2004) evaluierte ein Validations-Anwender-Seminar, und es zeigte sich, dass es aus Sicht der Patienten durch die Validationsanwendung zu einem geringeren Stressempfinden, einer Verminderung von Konfliktsituationen und einer erhöhten Zufriedenheit kam. Eine positive Einstellung zur Betreuung von Demenzpatienten von Seiten des Pflegepersonals (mit Hilfe der Anwendung von Validation) führte zu einer angenehmeren Pflegesituation, einem Gefühl der erhöhten Sicherheit im Umgang mit demenzkranken Patienten und ein verringertes Belastungsempfinden auf Seiten des Pflegepersonals.

### ***10.8 Zusammenhänge Einstellung Wichtigkeit Autonomie und der Einstellung zur Betreuung/ Belastungserleben/ Umsetzbarkeit Autonomie/ Pflegekonzepte innerhalb der Stationstypen***

Die untersuchten Zusammenhänge (siehe Hypothese 11 und 12) zeigen nur innerhalb der Langzeitpflegestationen Signifikanzen auf (Hypothese 11). Genauer gesagt, korreliert die Einstellung zur Wichtigkeit der Autonomie mit der Einstellung zur Betreuung von Demenzpatienten bzw. mit dem Belastungserleben höchst signifikant und mit der Umsetzbarkeit der Autonomie signifikant.

Die erste höchst signifikante Korrelation bezieht sich auf den Zusammenhang zwischen der Wichtigkeit der Autonomie und der Einstellung zur Betreuung von Demenzpatienten. Dies bedeutet, dass umso wichtiger das Konzept der Autonomie für die Pflegeperson ist, desto positiver ist auch die Einstellung zur Betreuung. Tronto (1993, nach Moser, Houtepen & Widdershoven, 2007) unterstützt dieses Ergebnis inhaltlich, da er Autonomie als Prozess zwischen Pflegepersonen und Patienten, der durch Offenheit und Reaktionsfreudigkeit dem anderen gegenüber gekennzeichnet ist, betrachtet.

Die höchst signifikante Korrelation zwischen der Wichtigkeit der Autonomie und dem Belastungserleben beschreibt, dass für eine Pflegeperson von einer Langzeitpflegestation, für die die Autonomie große Bedeutsamkeit hat, der Belastungsfaktor kleiner ist. Widmer (1989) untersuchte Stressfaktoren bei Pflegepersonen und gibt als Ergebnis eine Rangfolge von Stressfaktoren bei Pflegepersonen an. An erster Stelle liegen ethische Konflikte bei der Pflege und Betreuung der Patienten. Betrachtet man die inhaltliche Bedeutsam- und Umsetzbarkeit des Konstrukts Autonomie in der Pflege bei Demenzpatienten, verwundert es nicht, dass das Konstrukt „Autonomie“ ein hohes Potential eines ethischen Konfliktes aufweist. So unterscheidet Bobbert (2002) fünf, der Autonomie zugeordneten Rechte, des Patienten: ein Recht auf Zustimmung oder Ablehnung, ein Recht auf Information, ein Recht auf Festlegung des Eigenwohls, ein Recht auf Wahl zwischen „möglichen“ Alternativen und ein Recht auf eine „möglichst geringe“ Einschränkung des Handlungsspielraums durch die Institution. Somit tun sich Pflegepersonen leichter diesen ethischen Konflikt zu umgehen, wenn sie die Autonomie des Demenzpatienten als wichtig einstufen und folglich weniger Stress bzw. Belastung empfinden. Gerade auf den Langzeitpflegestationen mit ihren meist traditionellen

Ausstattungen und Schwerpunktsetzungen wird die Autonomie für den Patienten aufgrund von organisatorischen und strukturellen Rahmenbedingungen meist erschwert. Deshalb ist es für das Pflegepersonal auf Langzeitstationen im Vergleich zu Demenzstationen umso bedeutsamer, die Wichtigkeit der Autonomie des Patienten zu erkennen, um nicht in einen ethischen Konflikt zu geraten und als Konsequenz Belastung zu empfinden.

Die letzte signifikante Korrelation innerhalb der Langzeitpflegestationen weist darauf hin, dass die Berücksichtigung der Autonomie umso besser funktioniert, je höher die Wichtigkeit der Autonomie eingestuft wird. Dieser Zusammenhang könnte darauf beruhen, dass umso mehr sich die Pflegepersonen mit der Autonomie des Patienten beschäftigen, und diese auch als wichtig für den Patienten erachten, desto höher ist die Motivation zur praktischen Umsetzbarkeit der Autonomie.

Da das Thema Autonomie in der Demenzpflege noch relativ jung ist, konnten keine deutschen bzw. englischen Vergleichsstudien zum Zeitpunkt der Untersuchung in dieser Art und Weise gefunden werden. Es gibt Studien zu diesem Thema, diese liegen aber momentan nur in schwedischer oder norwegischer Fassung vor.

### ***10.9 Zusammenhänge Umsetzbarkeit der Autonomie und Einstellung zur Betreuung/ Belastungserleben/ Pflegekonzepte innerhalb der Stationstypen***

Die Ergebnisse der Hypothesen 13 und 14 deuten nur auf ein signifikantes Ergebnis hin.

Die signifikante Korrelation auf den Demenzstationen („Umsetzbarkeit Autonomie – Belastungserleben“) bedeutet inhaltlich, dass Pflegekräfte umso stärker belastet sind, je schlechter die Autonomie des Demenzpatienten im Alltag umgesetzt wird. Bobbert (2002) erläutert, was es konkret für die Pflege bedeutet, Autonomie im Alltag umzusetzen. Das Pflegepersonal soll

. . . erkennen, wann ein Patient aufgrund seiner schlechten Verfassung aktuell nicht in der Lage ist, wissentlich und willentlich zu entscheiden bzw. wann er ‚gute Momente‘ hat; indem sie für nicht offen gestellte Fragen oder nicht explizit geäußerte

Weigerungen sensibel sind; indem sie kontinuierlich Gesprächsbereitschaft signalisieren und die Patient(inn)en wiederholt dazu ermutigen, Fragen und Präferenzen zu äußern. (Bobbert, 2002, S. 145)

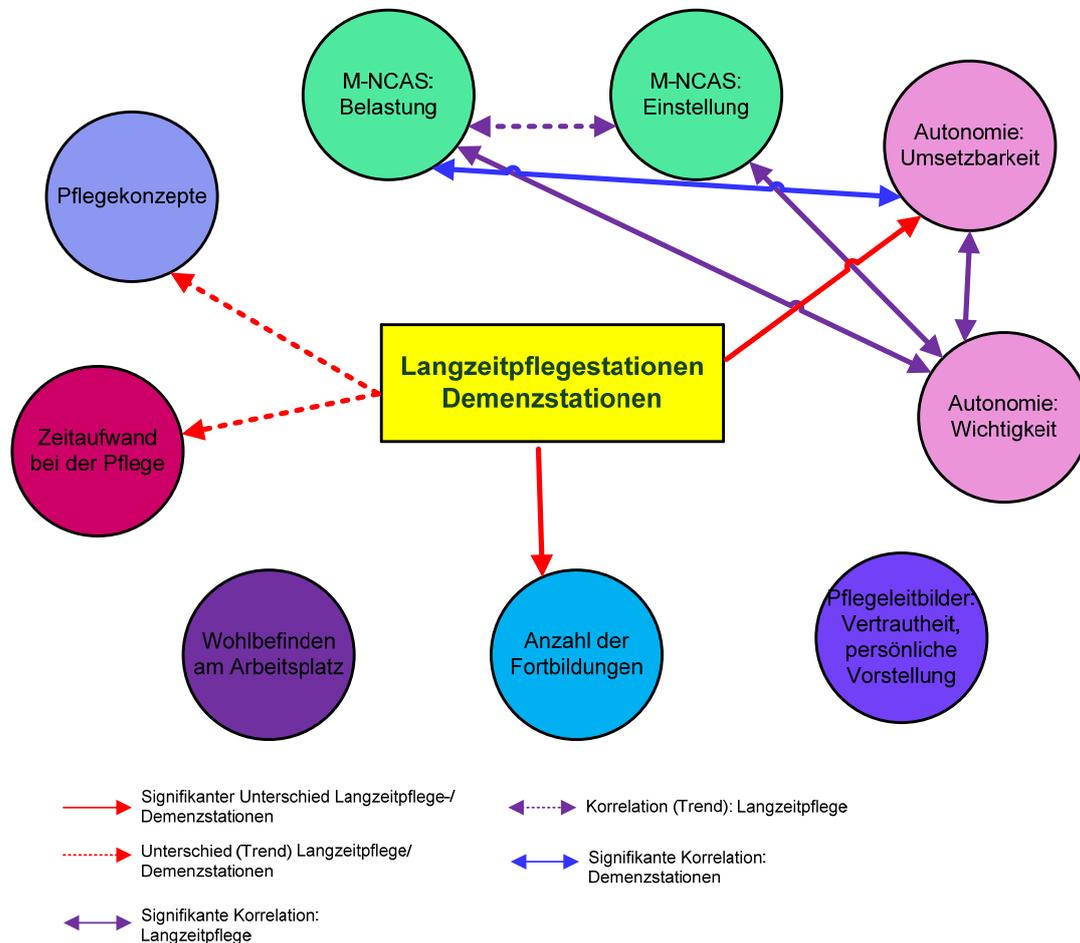
Eine schlechte Umsetzung der Autonomie im Pflegealltag könnte auch wieder zu ethischen Konflikten im Sinne von Widmer (1989) führen und folglich die Pflegeperson belasten. Büssing (1990) führt die erhöhte Belastung der Pflegepersonen vor allem auf einen strukturellen Wandel der Pflege zurück. Berufspolitische und ideologische Veränderungen in der Pflege scheinen die Anforderungen an das Pflegepersonal zu erhöhen. Galt es früher als professionell sich vom Patienten möglichst zu distanzieren, wird heute der Aufbau einer mehr oder weniger nahen Beziehung zum Patienten als sehr wichtig angesehen (Williams, 2001, nach Winwood & Lushington, 2006).

Es konnten leider auch zu diesen Forschungsergebnissen keine weiteren Vergleichsstudien gefunden werden, da die Erforschung der Autonomie des Demenzpatienten wie in Kapitel 10.8 noch relativ unerforscht ist. bzw. die Ergebnisse noch nicht in Deutsch oder Englisch vorliegen.

### ***10.10 Graphische Darstellung der Ergebnisse***

In Abbildung 9 werden die Unterschiede zwischen Demenz- und Langzeitpflegestationen als auch die Zusammenhänge, die in der vorliegenden Arbeit gefunden wurden, graphisch dargestellt.

Abbildung 9: Untersuchungsergebnisse



## 11 Grenzen und Kritik

In dieser Studie gibt es einige Punkte, die kritisierbar sind. Zu Beginn stehen schon die unterschiedlichen Erhebungsstandorte der Studie zur Diskussion. Die Vergleichbarkeit der verschiedenen Standorte und Pflegestationen wird durch unterschiedliche Faktoren komprimiert (z.B. Trägerorganisationen, Aufbau, Gründungsjahr, Standort...), auf welche keinen Einfluss genommen werden konnte. Grundsätzlich konnte auch keine Einwirkung auf die Testsituation, in der die Versuchsperson den Fragebogen ausfüllte, genommen werden. Folglich können sich Störvariablen wie Müdigkeit, momentane Belastung in der Arbeit, momentane subjektive Unzufriedenheit mit der Arbeit auf die Testergebnisse auswirken. Es

wurde in der Operationalisierung der Studie versucht, die Untersuchung und die Testergebnisse so gut wie möglich zu anonymisieren, um der sozialen Erwünschtheit des Antwortverhaltens entgegenzuwirken, jedoch kann diese Störvariable nie vollständig eliminiert werden.

Einer der größten Kritikpunkte aus Sicht des Pflegepersonales war der Umfang des vorgegebenen Fragebogens. Sie hätten sich gewünscht, dass der Fragebogen prägnanter gestaltet gewesen wäre. Durch die Länge des Fragebogens wurde die Nebengütekriterien der Zumutbarkeit und Ökonomie der Untersuchung in Frage gestellt. Zudem wirkte sich teilweise auch die Länge des Fragebogens auf das Testverhalten und die Motivation der Versuchspersonen aus. Folglich resultierte aufgrund einiger unvollständig ausgefüllter Fragebogenabschnitte ein kleinerer Stichprobenumfang. Am stärksten davon betroffen war der Fragebogenabschnitt „Belastung“ der M-NCAS. Hier konnten von den Demenz- und Langzeitpflegestationen jeweils nur 22 Fragebögen in die Studie miteinbezogen werden. Ein weiteres Problem bestand darin, dass der Antwortmodus des M-NCAS einige Pflegekräfte verwirrte und somit zu nicht oder falsch ausgefüllten Fragebögen führte. Auch in der Einstellungsskala des M-NCAS und bei den Pflegekonzepten beträgt der Stichprobenumfang der jeweiligen Stationstypen weniger als 60 Versuchspersonen, welches sich auch auf die Daten- und Ergebnisqualität auswirkt. Comfrey (1973, nach Tabachnick & Fidell, 1983) bemerkt, dass umso kleiner eine Stichprobengröße ist, desto weniger reliabel ist sie. Demnach ist ein Stichprobenumfang von 50-100 dürftig, 300 wird als gut, 500 als sehr gut und 1000 als ausgezeichnet betrachtet. Dennoch erwähnt Tabachnick und Fidell (1983), dass ein Stichprobenumfang von 100-200 gut genug für die meisten Untersuchungszwecke ist, vor allem dann, wenn die Versuchsteilnehmer gleichartig sind. Demzufolge ist der Großteil der Stichprobenumfänge in dieser Untersuchung groß genug. Zudem wurden die Versuchspersonen gezielt für diese Untersuchung ausgesucht und stellen eine recht homogene Stichprobe dar (Beruf, Alter, Arbeitsplatz,...). Es gibt jedoch noch einen zweiten Punkt, der beachtet werden sollte. Tabachnick und Fidell (1983, S. 92) erklären: “The size of anticipated effect is also relevant because more cases are needed to demonstrate a small effect than a large one.” Dies trifft vor allem auf die Hypothesen 9, 11, 12 und 14 zu. Wäre hier der Stichprobenumfang größer gewesen, hätte es eventuelle nicht nur einen Trend zur Signifikanz gegeben, sondern wäre statistisch signifikant gewesen. Zusätzlich bemerkten einige Versuchsteilnehmer, dass die Items der M-NCAS teilweise zu stark verallgemeinern, und sie sich deshalb schwer taten, eine passende Antwort anzugeben. Ein weiterer Kritikpunkt der M-

NCAAs ist es, dass die deutsche Version aufgrund der durchgeführten Faktorenanalyse mit Hauptkomponentenrotation (Varimax) nicht mit der englischsprachigen M-NCAS (wurde mit einer obliquen Faktorenanalyse untersucht) verglichen werden kann (siehe Kapitel 10.5.1). Demnach können auch die Studienergebnisse (beispielsweise welche Art von Verhaltensauffälligkeiten empfinden die Versuchspersonen als am meisten belastend) nur begrenzt miteinander verglichen werden, da sich die deutsche Version des M-NCAS aus ganz anderen Subskalen wie die englische Version zusammensetzt. Es fehlen auch für beide Versionen jeweils Normierungen und bis jetzt gibt es generell wenige Studien, mit denen man die Ergebnisse vergleichen könnte. Auch zu den anderen theoretischen Abschnitten des Fragebogens (Autonomie; konzeptueller Hintergrund der Pflege) konnten keine vergleichbaren Studien oder Normierungen gefunden werden.

## **12 Konklusion und Ausblick**

Ziel der vorliegenden Studie war es, sich konkreter mit dem Belastungserleben von Pflegepersonen (traditionelle Langzeitpflegestationen vs. Demenzstationen) im Umgang mit Demenzkranken auseinander zu setzen. Im Detail sollten dazu Einstellungen zu bzw. Belastungen durch demenzspezifische Verhaltensweisen, die Einstellung zur Wichtigkeit der Autonomie als auch deren Umsetzbarkeit, sowie der Einfluss von zugrundeliegenden Pflegekonzepten erhoben werden. Es konnten signifikante Unterschiede in Umsetzbarkeit der Autonomie der Demenzpatienten, als wie auch in der Anzahl der Fortbildungen zwischen den Stationstypen aufgezeigt werden. Signifikante Korrelationen zeigten sich innerhalb der Langzeitpflegestationen zwischen der Einstellung zur Wichtigkeit der Autonomie des Pflegepersonals und der Einstellung zur Betreuung der Demenzpatienten, des Belastungserlebens und der Umsetzbarkeit der Autonomie im Pflegealltag. Innerhalb der Demenzstationen gibt es eine signifikante Korrelation zwischen dem Belastungserleben von den Pflegepersonen und der Umsetzbarkeit der Autonomie des Demenzpatienten.

In der Studie konnten einige statistische Trends (siehe Abbildung 9) aufgezeigt werden. Für kommende Studien wäre es bedeutsam, die Motivation und Bereitschaft für die Teilnahme an der Studie der Pflegefachkräfte zu erhöhen, da der teilweise geringe Stichprobenumfang sich auf die Aussagekraft der Ergebnisse ausgewirkt hat. Eine Möglichkeit die

Teilnahmebereitschaft, Zumutbarkeit und Testökonomie zu erhöhen, wären beispielsweise einen kürzeren und theoretisch einheitlicheren Fragebogen vorzugeben. Laut Angaben der Versuchspersonen wäre sie eher bereit, einen ein- bis zweiseitigen Fragebogen auszufüllen, als wie einen zehneitigen. In diesem Zusammenhang würde sich auch die Weiterentwicklung der deutschen Form des M-NCAS anbieten. Es wäre wahrscheinlich sinnvoll, den Fragebogen auch von Seiten der Items neu zu adaptieren und ihn dann statistisch auf seine Qualitäten zu überprüfen.

Es konnten einige Vorteile der SCUs gegenüber den herkömmlichen Langzeitpflegestationen aufgezeigt werden (z.B. die bessere Umsetzbarkeit der Autonomie), jedoch wurde auch aufgezeigt, dass SCUs laut dieser Studie keinen starken Einfluss auf die Reduktion auf das Belastungserleben der Pflegepersonen ausüben. Hierfür wären Studien interessant, die auch „Special Care Facilities“ (SCFs) berücksichtigen würden um zu schauen, wie groß das Belastungserleben in diesen Einrichtungen ist. Im Weiteren würde auch interessieren, was genau die Belastungen auf den unterschiedlichen Stationstypen sind (traditionelle Langzeitpflege, SCUs, SCFs). Es könnte sein, dass sich die Belastungsursache vielleicht einfach auf den verschiedenen Stationstypen verschiebt. So könnte man eventuell die organisatorischen und strukturellen Belastungsfaktoren genauso miteinbeziehen, als auch die Belastungen im Umgang mit Demenzpatienten, und dann schauen, welche Art der Belastung am schwerwiegendsten ist. Interessant wäre es hierzu herauszufinden, ob Pflegepersonen von den unterschiedlichen Stationstypen die gleichen Formen des Copings (problemzentrierte Coping oder emotionszentrierte; Lazarus & Folkman, 1984) anwenden und welche konkreten Förderungsmaßnahmen sie brauchen würden. Tyler und Ellison (1994) beispielsweise postulieren, dass ein Erwerb von zusätzlichen Qualifikationen (wie z.B. Fortbildungen zum Thema Kommunikation mit Demenzpatienten) mit mehr Verantwortung einhergeht und somit auch mit mehr Stress verbunden ist. Dies steht im Gegensatz dazu, dass dadurch Fähigkeiten erworben werden können, die den Umgang mit Demenzpatienten eigentlich erleichtern sollten.

In der Literatur werden die Vor- und Nachteile von SCUs, SCFs und traditionellen Langzeitpflegestationen immer wieder miteinander verglichen und es wird diskutiert, welche Art der Betreuung die Beste ist, und welche man mit finanziellen Förderungen im Auf- und Umbau unterstützen sollte. Es stellt sich hier die ethische Frage, welche Vor- und Nachteile am meisten Gewicht tragen, und wem sie zu Gute kommen. Wird der „Erfolg“ einer

Betreuungseinrichtung anhand von Gedächtnistests der Bewohner gemessen, oder anhand der gesteigerten Lebensqualität der an Demenz erkrankten Patienten? Überwiegt ein zufriedener und glücklicher Gesichtsausdruck oder ein gutes Testergebnis im Gedächtnistest? In diesem Sinne wurden etliche Experten befragt. Es sind die Betroffenen selber, die an Demenz erkrankten Patienten. Sie stammen alle von unterschiedlichsten in- und ausländischen Betreuungseinrichtungen. Alle ihre Aussagen können im folgenden Satz zusammengefasst werden:

**„Selig, die mir Lebendigkeit schenken, weil ich sein darf wie ich bin.“**

Eine Annahme besteht darin, dass genau diese innere Zufriedenheit der Patienten auch zu einer erhöhten Zufriedenheit am Arbeitsplatz und zu einem geringeren Belastungserleben des Pflegepersonals führt, egal auf welcher Art von Betreuungsstation sie arbeiten. Vielleicht könnten in Zukunft Studien zu dieser theoretischen Annahme durchgeführt werden.

## 13 Abstract

**Hintergrund und Ziel:** Ziel der vorliegenden Studie war es, sich konkreter mit dem Belastungserleben von Pflegepersonen im Umgang mit Demenzkranken auseinander zu setzen. Im Detail sollen dazu Einstellungen zu bzw. Belastungen durch demenzspezifische Verhaltensweisen, die Einstellung zur Wichtigkeit der Autonomie als auch deren Umsetzbarkeit, sowie der Einfluss von zugrundeliegenden Pflegekonzepten erhoben werden. Für die Studie wurden Pflegepersonen von acht traditionellen Langzeitpflegestationen und sieben Demenzstationen („Special Care Units“-SCUs) im Raum Wien und Niederösterreich befragt. Die Fragestellung lautete, ob sich die unterschiedlichen Stationstypen in den Anfangs genannten Konstrukten voneinander unterscheiden bzw. ob es Zusammenhänge zwischen den Konstrukten gibt. **Methode:** Insgesamt nahmen 139 Pflegepersonen an der Studie teil. Dabei wurde den Versuchspersonen ein Fragebogen vorgegeben, der sich aus folgenden theoretischen Abschnitten zusammensetzte: Modified Nursing Care Assessment Scale (M-NCAS), selbstkonstruierte Fragen zu den Bereichen Autonomie (Einstellung zur Wichtigkeit der Autonomie/Umsetzbarkeit im Pflegealltag) und zum konzeptuellen Hintergrund der Pflege (personenzentrierte vs. realitätsorientierte Pflegekonzepte). Die M-NCAS wurde dafür aus dem Englischen ins Deutsche übersetzt und statistisch evaluiert. Zusätzlich wurden auch Fragen zu Anzahl der Fortbildungen, Wohlbefinden im Arbeitsumfeld, Zeitaufwand bei Pflegeaktivitäten (Ist- Optimalzustand) und Vorschläge zur Verbesserung der Pflegequalität erhoben. **Ergebnisse:** Die Ergebnisse der Hauptfragestellung zeigten, dass sich die Stationstypen in der Umsetzbarkeit der Autonomie der Demenzpatienten, als wie auch in der Anzahl der Fortbildungen signifikant unterscheiden. Signifikante Korrelationen zeigten sich innerhalb der Langzeitpflegestationen zwischen der Einstellung zur Wichtigkeit der Autonomie des Pflegepersonals und der Einstellung zur Betreuung der Demenzpatienten, des Belastungserlebens und der Umsetzbarkeit der Autonomie im Pflegealltag. Bei den SCUs konnte eine signifikante Korrelation zwischen der Umsetzbarkeit der Autonomie und des Belastungserlebens nachgewiesen werden. **Diskussion und Schlussfolgerung:** Anhand der Ergebnisse wiesen SCUs mehr Vorteile als wie traditionelle Langzeitpflegestationen auf, wovon das Pflegepersonal und schlussendlich die Demenzpatienten profitieren. Aufgrund der teilweise geringen Stichprobenanzahl in den einzelnen Subgruppen war die Macht der einzelnen statistischen Verfahren oft beeinträchtigt und limitiert. Für nachfolgende Untersuchungen wäre deshalb die Überprüfung der in dieser Arbeit gefunden starken Trends (z.B. der Zusammenhang zwischen Einstellung und Belastung) interessant.

**Background and Purpose of the Study:** The main aim of this study was to investigate the burden that nursing staff experience when dealing with dementive patients. The main focus was the strain of dealing with these patients and the carers' attitude towards dementive behavior. Furthermore, it investigated attitudes towards the importance of autonomy, and its practicability in the daily care routine, as well as the influence of care concepts upon the care practices (person-centered vs. reality-oriented approach) of the staff. For this study, formal caregivers from eight traditional long-term care settings and seven Special Care Units (SCUs) in Vienna and Lower Austria were surveyed. The main question being investigated was if the different care settings in the above listed theoretical constructs differ, and if there are indeed correlations evident. **Methods:** The data set was comprised of 139 completed cases. The questionnaire consisted of several main sections: The Modified Nursing Care Assessment Scale (M-NCAS), questions developed specifically for this research that dealt with the issue of autonomy (the attitudes towards the importance of autonomy, and its practicability in the daily care routine), and the conceptual background of the patient care (the influence of care concepts upon the care practices of the staff). The M-NACS was translated from English to German and then statistically analyzed. Additional questions surveyed the socio-demographic background, amount of further education, feeling of well-being in the work place, time expenditure for care activities (actual versus desired result), recommendations for the improvement of the care quality, and interest regarding further training. **Results:** The results of the primary questions showed that there are significant differences between long-term care facilities and the SCUs in how they implement the autonomy of the dementia patients, as well as the amount of training undertaken. There were significant correlations discovered within the long-term care facilities. The attitude towards the importance of autonomy correlated in turn with the carers' attitude towards dementive behavior, the strain of dealing with dementive patients, and the practicability of autonomy in the daily care routine. There was one significant correlation within the SCUs. The implementation of the autonomy of dementia patients correlated with the strain of the carers. **Discussion and Conclusion:** The results showed that the SCUs possessed more advantages than the long-term care facilities. This contributes to the well-being of not only the staff, but also of the dementia patients. Due to the small size of some sub-groups in the statistical analysis, occasionally the strength of the tests was limited to a degree. Further research could build upon the trends discovered within this study (i.e. the correlation of the strain of dealing with dementive patients and the attitude towards dementive behavior.)

## 14 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: <i>Interdisziplinäres-4-Pfeiler-Konzept (Geriatrizentrum Am Wienerwald, 2007)</i> .....	28
Abbildung 2: <i>Darstellung der fünf großen Bedürfnisse (Kitwood, 2005, S. 121)</i> .....	52
Abbildung 3: <i>Grundmuster der Beziehungsarbeit</i> .....	56
Abbildung 4: <i>Übersicht Haupthypothesen</i> .....	75
Abbildung 5: <i>Schwerpunkt der Fortbildung</i> .....	89
Abbildung 6: <i>Befinden im Arbeitsumfeld</i> .....	90
Abbildung 7: <i>Eigenwertdiagramm M-NCAS/Einstellung</i> .....	97
Abbildung 8: <i>Eigenwertdiagramm M-NCAS/Belastung</i> .....	101
Abbildung 9: <i>Untersuchungsergebnisse</i> .....	128

## 15 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: <i>Globale Verschlechterungsskala nach Reisberg</i> (Gastpar et al., 2003, S. 43).....	15
Tabelle 2: <i>Formen der zerebrovaskulären Demenz</i> (Förstl, 2001, S.31).....	18
Tabelle 3: <i>Elemente der Behandlung Demenzkranker</i> ( Förstl, 2001, S. 21) .....	19
Tabelle 4: <i>Nicht-medikamentöse Behandlungsverfahren</i> (Förstl, 2001, S. 25) .....	21
Tabelle 5: <i>Verteilung des täglichen Mehraufwandes in der Versorgung Demenzkranker</i> (Dürrmann, 2001) .....	24
Tabelle 6: <i>Wohnformen für Demenzkranke</i> (Annerstedt et al., 1996, nach Wojnar, 2001, S. 50) .....	26
Tabelle 7: <i>Beeinflussungsfaktoren Inanspruchnahme stationärer Altenhilfe</i> (Weyerer et al., 2001, S. 10).....	33
Tabelle 8: <i>Forschungsergebnisse: Vergleich SCUs/ Langzeitpflegestationen</i> .....	34
Tabelle 9: <i>Zwei Kulturen der Demenzpflege</i> (Kitwood, 2005, S.194) .....	50
Tabelle 10: <i>Langzeitziele der Validation</i> (Feil & de Klerk-Rubin, 2005, S.15-16) .....	54
Tabelle 11: <i>Effekte Validation</i> (Müller 1994, nach Radzey, 2001, S. 24).....	55
Tabelle 12: <i>Effekte ROT nach Woods et al. (1992,zitiert nach Radzey &amp; Heeg., 2001, S. 22)</i> .....	60
Tabelle 13: <i>Effekte Reminiszenztherapie</i> (Radzey & Heeg., 2001, S. 23).....	62
Tabelle 14: <i>Gesellschaftliche und individuelle Rechte</i> (Davis 2005) .....	76
Tabelle 15: <i>Reliabilität M-NCAS; englische Version</i> (Kleinman et al., 2004) .....	82
Tabelle 16: <i>Fragebogenüberblick</i> .....	83
Tabelle 17: <i>Verteilung und Deskriptivstatistik M-NCAS</i> .....	94
Tabelle 18: <i>Verteilung und Deskriptivstatistik M-NCAS</i> .....	94

Tabelle 19: <i>Verteilung und Deskriptivstatistik Pflegekonzepte</i> .....	95
Tabelle 20: <i>Übersicht Faktorenanalyse M-NCAS/Einstellung</i> .....	98
Tabelle 21: <i>Reliabilitätsanalyse M-NCAS/Einstellung</i> .....	100
Tabelle 22: <i>Übersicht Faktorenanalyse M-NCAS/Belastung</i> .....	101
Tabelle 23: <i>Reliabilitätsanalyse M-NCAS/Belastung</i> .....	102
Tabelle 24: <i>Übersicht Faktorenanalyse Autonomie</i> .....	103
Tabelle 25: <i>Reliabilitätsanalyse Autonomie</i> .....	104
Tabelle 26: <i>Reliabilitätsanalyse Pflegekonzepte</i> .....	105
Tabelle 27: <i>Test auf Homogenität der Varianzen</i> .....	109
Tabelle 28: <i>Varianzanalyse M-NCAS und Pflegekonzepte</i> .....	110
Tabelle 29: <i>Korrelationen Langzeitpflege: Belastung/Einstellung/Pflegekonzepte</i> .....	112
Tabelle 30: <i>Korrelationen Demenzstationen: Belastung/Einstellung/Pflegekonzepte</i> .....	113
Tabelle 31: <i>Rangkorrelation Langzeitpflege: Wichtigkeit der Autonomie mit Einstellung Betreuung/ Belastungserleben/ Umsetzbarkeit Autonomie/ Pflegekonzepte</i> .....	114
Tabelle 32: <i>Rangkorrelation Demenzstationen: Wichtigkeit der Autonomie mit Einstellung Betreuung/ Belastungserleben/ Umsetzbarkeit Autonomie/ Pflegekonzepte</i> .....	115
Tabelle 33: <i>Rangkorrelation Langzeitpflege: Umsetzbarkeit Autonomie mit Einstellung Betreuung/ Belastungserleben/ Umsetzbarkeit Autonomie/ Pflegekonzepte</i> .....	115
Tabelle 34: <i>Rangkorrelation Demenzstationen: Umsetzbarkeit Autonomie mit Einstellung Betreuung/ Belastungserleben/ Umsetzbarkeit Autonomie/ Pflegekonzepte</i> .....	116
Tabelle 35: <i>Übersicht M-NCAS (englisch/deutsch)</i> .....	121

## 16 Literaturverzeichnis

- Agich, G.J. (2003). *Dependence and Autonomy in Old Age: An Ethical Framework for Long-Term Care* (2nd ed., rev.). Cambridge: University Press.
- Arndt, M., Välimäki, M., Leino-Kilpi, H., Scott, A., Dassen, T., Gasull, M. & Lemonidou, C. (2002). Autonomie, Privatsphäre und informierte Zustimmung: Ein BIOMED II-Forschungsprojekt mit Patienten und Pflegepersonen in fünf europäischen Ländern. *Pflegezeitschrift, 1*, 1-12.
- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W. & Weiber, R. (2006). *Multivariate Analysemethoden. Eine anwendungsorientierte Einführung*. Berlin: Springer.
- Bauer Alfredson, B. & Annerstedt, L. (1994). Staff attitudes and job satisfaction in the care of demented elderly people: group living compared with long-term care institutions. *Journal of Advanced Nursing, 20*, 964-974.
- Bobbert, M. (2002). *Patientenautonomie und Pflege. Begründung und Anwendung eines moralischen Rechts*. Frankfurt/ Main: Campus.
- Böhm, E. (2004). *Psychobiographisches Pflegemodell nach Böhm- Band I: Grundlagen*. (3. Aufl.). Wien: Verlag Wilhelm Maudrich.
- Böhm, E. (2006). *Verwirrt nicht die Verwirrten*. Bonn : Psychiatrie Verlag.
- Bortz, J. (1999). *Statistik für Sozialwissenschaftler*.(5. Aufl.). Berlin : Springer-Verlag
- Bortz, J. & Döring, N. (2002). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. (3. Aufl.). Berlin : Springer-Verlag.
- Brodsky, H., Draper, B. & Low, L. (2003). Nursing home staff attitudes towards residents with dementia: strain and satisfaction with work. *Journal of Advanced Nursing, 44*(6), 583-590.
- Büssing, A. (1990). Streß und Streßbewältigung in der Krankenpflege. *Pflege, 3*, 105-118.
- Davis, D. (2005). *Business Research for Decision Making*. (6th ed.). Mason: Thomson South-Western.

- Dürmann, P. (2003). Leistungsvergleich vollstationäre Versorgung Demenzkranker (LVVD). In P. Tackenberg, A. Abt-Zegelin (Hrsg.) *Demenz und Pflege. Eine interdisziplinäre Betrachtung* (S. 215-229). Frankfurt am Main: Mabuse.
- Eden Alternative (2008). *Philosophie/Geschichte*. [Online]. Verfügbar unter: [www.eden-europe.net](http://www.eden-europe.net) [12.9.2008].
- Edwards, D. & Burnard, P. (2003). A systematic review of stress and stress management interventions for mental health nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 42(2), 169-200.
- Feil, N. & de Klerk-Rubin, V. (2005). *Validation. Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen*. München: Reinhardt.
- Feil, N. (2001). *Validation in Anwendung und Beispielen. Der Umgang mit verwirrten alten Menschen*. (3. Aufl.). München: Reinhardt.
- Fonds Soziales Wien. (2006). *Mit Demenz leben*. Information für Betroffenen und Angehörige.
- Förstl, H. (Hrsg.), (2001). *Therapie neuro-psychiatrischer Erkrankungen im Alter*. München: Urban & Fischer Verlag.
- Gastpar, M.T., Kasper, S. & Linden, M. (Hrsg.), (2003). *Psychiatrie und Psychotherapie*. Wien: Springer Verlag.
- Gatterer, G., Auer, S. & Schmidl, E. (2006). Neuropsychologische und klinisch psychologische Interventionsmöglichkeiten bei Personen mit leichtem kognitivem Defizit und Demenz. In J. Lehrner, G. Pusswald, E. Fertl, W. Strubreither & I. Kryspin-Exner (Hrsg.) *Klinische Neuropsychologie. Grundlagen – Diagnostik – Rehabilitation* (S. 611-622). Wien: Springer.
- Geriatriezentrums Am Wienerwald (2006). *Betriebs- und Leistungsbeschreibung, sowie Heimordnung des Geriatriezentrums Am Wienerwald*. [Online]. Verfügbar unter: [www.wienkav.at/kav/gzw/](http://www.wienkav.at/kav/gzw/) [08.06.2008].
- Geriatriezentrums Am Wienerwald. (2007). *Das Interdisziplinäre-4-Pfeiler-Konzept*. (Broschüre).

- Glasberg, A.L., Eriksson, S. & Norberg, A. (2007). Burnout and „stress of conscience“ among healthcare personnel. *Journal of Advanced Nursing*, 57(4), 392-403.
- Greif, S. (1991). Stress in der Arbeit – Einführung und Grundbegriffe. In S. Greif, E. Bamberg & N. Semmer (Hrsg.), *Psychischer Stress am Arbeitsplatz* (S. 1-28). Göttingen: Hogrefe.
- Günther, A. (2004). *Evaluationsstudie über die Praxiserfolge von Validation nach Feil am Beispiel eines Tertianum ZfP Validation-Anwenderseminars*. [Online]. Verfügbar unter: <http://www.validation-eva.com/pdf/Evaluations-Studie Validation.pdf> [11.11.2007]
- Hallberg, I.R. & Norberg, A. (1993). Strain among nurses and their emotional reactions during 1 year of systematic clinical supervision combined with the implementation of individualized care in dementia nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 1860-1875.
- Hallberg, I.R. & Norberg, A. (1995). Nurses' experiences of strain and their reactions in the care of severely demented patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 10, 757-766.
- Innes, A. (2004). *Die Dementia Care Mapping Methode (DCM). Anwendung und Erfahrung mit Kitwoods person-zentriertem Ansatz*. Bern: Huber.
- Kämmer, K. (2001). Qualität in der Versorgung Demenzerkrankter: Die Perspektive des Pflegepersonals. In Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), *Qualität in der stationären Versorgung Demenzerkrankter (Dokumentation eines Workshops)*, 2001 (S. 70-78), Stuttgart: Kohlhammer. [Online]. Verfügbar unter: [www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/RedaktionBMFSFJ/.../PRM-24423-SR-Band-207.2,property=pdf,bereich=,sprache=de,rwb=true.pdf](http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/RedaktionBMFSFJ/.../PRM-24423-SR-Band-207.2,property=pdf,bereich=,sprache=de,rwb=true.pdf). [10.11.2008].
- Kitwood, T. (2004). 4. Auflage. *Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen*. Bern: Huber.
- Kleina T. & Wingenfeld, K. (2007). *Die Versorgung demenzkranker älterer Menschen im Krankenhaus* (Reihennummer P07-135, ISSN 1435-408X). Bielefeld: Universität, Institut für Pflegewissenschaft. [Online]. Verfügbar unter: <http://www.uni-bielefeld.de/IPW> [11.11.2007]

- Kleinman, L., Frank L., Ciesla, G., Rupnow, M.& Brodaty, H. (2004). Psychometric performance of an assessment scale for strain in nursing care: The M-NCAS. [Verfügbar unter: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=535543&blobtype=pdf> [30.5.2007].
- Krankenhaus Barmherzige Schwestern Wien (2006). *Grundsätze der Pflege*. [Online]. Verfügbar unter: [www.bhswien.at/bhswien/media/pdf\\_contel\\_bhswien/atientenorientierung\\_72.pdf](http://www.bhswien.at/bhswien/media/pdf_contel_bhswien/atientenorientierung_72.pdf) [07.06.2008].
- Kuremyr, D., Kihlgren, M., Norberg, A., Aström, S. & Karlsson, I. (1994). Emotional experiences, empathy and burnout among staff caring for demented patients at a collective living unit and a nursing home. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 670-679.
- Lauter, H. (1993). Ethische und juristische Probleme der Demenz. In H. Hinterhuber (Hrsg.) *Psychiatrie im Aufbruch* (S. 76-83). Innsbruck; Wien: VIP-Verlag Integrative Psychiatrie.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lehrner, J., Bodner, T., Dal-Bainco, P. & Schmidt, R. (2006). Demenzsyndrome. In J. Lehrner, G. Pusswald, E. Fertl, W. Strubreither & I. Kryspin-Exner (Hrsg.) *Klinische Neuropsychologie. Grundlagen – Diagnostik – Rehabilitation* (S. 327-346). Wien: Springer.
- Maercker, A. (Hrsg.). (2002). *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie*. Berlin: Springer.
- Manning, M. & Munro, D. (2007). *The Survey Researcher's SPSS Cookbook*. (2<sup>nd</sup> ed.). Sydney: Pearson Education Australia.
- Maslach, C. & Leiter, M.P. (2001). *Die Wahrheit über Burnout. Stress am Arbeitsplatz und was Sie dagegen tun können*. Wien: Springer.
- McVicar, A. (2003). Workplace stress in nursing: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 44 (6), 633-642.

- Moser, A., Houtepen, R. & Widdershoven, G. (2007). Patient autonomy in nurse-led shared care: a review of theoretical and empirical literature. *Journal of Advanced Nursing*, 57 (4), 357-365.
- Müller, E. (2001). *Leitbilder in der Pflege. Eine Untersuchung individueller Pflegeauffassungen als Beitrag zu ihrer Präzisierung*. Bern: Hans Huber.
- Nationaler Ethikrat. (2005, Oktober). *Wortprotokoll Niederschrift über die Jahrestagung Altersdemenz und Morbus Alzheimer: medizinische, gesellschaftliche und ethische Herausforderungen* (Teil 1). Berlin. Verfügbar unter: [www.nationalerethikrat.de/veranstaltungen/pdf/Wortprotokoll\\_Jahrestagung\\_2005-10-27\\_Vormittag.pdf](http://www.nationalerethikrat.de/veranstaltungen/pdf/Wortprotokoll_Jahrestagung_2005-10-27_Vormittag.pdf) [11.11.2007].
- Nationaler Ethikrat. (2005, Oktober). *Wortprotokoll Niederschrift über die Jahrestagung Altersdemenz und Morbus Alzheimer: medizinische, gesellschaftliche und ethische Herausforderungen* (Teil 1). Berlin. [Online]. Verfügbar unter: [www.nationalerethikrat.de/veranstaltungen/pdf/Wortprotokoll\\_Jahrestagung\\_2005-10-27\\_Vormittag.pdf](http://www.nationalerethikrat.de/veranstaltungen/pdf/Wortprotokoll_Jahrestagung_2005-10-27_Vormittag.pdf) [11.11.2007].
- Normann, H.K., Asplund, K. & Norberg A. (1999). Attitudes of Registered Nurses towards patients with severe dementia. *Journal of Clinical Nursing*, 8, 353-359.
- Pschyrembel Klinisches Wörterbuch*. (258. neubearbeitete Aufl.). (1998). Berlin: de Gruyter.
- Radzey, B & Heeg, S. (2001). Demenzkranke in der stationären Versorgung; Versorgungskonzepte und „offene“ Forschungsfragen. In Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), *Qualität in der stationären Versorgung Demenzerkrankter (Dokumentation eines Workshops)*, 2001 (S. 41-57), Stuttgart: Kohlhammer. [Online]. Verfügbar unter: [www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/RedaktionBMFSFJ/.../PRM-24423-SR-Band-207.2.property=pdf,bereich=,sprache=de,rwb=true.pdf](http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/RedaktionBMFSFJ/.../PRM-24423-SR-Band-207.2.property=pdf,bereich=,sprache=de,rwb=true.pdf). [10.11.2008].
- Reimer, M.A., Slaughter, S., Donaldson, C., Currie, G. & Eliasziw, M. (2004). Special Care Facility Compared with Traditional Environments for Dementia Care: A Longitudinal Study of Quality of Life. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52, 1085-1092.

- Rodney, V. (2000). Nurse stress associated with aggression in people with dementia: its relationship to hardiness, cognitive appraisal and coping. *Journal of Advanced Nursing*, 31(1), 172-180.
- Rudolfinerhaus (2006). *Pflegeleitbild* [Online]. Verfügbar unter: [www.rudolfinerhaus.at/content/attm/html\\_00057\\_47974\\_pflegeleitbild.pdf](http://www.rudolfinerhaus.at/content/attm/html_00057_47974_pflegeleitbild.pdf). [07.06.2008].
- Rundqvist, E.M. & Severinsson, E.I. (1999). Caring relationships with patients suffering from dementia – an interview study. *Journal of Advanced Nursing*, 29(4), 800-807.
- Schmidt, B. (2004). *Burnout in der Pflege. Risikofaktoren – Hintergründe – Selbsteinschätzung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schröder, B. (1999). Vom Umgang mit Erschöpfung in der Pflege Dementer. *Pflege aktuell*, 11, 588-590.
- Semmer, N. (1984). *Stressbezogene Tätigkeitsanalyse: Psychologische Untersuchungen zur Analyse von Stress am Arbeitsplatz*. Weinheim u. Basel: Beltz Verlag.
- SeneCuraInform. (2008). SeneCuraInform- Perspektiven für Pflege und Rehabilitation. *SeneCura Kliniken und Heimbetriebsges.m.b.H.*, 6 (16), 1-6.
- Sittner, E. (Hrsg.), (2005). *Demenz, eine Herausforderung für Pflege und Betreuung*. Wien: Facultas.
- Tabachnick, B. G. & Fidell, L. S. (1983). *Using Multivariate Statistics*. New York: Harper & Row.
- Tölle, R. & Windgassen, K. (2003). *Psychiatrie*. (13.Aufl.). Berlin: Springer-Verlag.
- Tyler, P.A. & Ellison, R.N. (1994). Sources of stress and psychological well-being in high-dependency nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 469-476.
- Vogel, R. (2004). Qualität erfordert gemeinsames Pflegeverständnis. *Krankenpflege/Soins infirmiers*, 97 (4/2004), 22-24.
- Weis, S. & Weber, G. (Hrsg.), (1997). *Handbuch Morbus Alzheimer: Neurobiologie, Diagnostik und Therapie*. Weinheim: Psychologie Verlags Union (PVU).

- Weyerer, S, Schäufele, M & Hönig, T. (2001). Demenzkranke in der stationären Versorgung: Aktuelle Situation. In Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), *Qualität in der stationären Versorgung Demenzerkrankter (Dokumentation eines Workshops)*, 2001 (S. 41-57), Stuttgart: Kohlhammer. [Online]. Verfügbar unter: [www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/RedaktionBMFSFJ/.../PRM-24423-SR-Band-207.2,property=pdf,bereich=,sprache=de,rwb=true.pdf](http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/RedaktionBMFSFJ/.../PRM-24423-SR-Band-207.2,property=pdf,bereich=,sprache=de,rwb=true.pdf). [10.11.2008].
- Widmer, M. (1989). Streß, Streßbewältigung und Arbeitszufriedenheit beim Pflegepersonal: Ergebnisse und Folgerungen einer repräsentativen Untersuchung in der deutschen Schweiz. *Pflege*, 2, 136-142.
- Winwood, P.C. & Lushington, K. (2006). Disentangling the effects of psychological and physical work demands on sleep, recovery and maladaptive chronic stress outcomes within a large sample of Australian nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 56(6), 679-689.
- Wojnar, J. (2001). Versorgungsrealität: Qualitätsanforderungen und Umsetzungsprobleme. In Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), *Qualität in der stationären Versorgung Demenzerkrankter (Dokumentation eines Workshops)*, 2001 (S. 41-57), Stuttgart: Kohlhammer. [Online]. Verfügbar unter: [www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/RedaktionBMFSFJ/.../PRM-24423-SR-Band-207.2,property=pdf,bereich=,sprache=de,rwb=true.pdf](http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/RedaktionBMFSFJ/.../PRM-24423-SR-Band-207.2,property=pdf,bereich=,sprache=de,rwb=true.pdf). [10.11.2008].
- Wojnar, J. (2007). *Die Welt der Demenzkranken. Leben im Augenblick*. Hannover: Vincentz Network.
- Wojnar, J. (n.d.). *Die Welt Demenzkranker*. [Online]. Verfügbar unter: [www.demensch.de/files/welt\\_demenzkrankerjanwojnar\\_1.pdf](http://www.demensch.de/files/welt_demenzkrankerjanwojnar_1.pdf). [10.11.2008].
- Zapf, D. & Frese, M. (1991). Soziale Stressoren am Arbeitsplatz. In S. Greif, E. Bamberg & N. Semmer (Hrsg.), *Psychischer Stress am Arbeitsplatz* (S. 168-184). Göttingen: Hogrefe.
- Zimmermann, S., Williams, C.S., Reed, P.S., Boustani, M., Preisser, J., Heck, E. & Sloane, P.D. (2005). Attitudes, Stress, and Satisfaction of Staff Who Care for Residents With Dementia. *The Gerontologist*, 45, 96-105.

## **17 Anhang**

Im Anschluss wird der Fragebogen, wie er in dieser Untersuchung vorgegebenen wurde, dargestellt.

**Liebe/r TeilnehmerIn!**

---

Vielen herzlichen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen, unseren Fragebogen im Rahmen unserer Diplomarbeit auszufüllen.

Dieser Fragebogen richtet sich vor allem an Pflegepersonen, die schon Erfahrung mit Demenzpatienten sammeln konnten. Falls dies nicht auf Sie zutrifft, würden wir Sie bitten, den Fragebogen nicht auszufüllen.

Die Bearbeitung des Fragebogens wird etwa 30 Minuten in Anspruch nehmen. Bitte beantworten Sie die Fragen der Reihe nach. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten, entscheidend sind lediglich Ihre Meinungen und Einstellungen zu dem vorgegebenen Thema. Lassen Sie sich bitte bei der Beantwortung der Fragen Zeit und versuchen Sie, so ehrlich und spontan wie möglich zu antworten.

Alle Angaben werden selbstverständlich vertraulich und anonym behandelt und ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke im Zusammenhang mit unserer Diplomarbeit verwendet.

Bitte geben Sie den ausgefüllten Fragebogen in das beiliegende Kuvert und werfen Sie dieses in die dafür vorhergesehene Box, auf welcher Sie auch das Datum für das Ende der Datenerhebung finden.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

*Birgit O'Sheedy & Maria Hrcir*

*Bitte umblättern, um den Fragebogen zu beginnen!*

---



**6. Bitte kreuzen Sie nun an, wie gut Sie das Pflegeleitbild Ihrer Arbeitsstelle kennen. (Sollte es auf Ihrer Station kein Pflegeleitbild geben, fahren Sie bitte mit Frage 8 fort.)**

<input type="radio"/> Sehr gut	<input type="radio"/> Gut	<input type="radio"/> Schlecht	<input type="radio"/> Gar nicht
-----------------------------------	------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------

**7. Inwieweit entsprechen die Inhalte des Pflegeleitbildes Ihres Arbeitsplatzes Ihren eigenen Vorstellungen?**

<input type="radio"/> Sehr gut	<input type="radio"/> Gut	<input type="radio"/> Schlecht	<input type="radio"/> Gar nicht
-----------------------------------	------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------

**8. Wir würden Sie nun bitten, sich folgendes Fallbeispiel aufmerksam durchzulesen:**

*Frau A. wurde vor zehn Tagen auf Ihrer Station mit der Diagnose Demenz aufgenommen. Ihre Orientierungsleistungen bezüglich Zeit, Ort und Situation sind stark beeinträchtigt. Beispielsweise hat sie gar kein Gefühl mehr für die Tages- bzw. Nachtzeit, sie findet ihr Zimmer nicht mehr und Frau A. verkennt die Station auf der sie sich aufhält (zum Beispiel glaubt sie, dass sie sich in einem Hotel befindet).*

*Ihr Verhalten ist geprägt durch häufig wiederholende unruhige Bewegungen, wie z.B. an ihrer Kleidung oder an anderen Objekten zupfen und nesteln. Manchmal sitzt sie mit aneinander reibenden Händen da. Zu anderen Zeiten schaukelt sie ihren Oberkörper monoton vor sich hin oder sie schlägt ihre Hand rhythmisch auf den Tisch bzw. auf ihre Sessellehne.*

*Trotz einer starken Sturzgefahr ist Frau A. noch relativ mobil. Oft verlässt sie ihr Zimmer und geht am Gang ziellos auf und ab.*

*Frau A. redet nicht viel, und wenn sie ein paar Worte von sich gibt, sind diese meist sehr schwer verständlich.*

*Es kommt auch manchmal vor, dass Frau A. ihren Besuch nicht wiedererkennt, und beispielsweise ihre Tochter mit dem Namen ihrer eigenen Mutter anspricht.*

*Bei den Alltagsaktivitäten braucht Frau A. Unterstützung. Sie ist harn- und stuhlinkontinent, braucht Hilfe bei der Körperpflege, beim Anziehen und beim Vorbereiten des Essens.*

9. Stellen Sie sich jetzt bitte vor, Sie sind einen Tag lang für Frau A. zuständig. Bitte überlegen Sie, wie viel Zeit (in Minuten) Sie für folgende Aktivitäten über den Tag verteilt für Frau A. aufbringen würden. Geben Sie bitte, in der ersten Spalte der Tabelle den Ist-Zustand an, sozusagen wie sich der reale Arbeitsaufwand für Frau A. bei Ihnen auf der Station gestalten würde, und in der zweiten Spalte, wie viel der optimale Zeitaufwand für Frau A. betragen würde.

	<i>Ist-Zustand</i>	<i>Optimalzustand</i>
<i>Körperpflege</i>	_____ Minuten	_____ Minuten
<i>Essen</i>	_____ Minuten	_____ Minuten
<i>Ausscheidungen</i>	_____ Minuten	_____ Minuten
<i>Mobilisation</i> (z.B. gemeinsamer Spaziergang)	_____ Minuten	_____ Minuten
<i>Aktivierung</i> (z.B. Singen, Fotos anschauen, Gruppensitzungen...)	_____ Minuten	_____ Minuten
<i>Kommunikation</i> (Gespräch, Zuwendung)	_____ Minuten	_____ Minuten

10. Die „Autonomie des Patienten“ in der Pflege ist gerade auch im Bereich der Demenz ein viel diskutiertes Thema. Im folgenden Abschnitt sind vier mögliche Teilaspekte von Autonomie anhand praktischer Beispiele aufgelistet. Bitte geben Sie an, inwiefern Sie die Berücksichtigung des jeweiligen Aspektes als wichtig erachten und inwieweit Sie diese Aspekte in der täglichen Pflege berücksichtigen können. Denken Sie dabei wieder an das Fallbeispiel der an Demenz erkrankten Frau A.

1. Autonomie bedeutet, dass die Patientin selbst entscheiden kann, was sie isst und wann sie die Mahlzeiten einnimmt.

Die Berücksichtigung dieses Aspektes finde ich wichtig.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stimme zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu
Dieser Aspekt kann im Pflegealltag auf meiner Station ...			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sehr gut	eher gut	eher schlecht	sehr schlecht
... berücksichtigt werden.			

**2. Autonomie bedeutet, dass die Patientin im Bereich ihrer erhaltenen Fähigkeiten möglichst viel selber machen kann (zum Beispiel sich selbst das Gesicht und die Hände waschen).**

**Die Berücksichtigung dieses Aspektes finde ich wichtig.**

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stimme zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu

**Dieser Aspekt kann im Pflegealltag auf meiner Station ...**

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sehr gut	eher gut	eher schlecht	sehr schlecht

**... berücksichtigt werden.**

**3. Autonomie bedeutet, dass die Patientin Einfluss auf ihren Tagesablauf hat und mitbestimmen kann, wann sie Körperpflege durchführen oder spazieren gehen möchte.**

**Die Berücksichtigung dieses Aspektes finde ich wichtig.**

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stimme zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu

**Dieser Aspekt kann im Pflegealltag auf meiner Station ...**

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sehr gut	eher gut	eher schlecht	sehr schlecht

**... berücksichtigt werden.**

**4. Autonomie bedeutet, dass die Patientin ohne das Beisein anderer Patienten ihre Ausscheidungen verrichten kann bzw. ihre Inkontinenzeinlagen erneuert bekommt.**

**Die Berücksichtigung dieses Aspektes finde ich wichtig.**

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stimme zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu

**Dieser Aspekt kann im Pflegealltag auf meiner Station ...**

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sehr gut	eher gut	eher schlecht	sehr schlecht

**... berücksichtigt werden.**

**11. Bitte kreuzen Sie jetzt an, welche Faktoren bei der Verbesserung der Pflege bzw. bei der Förderung der Autonomie des Patienten ausschlaggebend wären. (Sie können einen oder mehrere Gründe ankreuzen.)**

- Rahmenbedingungen auf der Station (z.B. Tagesablauf, räumliche Gegebenheiten)
- Zur Verfügung stehendes Personal
- Erfahrung bzw. Routine im Umgang mit an Demenz Erkrankten
- Andere Gründe

**12. Im folgenden Abschnitt finden Sie verschiedene Statements über Frau A. Wir würden Sie bitten, eine der zwei vorgegebenen Alternativen anzukreuzen, welche Ihrer Meinung nach am besten zutrifft.**

- |                       |   |
|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | 1. Für Frau A. ist die jetzige Realitätswahrnehmung wichtig. Deshalb sollte sie zu Zeit, Ort und Situation orientiert sein. |
| <input type="radio"/> | Für Frau A. ist die jetzige Realitätswahrnehmung nicht mehr so wichtig.   |

- |                       |  |
|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | 2. Frau A. sollte die Freiheit haben, sich so auszudrücken wie Sie es wünscht. Obwohl das vielleicht für einen Außenstehenden nicht sinnvoll erscheinen mag. |
| <input type="radio"/> | Frau A. sollte korrigiert werden, wenn Ihr Verhalten und Ausdrucksweise keinen Sinn ergibt.  |

- |                       |   |
|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | 3. Für Frau A. spielt die Uhrzeit keine große Rolle mehr. Für sie zählen die Erfahrungen der Vergangenheit. |
| <input type="radio"/> | Für Frau A. ist die Uhrzeit wichtig. Deshalb sollte sie auch über die Uhrzeiten Bescheid wissen.            |

- |                       |  |
|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | 4. Für Frau A. ist es von Bedeutung, Bezug zu ihrer Vergangenheit zu haben, und gegebenenfalls auch Dinge aufzuarbeiten.       |
| <input type="radio"/> | Für Frau A. ist die Gegenwart von Wichtigkeit. Sie sollte im Hier und Jetzt sein und sich mit anstehenden Dingen beschäftigen. |

- |                       |  |
|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | 5. Durch die regelmäßige Orientierung von Frau A., wie beispielsweise „Es ist jetzt 8.00 Uhr in der Früh und es ist jetzt Zeit für ihr Frühstück.“, ist es möglich, sie zurück in die Realität zu bringen. |
| <input type="radio"/> | Wiederholte Realitätsorientierung zum täglichen Geschehen könnte die Lebenssituation von Frau A. verschlechtern.   |

- |                       |  |
|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | 6. Wenn Frau A. eine Frage zur Gegenwart falsch beantwortet, ist es wichtig, ihr die richtige Antwort auf eine natürliche Art und Weise zu erklären. |
| <input type="radio"/> | Wenn Frau A. eine Frage zur Gegenwart falsch beantwortet, ist es nicht wichtig, sie zu korrigieren oder ihr die richtige Antwort zu erklären.        |

- |                       |   |
|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | 7. Ich sollte das inkorrekte Verhalten von Frau A. korrigieren und ihr sagen, was sie zu tun hat. |
| <input type="radio"/> | Ich sollte das gezeigte Verhalten von Frau A. akzeptieren.  |

- |                       |  |
|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | 8. Ich glaube, dass die Verwirrung von Frau A. für sie selber bedeutungslos ist. |
| <input type="radio"/> | Ich glaube, dass die Verwirrung von Frau A. für sie selber eine Bedeutung hat.   |

<input type="radio"/>	9. Frau A. sollte anhand ihrer Vergangenheit stimuliert werden, um eine Verschlechterung ihres Zustandes zu verhindern.
<input type="radio"/>	Frau A. sollte anhand der Gegenwart stimuliert werden, um eine Verschlechterung ihres Zustandes zu verhindern.

<input type="radio"/>	10. Der Beweggrund für die Kommunikation mit Frau A. ist die Verbesserung ihrer Lebenssituation in der Gegenwart.
<input type="radio"/>	Der Beweggrund für die Kommunikation mit Frau A. ist die Stimulation ihrer Gefühle, die sie mit der Vergangenheit verbindet.

<input type="radio"/>	11. Wenn es Frau A. gestattet ist in der Vergangenheit zu leben, wird sie mehr Möglichkeiten haben, ihre Identität aufrecht zu erhalten.
<input type="radio"/>	Wenn man Frau A. in die Gegenwart führt, wird sie mehr Möglichkeiten haben, ihre Identität aufrecht zu erhalten.

<input type="radio"/>	12. Die Bedürfnisse von Frau A. können am besten erfüllt werden, wenn man ihr es erlaubt, in ihrer eigenen Welt zu leben. Als Pflegeperson muss ich dies in meiner Kommunikation beachten.
<input type="radio"/>	Die Bedürfnisse von Frau A. können am besten im Rahmen der Gegenwart erfüllt werden. Als Pflegeperson stelle ich während meiner Kommunikation immer wieder Verbindung zur Gegenwart her.

**13. Im folgenden Teil des Fragebogens sind Eigenschaften und Verhaltensweisen aufgelistet, die bei an Demenz erkrankten Personen möglicherweise auftreten. Bitte geben Sie in der ersten Spalte an, ob und wie sehr Sie zustimmen, dass an Demenz erkrankte Personen diese Eigenschaften und Verhaltensweisen haben. Falls es Ihnen schwer fällt, eine so verallgemeinernde Aussage zu treffen, denken Sie an Ihre bisherigen Erlebnisse mit dementen Patienten und kreuzen Sie das Statement an, das am ehesten Ihren Erfahrungen entspricht. In der zweiten Spalte geben Sie bitte an, wie leicht oder wie schwer Sie mit einer solchen Eigenschaft/ einem solchen Verhalten umgehen können.**

<b>In der täglichen Pflege, Menschen mit Demenz ...</b>	<b>Ich...</b>	<b>Der Umgang damit fällt mir...</b>
---	---------------	--------------------------------------

<b>1. scheinen sich oft komplett planlos zu verhalten.</b>	<input type="radio"/> stimme zu	<input type="radio"/> stimme eher zu	<input type="radio"/> stimme eher nicht zu	<input type="radio"/> stimme nicht zu	<input type="radio"/> sehr leicht	<input type="radio"/> leicht	<input type="radio"/> schwer	<input type="radio"/> sehr schwer
--	---------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------	-----------------------------------	------------------------------	------------------------------	-----------------------------------

<b>2. sind ängstlich.</b>	<input type="radio"/> stimme zu	<input type="radio"/> stimme eher zu	<input type="radio"/> stimme eher nicht zu	<input type="radio"/> stimme nicht zu	<input type="radio"/> sehr leicht	<input type="radio"/> leicht	<input type="radio"/> schwer	<input type="radio"/> sehr schwer
<b>3. sind unberechenbar.</b>	<input type="radio"/> stimme zu	<input type="radio"/> stimme eher zu	<input type="radio"/> stimme eher nicht zu	<input type="radio"/> stimme nicht zu	<input type="radio"/> sehr leicht	<input type="radio"/> leicht	<input type="radio"/> schwer	<input type="radio"/> sehr schwer
<b>4. tun Dinge oft aus einem Grund heraus.</b>	<input type="radio"/> stimme zu	<input type="radio"/> stimme eher zu	<input type="radio"/> stimme eher nicht zu	<input type="radio"/> stimme nicht zu	<input type="radio"/> sehr leicht	<input type="radio"/> leicht	<input type="radio"/> schwer	<input type="radio"/> sehr schwer
<b>5. sind ruhig</b>	<input type="radio"/> stimme zu	<input type="radio"/> stimme eher zu	<input type="radio"/> stimme eher nicht zu	<input type="radio"/> stimme nicht zu	<input type="radio"/> sehr leicht	<input type="radio"/> leicht	<input type="radio"/> schwer	<input type="radio"/> sehr schwer
<b>6. sind apathisch, scheinen eingeschränkte Emotionen zu haben.</b>	<input type="radio"/> stimme zu	<input type="radio"/> stimme eher zu	<input type="radio"/> stimme eher nicht zu	<input type="radio"/> stimme nicht zu	<input type="radio"/> sehr leicht	<input type="radio"/> leicht	<input type="radio"/> schwer	<input type="radio"/> sehr schwer
<b>7. sind egoistisch.</b>	<input type="radio"/> stimme zu	<input type="radio"/> stimme eher zu	<input type="radio"/> stimme eher nicht zu	<input type="radio"/> stimme nicht zu	<input type="radio"/> sehr leicht	<input type="radio"/> leicht	<input type="radio"/> schwer	<input type="radio"/> sehr schwer
<b>8. stellen eine dankbare Arbeit dar.</b>	<input type="radio"/> stimme zu	<input type="radio"/> stimme eher zu	<input type="radio"/> stimme eher nicht zu	<input type="radio"/> stimme nicht zu	<input type="radio"/> sehr leicht	<input type="radio"/> leicht	<input type="radio"/> schwer	<input type="radio"/> sehr schwer
<b>9. sind dankbar.</b>	<input type="radio"/> stimme zu	<input type="radio"/> stimme eher zu	<input type="radio"/> stimme eher nicht zu	<input type="radio"/> stimme nicht zu	<input type="radio"/> sehr leicht	<input type="radio"/> leicht	<input type="radio"/> schwer	<input type="radio"/> sehr schwer
<b>10. sind paranoid.</b>	<input type="radio"/> stimme zu	<input type="radio"/> stimme eher zu	<input type="radio"/> stimme eher nicht zu	<input type="radio"/> stimme nicht zu	<input type="radio"/> sehr leicht	<input type="radio"/> leicht	<input type="radio"/> schwer	<input type="radio"/> sehr schwer
<b>11. suchen oft Aufmerksamkeit.</b>	<input type="radio"/> stimme zu	<input type="radio"/> stimme eher zu	<input type="radio"/> stimme eher nicht zu	<input type="radio"/> stimme nicht zu	<input type="radio"/> sehr leicht	<input type="radio"/> leicht	<input type="radio"/> schwer	<input type="radio"/> sehr schwer

<b>12. sind manipulierend.</b>	<input type="radio"/> stimme zu	<input type="radio"/> stimme eher zu	<input type="radio"/> stimme eher nicht zu	<input type="radio"/> stimme nicht zu	<input type="radio"/> sehr leicht	<input type="radio"/> leicht	<input type="radio"/> schwer	<input type="radio"/> sehr schwer
<b>13. sind undankbar.</b>	<input type="radio"/> stimme zu	<input type="radio"/> stimme eher zu	<input type="radio"/> stimme eher nicht zu	<input type="radio"/> stimme nicht zu	<input type="radio"/> sehr leicht	<input type="radio"/> leicht	<input type="radio"/> schwer	<input type="radio"/> sehr schwer
<b>14. sind verängstigt, verletzlich.</b>	<input type="radio"/> stimme zu	<input type="radio"/> stimme eher zu	<input type="radio"/> stimme eher nicht zu	<input type="radio"/> stimme nicht zu	<input type="radio"/> sehr leicht	<input type="radio"/> leicht	<input type="radio"/> schwer	<input type="radio"/> sehr schwer
<b>15. sind einsam.</b>	<input type="radio"/> stimme zu	<input type="radio"/> stimme eher zu	<input type="radio"/> stimme eher nicht zu	<input type="radio"/> stimme nicht zu	<input type="radio"/> sehr leicht	<input type="radio"/> leicht	<input type="radio"/> schwer	<input type="radio"/> sehr schwer
<b>16. müssen sich in erster Linie auf sich selbst konzentrieren, um zu Recht zu kommen.</b>	<input type="radio"/> stimme zu	<input type="radio"/> stimme eher zu	<input type="radio"/> stimme eher nicht zu	<input type="radio"/> stimme nicht zu	<input type="radio"/> sehr leicht	<input type="radio"/> leicht	<input type="radio"/> schwer	<input type="radio"/> sehr schwer
<b>17. sind oft absichtlich schwierig.</b>	<input type="radio"/> stimme zu	<input type="radio"/> stimme eher zu	<input type="radio"/> stimme eher nicht zu	<input type="radio"/> stimme nicht zu	<input type="radio"/> sehr leicht	<input type="radio"/> leicht	<input type="radio"/> schwer	<input type="radio"/> sehr schwer
<b>18. versuchen ihre Unabhängigkeit zu behalten.</b>	<input type="radio"/> stimme zu	<input type="radio"/> stimme eher zu	<input type="radio"/> stimme eher nicht zu	<input type="radio"/> stimme nicht zu	<input type="radio"/> sehr leicht	<input type="radio"/> leicht	<input type="radio"/> schwer	<input type="radio"/> sehr schwer
<b>19. wissen was sie wollen und treten für sich selbst ein.</b>	<input type="radio"/> stimme zu	<input type="radio"/> stimme eher zu	<input type="radio"/> stimme eher nicht zu	<input type="radio"/> stimme nicht zu	<input type="radio"/> sehr leicht	<input type="radio"/> leicht	<input type="radio"/> schwer	<input type="radio"/> sehr schwer
<b>20. scheinen eine normale Spannweite von Emotionen zu erleben.</b>	<input type="radio"/> stimme zu	<input type="radio"/> stimme eher zu	<input type="radio"/> stimme eher nicht zu	<input type="radio"/> stimme nicht zu	<input type="radio"/> sehr leicht	<input type="radio"/> leicht	<input type="radio"/> schwer	<input type="radio"/> sehr schwer

<b>21. sind freundlich.</b>	<input type="radio"/> stimme zu	<input type="radio"/> stimme eher zu	<input type="radio"/> stimme eher nicht zu	<input type="radio"/> stimme nicht zu	<input type="radio"/> sehr leicht	<input type="radio"/> leicht	<input type="radio"/> schwer	<input type="radio"/> sehr schwer
<b>22. brauchen jemanden die ganze Zeit in der Nähe, sind fordernd.</b>	<input type="radio"/> stimme zu	<input type="radio"/> stimme eher zu	<input type="radio"/> stimme eher nicht zu	<input type="radio"/> stimme nicht zu	<input type="radio"/> sehr leicht	<input type="radio"/> leicht	<input type="radio"/> schwer	<input type="radio"/> sehr schwer
<b>23. haben ein leeres Leben.</b>	<input type="radio"/> stimme zu	<input type="radio"/> stimme eher zu	<input type="radio"/> stimme eher nicht zu	<input type="radio"/> stimme nicht zu	<input type="radio"/> sehr leicht	<input type="radio"/> leicht	<input type="radio"/> schwer	<input type="radio"/> sehr schwer
<b>24. sind stur und eigensinnig.</b>	<input type="radio"/> stimme zu	<input type="radio"/> stimme eher zu	<input type="radio"/> stimme eher nicht zu	<input type="radio"/> stimme nicht zu	<input type="radio"/> sehr leicht	<input type="radio"/> leicht	<input type="radio"/> schwer	<input type="radio"/> sehr schwer
<b>25. sind aggressiv und feindlich.</b>	<input type="radio"/> stimme zu	<input type="radio"/> stimme eher zu	<input type="radio"/> stimme eher nicht zu	<input type="radio"/> stimme nicht zu	<input type="radio"/> sehr leicht	<input type="radio"/> leicht	<input type="radio"/> schwer	<input type="radio"/> sehr schwer
<b>26. haben ein sinnvolles Leben.</b>	<input type="radio"/> stimme zu	<input type="radio"/> stimme eher zu	<input type="radio"/> stimme eher nicht zu	<input type="radio"/> stimme nicht zu	<input type="radio"/> sehr leicht	<input type="radio"/> leicht	<input type="radio"/> schwer	<input type="radio"/> sehr schwer
<b>27. sind umgänglich und kooperativ.</b>	<input type="radio"/> stimme zu	<input type="radio"/> stimme eher zu	<input type="radio"/> stimme eher nicht zu	<input type="radio"/> stimme nicht zu	<input type="radio"/> sehr leicht	<input type="radio"/> leicht	<input type="radio"/> schwer	<input type="radio"/> sehr schwer
<b>28. geben keine Jobzufriedenheit.</b>	<input type="radio"/> stimme zu	<input type="radio"/> stimme eher zu	<input type="radio"/> stimme eher nicht zu	<input type="radio"/> stimme nicht zu	<input type="radio"/> sehr leicht	<input type="radio"/> leicht	<input type="radio"/> schwer	<input type="radio"/> sehr schwer

**14. Bitte schreiben Sie in ein paar Schlagworten nieder, was Ihnen helfen würde, die Pflegequalität im Umgang mit Demenzpatienten zu verbessern.**

.....

.....

.....

**15. Zudem würden wir Sie gerne fragen, ob Sie generell Interesse an Fortbildungen zum Thema Betreuung von Demenzpatienten haben. Wenn ja, welche Schwerpunkte würden Sie interessieren und welche Rahmenbedingungen würden Sie benötigen, um die Fortbildung zu besuchen?**

Haben Sie Interesse an Fortbildungen?

- ja
- nein

Wenn ja, welche Schwerpunkte würden Sie interessieren?

- Kommunikation mit Demenzpatienten
- Ethische Richtlinien im Umgang mit Demenzpatienten (z.B. Förderung der Autonomie, gesetzliche Grundlagen)
- Medizinische Fachkurse über die Demenzerkrankung (z.B. Vermittlung der neusten wissenschaftlichen Erkenntnisse)
- Angehörigenbetreuung
- Sonstiges: .....

Welche Rahmenbedingungen würden Sie benötigen, um diese Fortbildungen zu besuchen?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

***GESCHAFFT!***  
***HERZLICHEN DANK FÜR IHRE MITARBEIT!!!***

## *Birgit O'Sheedy*

Email: birgit.osheedy@gmail.com

---

### **Persönliche Daten:**

Name: Birgit O'Sheedy  
Geburtsdaten: 17.10.1982  
Familienstand: Verheiratet (Mädchenname: Fallmann)  
Staatsbürgerschaft: Österreichisch

### **Schulbildung**

1997 – 2001 Bundesoberstufenrealgymnasium Lauterach: Abschluss mit Matura  
Oktober- Dezember 2001: Dreimonatiger Englischkurs für Fortgeschrittene in Sydney (Australien)  
Herbst 2002 Beginn des Psychologie Studiums an der Universität Wien

### **Praktische Erfahrung**

Dezember 2001: Dreiwöchiges Praktikum als Journalistin bei der North Shore Times in Sydney (Australien)  
Februar 2002: Dreiwöchiges Praktikum bei der Computerfirma Centari Systems als Rezeptionistin in Brisbane (Australien)  
Mai – Juli 2002: Vorpraktikum für die Pflege an Demenz erkrankten Bewohnern im Pflgewohnheim Thal-Rheineck (Schweiz).

Juli 2004- Februar 2005:	Volontariat auf der Psychiatrischen Abteilung des Sozialmedizinischen Zentrum Baumgartner Höhe – Otto Wagner Spital Wien auf der Akutstation und in der Tagesklinik
Juli 2006 – August 2006:	Achtwöchiges Praktikum auf der Abteilung für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie der Asklepios Klinik Nord in Hamburg
Oktober 2006 –September 2007:	Praktikum im Geriatriezentrum am Wienerwald. Durchführung eines kognitiven Trainings für Demenzpatienten.
Seit Juni 2008	Mitarbeiterin der Statistik Austria für die Mikrozensususerhebung

### **Sonstige Qualifikationen**

November 2000:	Eintägiges Rhetorikseminar
März 2002:	Absolvierung des IELTS (International English Language Testing System) in Brisbane (Australien)
Juli 2002:	Eintägige Weiterbildung zum Thema Demenz und Validation nach Naomi Feil
Dezember 2005:	Mitbelegung an der Medizin Universität Wien für die Spezialisierung im Wahlfach Psychiatrie
Februar 2006:	Besuch des Workshops vom Roten Kreuz Wien zum Thema „Betreuung von Menschen mit Demenz“
Mai 2006:	Besuch der Workshops „Palliative Geriatrie“
Seit September 2008:	Absolvierung des Praxisnachweises für die Ausbildung zum Validationsanwender im Geriatriezentrum am Wienerwald auf der Demenzstation

### **Hobbies**

Longboarden, Windsurfen, Yoga, Snowboarden & Lesen

## ORIGINALITÄTSERKLÄRUNG

Ich, Birgit O'Sheedy, versichere,

1. dass ich die Diplomarbeit selbständig verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe,
2. dass ich diese Diplomarbeit bisher weder im In- noch Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,
3. dass dieses Exemplar mit der beurteilten Arbeit übereinstimmt.

Wien, am 20.01.2009

Unterschrift

Anmerkung:

Der Datensatz der Diplomarbeit wurde beim Betreuer in elektronischer Form (CD) abgegeben. Die Verwendungsrechte der Daten zwecks Publikation bleiben bei der Autorin der Diplomarbeit.