



ipg research notes 07/2012

S. Engel, M. Heyder, T. Brijoux, J. Vogel, M. Friedrich

EduKation<sup>PFLEGEHEIM</sup> \_  
Qualitätsverbesserung und Entlastung im Pflegeheim  
durch Förderung der dialogischen Kommunikation

Abschlussbericht  
im Auftrag des Bayerischen Staatsministeriums  
für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen

# Inhaltsverzeichnis

	Seite
<b>I</b>	
<b>Einleitung:</b>	
<b>Die Rolle von Kommunikation in stationären Einrichtungen der Altenpflege - Hintergründe und Überblick zum Stand der Forschungsliteratur</b>	<b>5</b>
0	Die Versorgung demenzkranker Menschen als zentrale Aufgabe von stationären Einrichtungen der Altenhilfe 5
1	Integration als Herausforderung für Bewohner, Angehörige und Pflegepersonal 6
1.1	Belastungen bei der Integration aus der Sicht der Bewohner 7
1.2	Belastungen bei der Integration aus der Sicht der Angehörigen 8
1.3	Belastungen aus Sicht der Pflegekräfte 12
2	Eskalierte Belastungen: Beschwerden 13
3	Bedeutung von Kommunikation in der Qualitätssicherung 14
3.1	Sicherung von Ergebnisqualität durch Kommunikation mit Bewohnern und Kunden 15
3.2	Kommunikation im Beschwerdemanagement 16
4	Zusammenfassung 17
<b>II</b>	
<b>Implikationen für das vorliegende Forschungsprojekt:</b>	
<b>Forschungsgegenstand, Fragestellung und Hypothesen</b>	<b>18</b>
1	Forschungsgegenstand 18
2	Fragestellungen 18
3	Hypothesen 19
<b>III</b>	
<b>EduKation<sup>PFLEGEHEIM</sup> -</b>	
<b>Eine Interventionsstudie zur Messung der Wirksamkeit einer kommunikationsverbessernden Schulung im Pflegeheim</b>	<b>21</b>
<b>1</b>	
<b>Erste Teilstudie: Pilotierungsstudie zur Entwicklung von EduKation<sup>PFLEGEHEIM</sup></b>	<b>21</b>
1.1	Exploration der Konflikte und Spannungen zwischen Angehörigen von demenzkranken Bewohnern und professionellen Mitarbeitern im Pflegeheim 21
1.1.1	Die Stichprobe 21
1.1.2	Methode 22
1.1.3	Ergebnisse der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse 23

1.1.3.1	Konflikte zwischen Angehörigen von demenzkranken Bewohnern von Pflegeheimen und professionellen Pflegekräften	23
1.1.3.2	Mangelnde Empathie bei Angehörigen und Pflegekräften für die Situation der jeweils anderen	23
1.1.3.3	Mangelnde Kommunikationspraxis zwischen Angehörigen und Pflegekräften	24
1.1.3.4	Unterschiedliche Voraussetzungen bei Angehörigen und Pflegekräften für die Herausforderung der angemessenen Kommunikation mit Demenzkranken	25
1.1.3.5	andere Gründe für Konflikte zwischen Angehörigen und Pflegekräften, die als „extrinsisch“ empfunden werden	26
1.1.4	Kommunikationstheoretische Interpretation der Ergebnisse	27
1.2	Entwicklung des Fortbildungsprogramms EduKation <sup>PFLEGEHEIM</sup>	30
1.3	Eine erste pilotierende Durchführung	30
1.3.1	Stichprobe	30
1.3.2	Intervention	32
1.3.3	Evaluation der Intervention	32
1.3.4	Ergebnisse	34
1.3.5	Konsequenzen für das weitere Projekt	37
<b>2</b>	<b>Zweite Teilstudie: Interventionsstudie zur Evaluation von EduKation<sup>PFLEGEHEIM</sup></b>	<b>38</b>
2.1	Stichprobe	38
2.1.1	Die teilnehmenden Einrichtungen und Stationen	38
2.1.2	Bildung der Interventions- und der Kontrollgruppen	39
2.1.3	Angehörigenstichprobe	41
2.1.4.	Mitarbeiterstichprobe	41
2.1.5	Bewohnerstichprobe	44
2.2	Das Interventionsprogramm	46
2.3	Instrumente der Datenerhebung	48
2.3.1	Datenerhebungen auf Bewohnerebene	49
2.3.2	Datenerhebungen auf Angehörigenebene	51
2.3.2.1	Verhältnis Angehöriger - Bewohner	51
2.3.2.2	Einschätzung der Pflegeeinrichtung	52
2.3.2.3	Konflikte mit den Mitarbeitern im Heim	52
2.3.2.4	Pflege- und betreuungsbedingte Belastung und Depressivität	52

2.3.3	Datenerhebungen auf Mitarbeitererebene	52
2.3.3.1	Arbeitsbelastung und Arbeitszufriedenheit	52
2.3.3.2	Kompetenzen im Umgang mit demenzkranken Bewohnern und den Angehörigen	53
2.3.3.3	Konflikte zwischen Angehörigen und den Mitarbeitern aus Sicht von Mitarbeitern	53
2.4	Bewertung der Bildungsmaßnahme EduKation <sup>PFLERGEHEIM</sup> durch die Teilnehmer	53
2.5	Datenauswertung	53
2.6	Ergebnisse	54
2.6.1	Ergebnisse auf Bewohnerebene	54
2.6.2	Ergebnisse auf Angehörigenebene	58
2.6.3	Ergebnisse auf Mitarbeitererebene	70
2.6.4	Kursevaluation durch die teilnehmenden Angehörigen und Mitarbeiter	79
2.6.5	Ergebnisse aus den Kleingruppenarbeitssitzungen	82
<b>3</b>	<b>Abschließende Experten-Gruppendiskussion zur Implementierung von EduKation<sup>PFLERGEHEIM</sup></b>	<b>83</b>
3.1	Die Teilnehmerinnen	84
3.2	Methode	85
3.3	Ergebnisse	86
<b>III</b>	<b>Zusammenfassung der Ergebnisse – Stellungnahme zu den Hypothesen</b>	<b>91</b>
<b>IV</b>	<b>Diskussion</b>	<b>96</b>
<b>V</b>	<b>Ausblicke</b>	<b>98</b>
1	Leitfaden für die Implementierung in stationären Einrichtungen	98
2	Weiterer Forschungsbedarf	100
<b>VI</b>	<b>Einschränkungen der Studie</b>	<b>101</b>
<b>VII</b>	<b>Literatur</b>	<b>102</b>

# **I. Einleitung: Die Rolle von Kommunikation in stationären Einrichtungen der Altenpflege<sup>1</sup> - Hintergründe und Überblick zum Stand der Forschungsliteratur**

## **0. Die Versorgung demenzkranker Menschen als zentrale Aufgabe von stationären Einrichtungen der Altenhilfe**

Aufgrund der demografischen Entwicklung steigt in modernen Industriestaaten mit der zunehmenden Anzahl älterer und alter Menschen auch die Prävalenz von Alterserkrankungen. Primäre Demenzerkrankungen nehmen unter den Alterskrankheiten einen zentralen Stellenwert ein.

Primäre Demenzerkrankungen verlaufen immer progredient, d.h. der Zustand des Erkrankten<sup>2</sup> verschlechtert sich im Zeitverlauf zunehmend. Es ist zwar möglich den Verlauf der Krankheit durch gezielte Maßnahmen zu verzögern, eine dauerhafte Stabilisierung des Status quo oder gar Heilung ist nicht möglich (Förstl, 2003).

Der spezifische Verlauf einer Demenzerkrankung führt sehr häufig in letzter Konsequenz zum Umzug in eine stationäre Altenpflegeeinrichtung. Dies gilt auch dann, wenn sich zunächst Angehörige mit Unterstützung ambulanter Pflege um die Versorgung und Pflege des Erkrankten kümmern (vgl. dazu Bickel, 2002)<sup>3</sup>. Der Zustand des Erkrankten erreicht in den meisten Fällen einen Status, bei dem die ambulante Pflege das psychische, physische und ökonomische Leistungsvermögen der pflegenden Angehörigen überschreitet. Untersuchungen zeigen, dass Demenz der häufigste Grund für einen Umzug in ein Pflegeheim darstellt. Einrichtungen der stationären Altenpflege werden ihre gegenwärtige Bedeutung im System der sozialen Sicherung also auch in absehbarer Zukunft beibehalten - wenn nicht sogar ausbauen (BMFSFJ, 2002).

Nach Weyerer (2005) sind ca. zwei Drittel der Bewohner in Altenpflegeheimen an einer Demenz erkrankt. Die stationäre Altenpflege hat damit einen zentralen Stellenwert in der Pflege demenzkranker Menschen und ist zurzeit praktisch alternativlos.<sup>4</sup>

---

<sup>1</sup> Im Folgenden werden die Begrifflichkeiten Altenpflegeheim und stationäre Einrichtungen der Altenpflege synonym zum Begriff Pflegeeinrichtung verwendet.

<sup>2</sup> Um die Lesbarkeit zu erleichtern, wird im Folgenden nur die männliche Form benutzt, damit sind beide Geschlechter gemeint.

<sup>3</sup> Eine repräsentative Untersuchung in Mannheim zeigte, dass ungefähr die Hälfte der Personen, die in eine stationäre Altenpflegeeinrichtung einziehen, in der Zeit vor der Heimaufnahme mit den Angehörigen in einem Haushalt und in der direkten Nähe zu den Angehörigen gewohnt hat (Bickel, 2002).

<sup>4</sup> Abgesehen von den wenigen, ambulant versorgten Wohngruppen für Demenzkranke.

Meistens sind die Angehörigen die Entscheidungsträger für den Umzug in eine stationäre Einrichtung (Haider 2006).

Die Angehörigen sind für stationäre Altenpflegeeinrichtungen wichtige Kooperationspartner. So kümmern sich viele von ihnen aufgrund familiärer Beziehung und moralischer Verpflichtung um die Belange des in der Pflegeeinrichtung lebenden Bewohners und wollen trotz stationärer Versorgung an dessen Pflege mitwirken. Darüber hinaus übernehmen sie häufig die rechtliche Betreuung des Bewohners. Pflegeeinrichtungen und deren Personal müssen somit den spezifischen Anforderungen zweier Kundengruppen gerecht werden: den Bedürfnissen und Anliegen der Bewohner und denen der Angehörigen. Dass Angehörige eine entscheidende Rolle bei der stationären Versorgung von Demenzkranken einnehmen, wird den Einrichtungen (bzw. dem entsprechenden Personal) spätestens dann bewusst, wenn Missverständnisse und Belastungen im Pflegealltag zu Formen des Konfliktes eskalieren (George, W., George, U., 2003)

In den folgenden Kapiteln wird verdeutlicht, welchen Einfluss die Qualität der Beziehung zwischen Pflegekräften, Pflegebedürftigen und Angehörigen auf die Qualität der stationären Versorgung von demenzkranken Menschen hat.

## **1 Integration als Herausforderung für Bewohner, Angehörige und Pflegepersonal**

Bei einem Umzug in eine stationäre Altenpflegeeinrichtung müssen sich die Betroffenen in die Einrichtung integrieren und eine Vertrauensbasis zum Pflegepersonal aufbauen (und vice versa), um sich dort zu Hause fühlen zu können. Wurde die Problematik der Integration in stationären Einrichtungen der Altenhilfe bisher hauptsächlich aus der Sicht der Bewohner thematisiert, wird das Augenmerk nun zunehmend auf die Rolle der Angehörigen bei der Integration in stationären Altenpflegeeinrichtungen gerichtet (vgl. George, W., George, U., 2003, Peters, 2006; Rudnitzki, 2008; Thiele et al., 2002).

Neuere Erkenntnisse der ökologischen Gerontologie machen deutlich, dass Einrichtungen und professionell Pflegende nicht nur den Bewohner sondern auch die wesentlichen Bestandteile seiner bisherigen Nahwelt integrieren müssen, um adäquat pflegen und betreuen zu können.

Der Prozess der Integration findet somit immer in der aufeinander bezogenen Wechselwirkung der drei beteiligten Akteure Bewohner, Pflegekraft, und Angehörige statt.

Unter dem Begriff „Integration“ werden in der Literatur drei wesentliche Phasen unterschieden:

- die Phase des *Einzugs*,
- die Phase des *Übergangs* (von der häuslichen zur stationären Pflege)
- die Phase der *Eingewöhnung* (vgl. KDA 2000; Haider 2006).

George, W., George, U. (2003) verstehen unter Integration „*Einbeziehung der Betroffenen*“ und meinen mit dem Begriff der Betroffenen den Bewohner und seine Angehörigen. Damit verweisen die Autoren auf den Sachverhalt, dass beide Personengruppen „Betroffene“ der Situation sind.

Wie jede zwischenmenschliche Beziehung ist Integration niemals endgültig abgeschlossen, auch wenn eine tragende Vertrauensbasis besteht, wird sie doch jeden Tag von allen Beteiligten revidiert und neu ausgehandelt. Integration ist ein dynamischer Prozess, deren positive beziehungsweise negative Ergebnisse davon abhängen, wie die Akteure mit herausfordernden und belastenden Situationen umgehen können.

### **1.1 Belastungen bei der Integration aus der Sicht der Bewohner**

Die Anforderungen, die ein Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung mit sich bringt, sind für den älteren Menschen immer mit Belastungen verbunden (Thiele, 2000). Wie diese Veränderung von dem Betroffenen bewältigt<sup>5</sup> wird, hängt sowohl von persönlichen (inneren) Faktoren als auch dem sozialen Kontext ab. Eine empirische Untersuchung zeigt, dass die von Betroffenen und Angehörigen beim Umzug genutzte Strategie der „Antizipation und Vorbereitung der Heimübersiedlung sich (...) als belastungspuffernd erwiesen hat“ (Thiele et al., 2002, S. 557). Im Falle einer Heimübersiedlung als Folge einer Demenzerkrankung finden solche Adaptionsprozesse wie Optimierung oder Kompensation jedoch kaum mehr Anwendung, weil demenzkranken Menschen „gelungene“ Bewältigungsstrategien, wie z.B. Rückschau und Uminterpretation der Situation (vgl. Maercker, 2002, S. 19-21), aufgrund des Krankheitsbildes der Demenzen gar nicht mehr möglich sind.

Außerdem erschweren demenziell bedingte Einbußen der kognitiven Leistungsfähigkeit und der Kommunikationsfähigkeit des Bewohners es den Pflegekräften, seine individuellen Be-

---

5 Bewältigung kann definiert werden als „der Versuch die objektiven Ereignisse, die „schlechte Nachrichten“ beinhalten, wie Verluste (...), in eine subjektive Realität umzuformen, in der die Betroffenen in relativem Wohlbefinden leben können (Filipp 1999). Diese Definition sieht Bewältigung als Formen der Anpassungsleistung bzw. der Diskrepanzreduktion: zwischen der Feststellung wie es ist und den Erwartungen wie es sein könnte (Maercker, 2002, S. 18).

dürfnisse, sein Erleben sowie Möglichkeiten der Verbesserung seiner individuellen Lebensqualität differenziert wahrzunehmen (vgl. Kruse, 2005).

In der Literatur finden sich Hinweise dafür, dass eine Heimübersiedlung eines demenzkranken Menschen mit einer rapiden Verschlechterung seines Gesundheitszustandes verbunden sein kann (vgl. Graber-Dünow, 2003, S. 44, Bernhardt, 2008, S. 104). Auch wird von teilweise dramatischen Reaktionen Demenzkranker berichtet, dazu gehören: Depressivität, Verwirrheitszustände, Verstummen, Nahrungsverweigerung, Aggressionen, Schreien und Weglauftendenzen. Aus Berichten von Angehörigen und professionell Pflegenden geht hervor, dass viele der demenzkranken Pflegeheimbewohner wiederholt den Wunsch äußern, „nach Hause“ zurück zu kehren (vgl. Bernhardt, 2008, S. 104). Mit der Eingewöhnung in die Einrichtung sind also häufig massive Unsicherheiten der Angehörigen und des Personals verbunden, die aus Defiziten der Kenntnis über eine „gelingende“ Umstellung des Pflegebedürftigen resultieren.

Bei allen Maßnahmen zur Integration und Optimierung der Lebenssituation demenzkranker Menschen in Heimen muss berücksichtigt werden, dass sich die Betroffenen durch eine erhöhte emotionale Vulnerabilität gegenüber emotionalen Erlebnissen auszeichnen. Einer einfühlsamen Art im Umgang und in der Kommunikation mit den demenzkranken Menschen (vgl. Engel, 2006) kommt bei der Schaffung eines bedürfnisgerechten, häuslichen Milieus in stationären Einrichtungen daher eine unverzichtbare Bedeutung zu. Die Aufgabe der Familie und der professionell Pflegenden besteht darin, dem Erkrankten in seiner Erlebenswelt zu begegnen, weil es ihm selbst nur noch eingeschränkt oder gar nicht mehr möglich ist, die sein Identitätserleben bedrohende Situation des Umzugs aktiv gestaltend zu bewältigen.

## **1.2 Belastungen bei der Integration aus der Sicht der Angehörigen**

Die Pflege von demenzkranken Menschen durch Angehörige in häuslicher Umgebung ist mit vielen Belastungen in beinahe allen Lebensbereichen verbunden. Prägend ist dabei das Krankheitsbild der Demenz und die damit einhergehenden Veränderungen der Beziehung zwischen dem Kranken und den Angehörigen (Engel, 2006). Besonders schmerzhaft ist es, „eine (...) emotional wichtige Bezugsperson langsam, bei lebendigem Leibe und zunehmendem Betreuungsaufwand zu verlieren“ (Wettstein, 2005).

Auch durch einen „Wechsel des Versorgungssystems von häuslicher Pflege in stationäre Einrichtungen (...) kommt es nicht zu einem völligen Abbau der Belastungen“, sondern „einige



Belastungserscheinungen [bleiben] weiter bestehen“ (Reggentin, 2005, S. 1). Dies zeigen die Ergebnisse einer jüngeren Studie (Reggentin, 2005): Zu den besonders relevanten Stressoren der Angehörigen gehören die Nachwirkungen der Trennung von der pflegebedürftigen Person und die mangelnde Akzeptanz der neuen Situation im Heim. Diese Belastungen äußerten sich bei den untersuchten Personen durch psychische und körperliche Beschwerden, hierzu zählten allgemeine Erschöpfungsneigung, Erschöpfungsdruck, Magen-, Glieder- und Herzbeschwerden. Auffällig ist, dass nicht-berufstätige Personen und Frauen am stärksten von diesen Belastungen betroffen waren, die Gruppe also, die zu den häufig besuchenden Angehörigen gehört.

Eine weitere empirische Untersuchung zeigt, dass für Bewohner und Angehörige nach der Heimübersiedlung *das Gefühl der Kontrolle* über Entscheidungen eine wichtige Voraussetzung der gelungenen längerfristigen Adaptation im neuen Umfeld ist (Thiele et al., 2002). Bei neu eingezogenen Bewohnern und ihren Angehörigen konnte eine geringere subjektive Belastung, mehr Lebenszufriedenheit und weniger Medikamenteneinnahme beobachtet werden, wenn ihnen im Heimalltag größere Entscheidungs- und Einflussmöglichkeiten geboten wurden (Thiele et al., 2002, ).

Eine zentrale Aufgabe der Familienangehörigen nach der Heimübersiedlung besteht darin, die eigene Rolle innerhalb der Institution zu definieren (Gsottschneider et al., 2006). Damit die Integration der Demenzkranken ins Heim gelingt, müssen Angehörige die Obhut über den kranken Familienangehörigen Personen anvertrauen, die ihnen noch fremd sind. Sie müssen sich somit selbst auf eine neue Beziehung einlassen.

Die Herausforderungen, die ein Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung an Angehörige stellt, bergen ein erhebliches Konfliktpotential. Im Folgenden werden ausgewählte Probleme skizziert:

- *Konfrontation Familie vs. Institution:* Der lebensweltlich emotionale Kontext des Angehörigen trifft auf einen eher arbeitsweltlich professionellen Kontext des Pflegepersonals.
- *Verschiebung der Machtverhältnisse und Zuständigkeiten:* Das Pflegepersonal übernimmt intime Aufgaben der Pflege und der Betreuung, die nun nicht mehr der Obhut des Angehörigen unterliegen. Der Umzug in ein Pflegeheim bedeutet somit für den Angehörigen immer auch einen Verlust an Kontrolle und Macht (vgl. Amrhein, 2002):

- a. im Sinne von *Gestaltungsmacht*: So werden seine Entscheidungsbefugnisse hinsichtlich der Definition von Ruhe- bzw. Schlafzeiten, Auswahl und Zubereitung von Mahlzeiten, Rhythmus und Art der Körperpflege, beschränkt.
- b. im Sinne von *Deutungsmacht*: So liegt die Interpretation des Gesundheits- und Gemütszustandes des Demenzkranken nicht mehr im alleinigen Zuständigkeitsbereich des Angehörigen.

Waren diese Machtsphären bisher den Angehörigen zueigen, kommt es mit dem Umzug des Pflegebedürftigen nun zu einem Bruch dieser über die Zeit gewachsenen Strukturen. Entscheidungen und Deutungen müssen nun mit Dritten ausgehandelt werden.

- *Schuldgefühle*: Viele Angehörigen sehen es als ihre ureigenste Aufgabe, die Pflege eines nahestehenden Familienmitgliedes persönlich zu bewerkstelligen und empfinden dann Schuldgefühle, wenn ein Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung unumgänglich geworden ist - selbst wenn die stationäre Unterbringung objektiv die beste Lösung sowohl für die Angehörigen selbst als auch für den demenzkranken Menschen darstellt (vgl. Haider, 2006; Thiele, 2000).
- *Negativ gefärbter öffentlicher Diskurs*: Negative Einschätzungen von Altenpflegeheimen in der Öffentlichkeit veranlassen viele Angehörige zu besonders kritischen Einstellungen der Einrichtung gegenüber und lassen in ihm den Anspruch einer in jeder Hinsicht optimalen Betreuung wachsen. (Haider, 2006).
- Durch die hohe Arbeitsbelastung des Pflegepersonals und mangelnde Kommunikationsstrukturen werden Einrichtungen den Bedürfnissen mancher Angehöriger nicht gerecht, die sich dann als Störfaktor empfinden (Queißer, 2001).
- *Konfrontation mit Krankheit*: Durch den Einzug in ein Heim ist der Pflegebedürftige und sein Angehöriger auf einmal mit den Herausforderungen einer Gruppe schwer kranker Menschen konfrontiert. Das Gefühl der Abneigung oder die Schwierigkeiten im Umgang mit gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen sind meist von Schuld- und Angstgefühlen begleitet. Ein Besuch im Heim kann bei Angehörigen eigene, existenzielle Ängste und Depressionen auslösen (Peters, 2006).

- *Umgang mit Abschied und Sterben:* Stationäre Einrichtungen sind auch Orte des Sterbens<sup>6</sup>. Dennoch ist Sterben in vielen Einrichtungen nach wie vor ein tabuisiertes Thema. Daher fordern immer mehr Fachleute eine Verbesserung der Abschiedskultur in Heimen unter Einbeziehung der Angehörigen (Wilkening, 2003; Kruse, 2007).
- *Kollision zwischen Erwartung und Anspruch:* Die Definition optimaler Betreuung resultiert bei Angehörigen zum großen Teil aus ihren subjektiven Erfahrungen mit den individuellen Bedürfnissen des Pflegebedürftigen. Die stationäre Betreuung und Pflege ist jedoch in Strukturen und Prozesse eingebettet, die eine vollständige Entsprechung mit den individuellen Vorstellungen der Angehörigen nicht zulassen. Somit kommt es häufig zu einer Kollision zwischen Anspruch des Angehörigen und der Pflegerealität. Aufgrund mangelnden Wissens erhoffen sich viele Angehörige zudem, dass es durch professionelle Betreuung, Pflege und therapeutische Maßnahmen zu einer Verbesserung bzw. einer Stabilisierung des Gesundheitszustandes des Bewohners kommt, was im Falle einer Demenzerkrankung jedoch meist nicht möglich ist.
- *Unzufriedenheit mit dem Preis-Leistungsverhältnis:* Als Kunde sieht der Angehörige den finanziellen Aufwand für die stationäre Pflege, der nicht selten auch zum Teil von den Bewohnern und Angehörigen selbst erbracht werden muss, als Maßstab für die Qualitätsbewertung der „eingekauften“ Versorgungsleistungen. Dabei sieht er nicht nur den Bewohner, sondern auch sich selbst als Leistungsempfänger mit Mitspracheanspruch. Die Beurteilung der Pflegequalität wird damit vom eigentlichen Leistungsempfänger teilweise entkoppelt und auf die Angehörigen übertragen. In der Folge ist der für die Angehörigen „sichtbare“ Anteil der pflegerischen Leistung verstärkt dem Rechtfertigungsdruck vor dem Angehörigen ausgesetzt. Dies führt nicht selten zu offen ausgetragenen oder versteckten Dissonanzen bei allen Beteiligten (George, W., George, U., 2003).
- *Vorangegangene Familienkonflikte:* Häufig erschweren familiäre Konflikte, die zwischen dem Bewohner und dem Angehörigen oder zwischen dem Angehörigen und anderen Familienmitgliedern, die möglicherweise schon lange vor dem Heimumzug bestanden, die Akzeptanz der Heimsituation bei dem Angehörigen (Peters, 2006;).

Die hier skizzierten Konfliktfelder machen deutlich, wie groß das Risiko ist, dass es zu Konflikten zwischen dem Angehörigen und dem Pflegepersonal kommt. Zu erwarten sind Abscho-

---

6 Einer Studie zur Sterblichkeit zufolge ereigneten sich ca. 71% aller Sterbefälle in Institutionen, davon ca. 29% in Heimen. Ein höheres Lebensalter erhöht die Wahrscheinlichkeit des Todes in einem Heim hochsignifikant (Bickel 1998, In: Kruse 2007).

tungs-, Rückzugs- und Konfliktreaktionen der Beteiligten (Peters, 2006). Eine fachlich reflektierte, auf dem Aufbau guter Beziehungen basierende Integration der Bewohner und der Angehörigen in Einrichtungen kann diese belastenden Situationen entschärfen (Schmidt, R., 2005; George, W., George, U., 2003).

### **1.3 Belastungen aus Sicht der Pflegekräfte**

Professionell Pflegende werden in ihrem Beruf permanent mit belastenden Situationen, wie Krankheit, Schmerz, Kummer, Sterben, Hoffnungslosigkeit und großen körperlichen Anforderungen konfrontiert (Jaeger, 2008). Hinzu kommt, dass Bewohner, Angehörige und die Leitung der Einrichtungen unterschiedliche, häufig sogar gegensätzliche Forderungen an die Pflegekräfte stellen. Für Selbstreflexion, Nachgehen eigener Bedürfnisse und die Auseinandersetzung mit belastenden Situationen bleibt häufig nicht genug Raum. Durch die große Arbeitsbeanspruchung und den nicht adäquaten Umgang mit eigenen Gefühlen, wie z. B. Abneigung, Scham, Ekel, Trauer, stellt das Heimpersonal deshalb eine Hochrisikogruppe für die Ausbildung einer Burnout -Symptomatik dar (Landschek, 2008). In Deutschland, wie auch in vielen anderen Ländern, verlassen die meisten Pflegekräfte den Pflegeberuf vorzeitig. Laut Ergebnissen einer internationalen Studie geben 18,4% der befragten Pflegekräfte in Deutschland an, den Berufsausstieg "mehrfach monatlich" zu erwägen<sup>7</sup>. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, welche Maßnahmen dazu führen können, die Bedingungen für das Pflegepersonal zu verbessern und damit eine längere Verweildauer im Beruf zu erreichen. Eine der aktuell realistischen Strategien zur Belastungsprävention professionell Pflegenden besteht darin, die sozialen und personalen Kompetenzen der Mitarbeiter so weiterzuentwickeln, dass sie den Anforderungen im Arbeitsalltag besser begegnen können (Zimber, 2003). Da Pflegeeinrichtungen sehr häufig hierarchisch organisiert sind, ist eine einseitige Kommunikation in Form reiner Anweisungen vorprogrammiert (Raabe, 2009). Dies führt immer wieder einerseits zu Belastungen und Konflikten und andererseits zur Reduktion der Arbeitseffektivität. Eine lebendige, partnerschaftliche Kommunikation mit und unter den Mitarbeitern, aber auch mit den zu Pflegenden und deren Angehörigen kann dazu beitragen, dass sich die Mitarbeiter stärker mit einrichtungsinternen Prozessen identifizieren und die Verantwortung

---

7 Europäische NEXT-Studie (nurses' early exit study) Langjährige Belastungsforschung bei Pflegepersonal, [www.next-study.net](http://www.next-study.net) (Stand: 14.05.2009).

für die anstehenden Veränderungen übernehmen. So kann der „Hoffnungslosigkeit“ im Arbeitsalltag vorgebeugt werden (Raabe, 2009).

Die Faktoren, die die Interaktion der professionell Pflegenden mit den Heimbewohnern und deren Angehörigen stören können, sind vielfältig. Ein Beispiel für derartige „Störfaktoren“ ist die haftungsrechtliche Verantwortung bei der Durchführung von pflegerischen Tätigkeiten, die normalerweise bei den professionell Pflegenden liegt (Höfert 2006). Sie kann eine der Ursachen dafür sein, dass Hilfestellungen von Seiten der Angehörigen ungern angenommen und eher als ein Störfaktor empfunden werden. Dessen ungeachtet wird den Mitarbeitern empfohlen, die Ressourcen und Fähigkeiten, die Angehörige als Laienpfleger mitbringen, in der Pflegeplanung zu berücksichtigen. Dies bedarf jedoch einer guten, lebendigen und überprüfbaren Kommunikation aller Beteiligten (Höfert, 2006). Für die Situation der Mitarbeiter ist es zudem wichtig in schwierigen Fällen Bewohnern und Angehörigen die eigenen emotionalen, personellen und materiellen Grenzen aufzeigen zu können (Landschek, 2008).

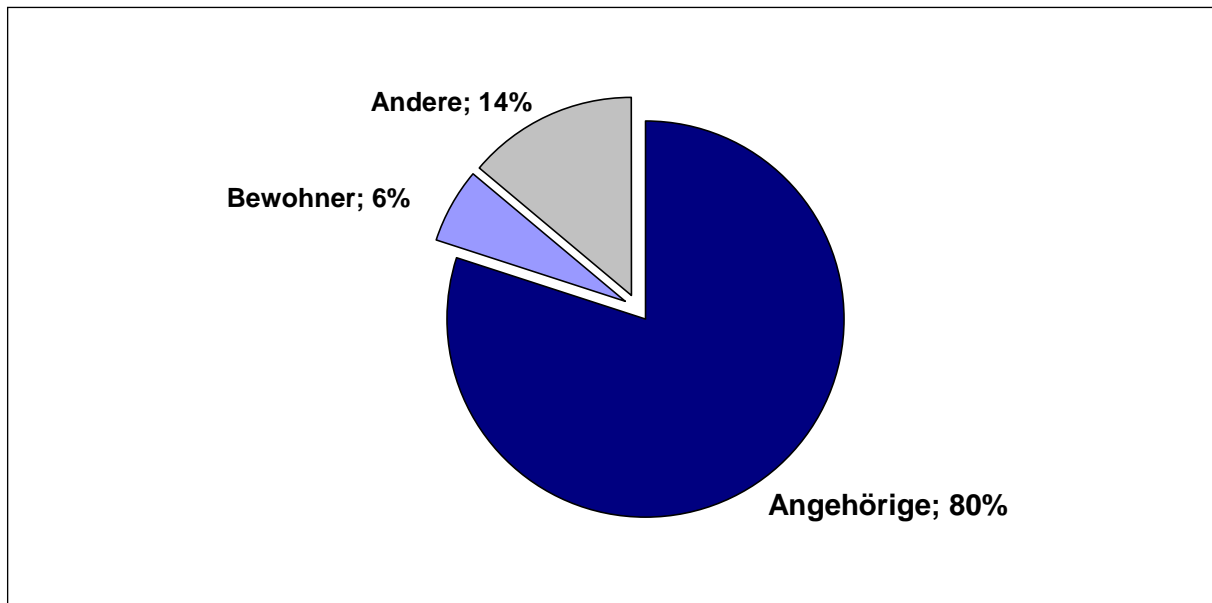
Die Pflege Demenzkranker stellt erhöhte Anforderungen an das Pflegepersonal, durch die progredient zunehmende Pflegebedürftigkeit und mögliches herausforderndes Verhalten der Demenzkranken und durch spezifische kommunikative Anforderungen im alltäglichen Umgang. Die Beziehungspflege, die heutzutage in den Einrichtungen gefordert wird, setzt voraus, dass die Mitarbeiter selbst über nötige interpersonale Kompetenzen zum Umgang mit den Demenzkranken verfügen. Untersuchungen legen den Schluss nahe, dass hier nach wie vor ein Qualifizierungsdefizit des Pflegepersonals besteht, das sich negativ sowohl auf die Versorgungsqualität der Pflegebedürftigen als auch auf die Arbeitssituation auswirkt (George, 2003; Habestroh et al., 2009).

Als belastend empfinden Pflegekräfte schließlich auch die negativen Gefühle, die bei ihnen entstehen, wenn sie den Eindruck haben, dass Angehörige den Kranken „abgeschoben haben“ (Rudnitzki, 2008).

## **2 Eskalierte Belastungen: Beschwerden**

Im Pflegealltag entstehen immer wieder Konflikte und Beschwerden häufen sich. Wenn diese in den Einrichtungen nicht (mehr) aufgefangen werden können, werden sie bei entsprechenden Kontroll- und Qualitätssichernden Instanzen vorgetragen. Es wird von Beschwerden, „Skandalen“ bis zu strafrechtlichen Prozessen von Bewohnern, Angehörigen und Sozialversicherungsträgern gegen die Einrichtungen, bzw. gegen einzelne Mitarbeiter in den Einrich-

tungen berichtet (Höfert, 2006). Auf der anderen Seite werden die Mitarbeiter der Einrichtungen selbst zunehmend zu Beschwerdeführern (vgl. Schmidt W, 2005).



**Abbildung 1: Anteil Beschwerdeführung (Quelle: Tätigkeitsbericht der Beschwerde- und Schlichtungsstelle Pflege in Nürnberg, 1.1.2003 - 31.12.2007)**

Dominierend bei der Beschwerdeführung sind jedoch die Angehörigen. Dies zeigt sich in der statistischen Erhebung der Beschwerdestelle der Stadt Nürnberg. Der Anteil der Beschwerden, die von Angehörigen eingereicht wurden, betrug hier in den letzten Jahren über 80%. Der Anteil der Beschwerden von Seiten der Bewohner betrug ca. 6% (vgl. Abb.2).

Erfahrungen aus dem Beschwerdemanagement zeigen, dass meist nicht das ursprüngliche Fehlverhalten Auslöser für eine Beschwerde ist, sondern der unbefriedigende kommunikative Umgang damit (vgl. Tätigkeitsbericht der Beschwerde- und Schlichtungsstelle Pflege in Nürnberg, 1.1.2003 - 31.12.2007).

### **3 Bedeutung von Kommunikation in der Qualitätssicherung**

Eine Reihe von Gesetzen, Qualitätsvereinbarungen und Leitlinien bildet die Grundlage für die Definition qualitativ „guter“ Pflege und ermöglicht die Überprüfung der Pflegequalität auf drei Ebenen:

- a) Strukturqualität
- b) Prozessqualität
- c) Ergebnisqualität

Ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement kann nur auf der Basis wirksamer und befriedigender Kommunikationsstrukturen funktionieren. So heißt es in „Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen vom 16.12.2003“:

„...die an Pflege, sozialer Betreuung und Versorgung Beteiligten arbeiten partnerschaftlich zusammen. Hierzu gehört ein regelmäßiger Informations- und Erfahrungsaustausch.“ (1.1 Ziele)

Dies verweist auf die *Notwendigkeit* der Institutionalisierung von Kooperation, Informationsfluss und Kommunikation in Einrichtungen der Altenpflege.

### **3.1 Sicherung von Ergebnisqualität durch Kommunikation mit Bewohnern und Kunden**

Im Verständnis des modernen Qualitätsmanagements werden Heimbewohner und ihre Angehörigen als *Kunden* gesehen, an deren Bedürfnissen sich die Qualitätskriterien orientieren (Gatter, 2007). Das heißt, dass die Erwartungen und Bewertungen der Bewohner sowie aller an der Pflege und Versorgung Beteiligten bei qualitätssichernden Maßnahmen berücksichtigt werden müssen.

Bei der Beurteilung der Güte von Versorgung kommt der Ergebnisqualität eine zentrale Bedeutung zu. Diese orientiert sich an folgenden Aspekten:

- zum einem an geltenden gesetzlichen und pflegefachlichen Vorgaben zum Schutz des Kunden im individuellen Kontext,
- zum anderen an Vorgaben zur solidarischen Finanzierung der Versorgung.

Qualitätssicherung auf der Ebene der Ergebnisqualität fokussiert auf die Wirkung der Maßnahmen (Outcome). Das bedeutet, dass Altenpflegeeinrichtungen gezielt den individuellen Bedürfnissen der Kunden gerecht werden müssen. Die zur Verfügung stehenden Ressourcen sollten hierzu möglichst effektiv genutzt werden. Auf die Bedeutung der Kooperation mit Angehörigen bei Qualitätssicherung wird unter anderem bei Schmidt (2005) Bezug genommen, der dazu festhält, dass „*die Dienstleistungsqualität einer Einrichtung durch die Mitarbeit von Angehörigen bestimmt und erhöht wird.*“ (S. 28)

Die größte Schwierigkeit bei der Beschreibung von Qualität der Versorgung bei demenzkranken Heimbewohnern liegt darin, angemessene Kriterien zur Beurteilung der Wirkung von

erbrachten Leistungen zu benennen und zu erfassen. Hierzu bietet in Bayern der aktuelle „Prüfleitfaden für Einrichtungen der Pflege und Behindertenhilfe“ eine Hilfe, der als Grundlage für die Begehungen und Qualitätsprüfungen durch die Fachstellen für Pflege- und Behinderteneinrichtungen - Qualitätsentwicklung und Aufsicht (FQA) entwickelt worden ist. Die in diesem einheitlichen Vorgehen dargestellten "Schlüsselsituationen" sind einerseits „Stationen“ bei der Durchführung einer Einrichtungsbegehung, andererseits sind es „Situationen, mit denen (...) möglichst vielfältig die Lebensqualität und die Lebenskultur in den Einrichtungen unter der Perspektive des Bayerischen Wohn- und Pflegequalitätsgesetzes (...) erschlossen werden kann.“ (Version 5.1, S.19)

Im Leitfaden wird betont, dass es sowohl bei den Wahrnehmungen als auch bei den Beurteilungen im Rahmen einer Begehung notwendig ist, „die Perspektive der Bewohnerinnen und Bewohner, Besucher oder Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einzunehmen“ (S. 210). Zentrale Frage bei der Begutachtung der Versorgungsqualität lautet: "Wie stellt die Einrichtung sicher, dass der Bewohner seine individuelle Lebensqualität erlebt?"

In mehreren Punkten dieses Manuals wird auf die Bedeutung der verbalen und nonverbalen Kommunikation im Einrichtungsalltag verwiesen: Auf Kommunikationssituationen unter Bewohnern, zwischen Bewohnern und Mitarbeitern, zwischen den Mitarbeitern im Team, mit der Heimleitung und mit den Angehörigen. Zudem sollte eine der leitenden Qualitätsfragen (eine „Schlüsselsituation“) dazu beitragen, die Situation und die Bedeutung der Angehörigen genauer zu eruieren. Diese Frage lautet: „*Wie arbeitet die Einrichtung mit Angehörigen zusammen, um die Lebensqualität der Bewohnerin und des Bewohners zu fördern?*“ (S 118).

Seit dem Jahr 2011 werden die Ergebnisse der Überprüfung der Qualität in Heimen durch die Heimaufsicht veröffentlicht. Damit wird der Kunde stärker in die Beurteilung der Qualität der Heime einbezogen und die Transparenz erhöht zudem die Vergleichbarkeit. Pflege und Betreuung, die sich an den Bedürfnissen und Interessen der Kunden orientiert, ist für die Einrichtungen selbst insofern von hoher Bedeutung, als sich diese im Zuge des zunehmenden Wettbewerbes gegen die Konkurrenz auf dem Markt durchsetzen müssen.

### **3.2 Kommunikation im Beschwerdemanagement**

Erhebungen aus dem Bereich des Beschwerdemanagements in der stationären Altenhilfe weisen darauf hin, dass die Kommunikation eine Schlüsselrolle bei der Konfliktprävention



spielt (vgl. Tätigkeitsbericht der Beschwerde- und Schlichtungsstelle Pflege in Nürnberg, 1.1.2003 - 31.12.2007). Sie muss daher als aktiver Bestandteil des Qualitätsmanagements angesehen werden. Es sollte insbesondere nach solchen Lösungen gesucht werden, die im Sinne der Hilfe zur Selbsthilfe die Kompetenzen der Mitarbeiter und somit die Kompetenzen der Einrichtungen stärken. Dass Verbesserungen der Kommunikation hierbei einen zentralen Stellenwert einnehmen, macht das folgende Zitat aus den Schlussfolgerungen der „Analyse ausgewählter Dokumente zur Beschwerden in der stationären Altenhilfe“, die im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2005) durchgeführt wurde, deutlich:

„Dass sich zunehmend auch Pflegekräfte und Einrichtungsleitungen an die Beratungs- und Beschwerdestelle wenden, verdeutlicht, dass Pflegeeinrichtungen an einer Verbesserung der Situation aktiv interessiert sind und dort professionelle Hilfe suchen. Sie fragen Fortbildungsangebote nach, in denen es nicht mehr nur um die theoretische Abhandlung des Gewaltbegriffs geht, sondern um konkrete Handlungsanleitungen und Kommunikationshilfen bei Konflikten mit Bewohnerinnen und Bewohnern und ihren Angehörigen. Bedenkt man, dass ein Heimeinzug für ältere Menschen eine massive Einschränkung ihrer Lebensgewohnheiten bedeutet und dass es sehr belastend ist, gerade in den letzten Lebensjahren vom Wohlwollen anderer Menschen abhängig zu sein, ist die Dringlichkeit, unnötiges zusätzliches Leid für diese Personen weitestgehend zu vermeiden, unverkennbar. Daher ist es wichtig, entsprechende Angebote sowohl für Hilfe suchende Bewohnerinnen und Bewohner als auch für Hilfe suchende Pflegekräfte und Leitungspersonen bereitzustellen. Diese können ein Beitrag zum Abbau von Missständen und Konflikten in der Altenpflege sowie zur Prävention sein.“<sup>8</sup>

#### **4 Zusammenfassung**

Die Versorgung dementiell erkrankter Menschen stellt eine der größten gesellschaftlichen Herausforderungen dar mit stetig steigender Relevanz. Der Wunsch nach kontinuierlicher Verbesserung der Qualität im Bereich der stationären Altenhilfe steht im Widerspruch zu den Begrenzungen der finanziellen und personellen Ressourcen. Die gesetzlichen Grundlagen helfen wenig, wenn die Leistungserbringung als solche nicht sichergestellt werden kann.

---

8 Schmidt, W., Schopf, C. 2005, S. 57

Daher besteht die Notwendigkeit, die bereits zur Verfügung stehenden Ressourcen effizienter einzusetzen. Dazu zählen die Förderung und Verbesserung der Interaktion von Pflegekräfte und Angehörigen, der bisher nur wenig Aufmerksamkeit im stationären Altenhilfebereich gewidmet wurde, um die Pflege- und Versorgungsqualität der demenzkranken Bewohner zu verbessern. Dies erfordert eine verstärkte Kooperation und konstruktive Kommunikation aller Beteiligten mit dem Ziel gemeinsam neue Wege zu finden. Basierend auf den Erfahrungen in der häuslichen Pflege (Engel, 2006) kann man davon ausgehen, dass die Verbesserung der Kommunikation einen essentiellen Beitrag zur Entschärfung der aktuellen Problematik und damit zur Verbesserung der Situation demenzkranker Heimbewohner leistet.

## **II Implikationen für das vorliegende Forschungsprojekt: Forschungsgegenstand, Fragestellung und Hypothesen**

### **1 Forschungsgegenstand**

Den Gegenstand des vorliegenden Forschungsprojektes bilden die interpersonalen Kommunikationsbeziehungen im Dialog zwischen demenzkranken Pflegeheimbewohnern, deren Angehörigen und den Mitarbeitern des Pflegeheims. Im Zentrum des Interesses stehen hierbei die möglichen Auswirkungen einer Verbesserung dieser Kommunikationsbeziehungen auf das Wohlbefinden aller Dialogpartner, die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter, die Zufriedenheit der Angehörigen mit der Einrichtung und schließlich auf die Lebens-, und Versorgungsqualität der demenzkranken Bewohner.

### **2 Fragestellungen**

Als zentrale Fragestellungen soll durch die Ergebnisse im vorliegenden Projekt überprüft werden, ob es erstens möglich ist, durch eine Fortbildungsmaßnahme die Kommunikationsbeziehungen im Dialog des Pflegeheims zu verbessern, ob zweitens eine solche Verbesserung - falls sie überhaupt erzielt werden kann – eine messbare Wirkung auf das Wohlbefinden aller Dialogpartner, die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter, die Zufriedenheit der Angehörigen mit der Einrichtung und auf die Lebens-, und Versorgungsqualität der demenzkranken Bewohner hat, und drittens unter welchen Bedingungen es möglich sein kann, eine kommunikationsfördernde Fortbildungsmaßnahme in die realen Bedingungen und Struktu-

ren eines Pflegeheims zu implementieren, um die möglichen Erkenntnis der vorausgegangenen Forschungsschritte in der Praxis des Pflegeheim-Alltags nutzbar zu machen.

### **3 Hypothesen**

Aus diesen Fragestellungen werden folgende Hypothesen abgeleitet:

- H 1. Die Kommunikationsbeziehungen zwischen den Angehörigen von demenzkranken Pflegeheimbewohnern und den professionellen Mitarbeitern des Pflegeheims sind häufig geprägt durch Spannungen und Konflikte.
- H 2. Drei Probleme erschweren die Kommunikation zwischen den Dialogpartnern:
- mangelndes Verständnis für die Situation und Rolle des jeweils Anderen;
  - eingeschränkte Möglichkeiten des kommunikativen Austauschs zwischen Angehörigen und Mitarbeitern;
  - unterschiedliche Voraussetzungen für die Kommunikation mit den demenzkranken Bewohnern (deren eingeschränkte Kommunikationskompetenz und veränderte Kommunikationsrolle eine besondere Herausforderung für die Kommunikationspartner darstellt) aufgrund unterschiedlichen Wissens um Demenz, um den Umgang mit demenzerkrankten Menschen und um die persönliche Lebensgeschichte der demenzkranken Bewohner;
- H 3. Eine gemeinsame Fortbildung für Angehörige von demenzkranken Pflegeheimbewohnern und professionelle Mitarbeiter eines Pflegeheims, durch die
- das Verständnis für die Situation des jeweils Anderen gefördert wird,
  - Möglichkeiten des kommunikativen Austauschs zwischen Angehörigen und Mitarbeitern geschaffen werden und
  - alle Akteure auf einen zumindest angeglichenen Wissensstand hinsichtlich Demenz, Umgang mit demenzkranken Menschen und den persönlichen Lebensgeschichten der Bewohner versetzt werden,
- kann die Kommunikationsbeziehungen zwischen den Angehörigen und den Mitarbeitern verbessern.
- H 4. Die häufig angespannten und konfliktreichen Kommunikationsbeziehungen zwischen den Angehörigen von demenzkranken Pflegeheimbewohnern und den professionellen Mitarbeitern des Pflegeheims wirken sich negativ auf die Situation der beteiligten Akteure (der Bewohner, der Angehörigen und der Mitarbeiter) aus, indem sie:

- das Wohlbefinden der demenzkranken Bewohner beeinträchtigen,
- die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter mindern,
- die Zufriedenheit der Angehörigen mit der Einrichtung reduzieren und zu zusätzlicher Belastungen der Angehörigen führen.

Verbesserungen der Kommunikationsbeziehungen zwischen den Angehörigen von demenzkranken Pflegeheimbewohnern und den professionellen Mitarbeitern des Pflegeheims wirken sich daher positiv auf die Situation der beteiligten Akteure aus, d.h. sie führen zu:

- einer Steigerung des Wohlbefindens der demenzkranken Bewohner,
- einer größeren Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter und
- einer größeren Zufriedenheit der Angehörigen mit der Einrichtung und einer Abnahme ihres Belastungsempfindens.

H 5. Eine nachhaltige Verbesserung der Kommunikationsbeziehungen zwischen den Angehörigen von demenzkranken Pflegeheimbewohnern und den professionellen Mitarbeitern des Pflegeheims und eine bessere Integration der Angehörigen in das Pflegeheim können nur gewährleistet werden, wenn die gemeinsame Fortbildung für Angehörige und Mitarbeiter und die Ermöglichung des kommunikativen Austauschs zwischen Angehörigen und Mitarbeitern in der Angebotsstruktur von Einrichtungen verstetigt werden. Hierfür bedarf es der Implementierung eines Konzeptes, das einerseits in Pflegeheimen die Durchführung des Fortbildungsprogramms in regelmäßigen Abständen durch fortgebildete Multiplikatoren vorsieht, andererseits speziell fortgebildete Mitarbeiter der Einrichtung bestimmt, deren Aufgabe es ist, den kommunikativen Austausch zwischen Angehörigen und Mitarbeitern in standardisierter und konzeptionell geplanter Form zu fördern.

### **III EduKation<sup>PFLEGEHEIM</sup> -**

#### **Eine Interventionsstudie zur Messung der Wirksamkeit einer kommunikationsverbessernden Schulung im Pflegeheim**

##### **1 Erste Teilstudie: Pilotierungsstudie zur Entwicklung von EduKation<sup>PFLEGEHEIM</sup>**

Ziel dieser ersten Teilstudie war es zunächst zu ermitteln, woran sich die Konflikte und Spannungen zwischen Angehörigen von demenzkranken Pflegeheimbewohnern und den professionellen Mitarbeitern des Pflegeheims entzündeten. Aufbauend auf diesen Erkenntnissen sollte „EduKation“, ein bereits evaluiertes und in der Praxis bewährtes Schulungsprogramm für Angehörige, die ein demenzkrankes Familienmitglied zu Hause versorgen und betreuen (Engel, 2006), so modifiziert und erweitert werden, dass es an die besondere Beziehungsstruktur, die in einem Pflegeheim zwischen Angehörigen, Mitarbeitern und demenzkranken Bewohnern existiert, angepasst ist. Das auf diese Weise konzipierte Schulungsprogramm „EduKation<sup>PFLEGEHEIM</sup>“ sollte anschließend in einer Einrichtung pilotierend durchgeführt und im Rahmen von Fokusgruppen einer ersten Evaluation unterzogen werden.

##### **1.1 Exploration der Konflikte und Spannungen zwischen Angehörigen von demenzkranken Bewohnern und professionellen Mitarbeitern im Pflegeheim**

###### **1.1.1 Die Stichprobe**

Über eine Angehörigenberatungsstelle wurden Personen, die einen demenzkranken, in einem Pflegeheim lebenden Familienangehörigen hatten, den sie regelmäßig dort besuchten, gebeten an einem Fokusgruppengespräch teilzunehmen. In diesem Gruppeninterview sollten sie über ihr Verhältnis zu der Einrichtung und über das Ausmaß ihrer Zufriedenheit mit der Einrichtung berichten. Es meldeten sich vier Frauen. Bei drei von ihnen war es der Ehemann, der an einer Demenz erkrankt war und im Pflegeheim lebte, bei einer Frau war es die Mutter. Die Ehefrauen waren zwischen 69 und 76 Jahren alt, die Tochter 52 Jahre alt. Keine der Frauen war mehr berufstätig, eine der Einrichtungen, in der ihre demenzkranken Angehörigen lebten, hatte einen öffentlichen Träger, eine einen kirchlichen und zwei einen freigemeinnützigen.

Außerdem wurden über ein offizielles Schreiben an alle Pflegeheime Erlangens Pflegekräfte, die mit der Pflege und Versorgung demenzkranker Bewohner betraut waren und außerdem regelmäßig Kontakt zu Angehörigen der demenzkranken Bewohner hatten, für die Teilnah-

me an einem Gruppeninterview gesucht. Es wurde angekündigt, dass in dem Interview thematisiert werden sollte, welche besonderen Herausforderungen die Pflege demenzkranker Bewohner darstellte und wie sich das Verhältnis zu den Angehörigen der demenzkranken Bewohnern gestalte. Es meldeten sich fünf Frauen, die alle in unterschiedlichen Einrichtungen arbeiteten – eine Einrichtung hatte einen kirchlichen Träger, eine einen privaten, die übrigen einen freigemeinnützigen Träger. Alle fünf Pflegekräfte waren seit mindestens 6 Jahren in der Pflege demenzkranker Heimbewohner tätig, eine Interviewpartnerin war mittlerweile Pflegedienstleitung einer Einrichtung, die eine Wohngruppe für demenzkranke Bewohner integrierte, eine Interviewpartnerin hatte derzeit die Bereichsleitung einer beschützenden Station für demenzkranke Bewohner inne, eine Interviewpartnerin war Heimleiterin einer Einrichtung, in der nach ihren Angaben derzeit 70% der Bewohner an Demenz erkrankt waren, und zwei Interviewpartnerinnen waren Altenpflegerinnen auf Pflegeheimstationen, deren Bewohner zu 70 – bzw. 90% an einer Demenzerkrankung litten. Die fünf Frauen waren zwischen 44 und 53 Jahren alt.

### **1.1.2 Methode**

Die zwei Gruppeninterviews wurden in homogenen Fokusgruppen geführt, eine Gruppe bestand aus den vier Angehörigen, die andere aus den fünf Pflegekräften.

Die Gruppeninterviews wurden leitfadengestützt durchgeführt. Beide Fokusgruppen wurden zu denselben Leitfragen befragt. Die Themenkomplexe des Leitfadens sind in Tabelle 1 aufgeführt.

**Tabelle 1: Leitfragen der Gruppendiskussionen**

1. Inwiefern sind Versorgung und Pflege demenzkranker Menschen mit besonderen Herausforderungen für Sie, d.h. die Angehörigen (bzw. für Sie die Pflegekräfte) verbunden?
2. Wie kommt es zu angespannten bzw. konfliktreichen Kommunikationsbeziehungen zwischen Angehörigen und Pflegekräften?

Die Gruppendiskussionen wurden mithilfe digitaler Aufnahmegeräte aufgezeichnet, wörtlich transkribiert und anschließend auf der Grundlage einer strukturierenden Inhaltsanalyse ausgewertet. Das Kategoriensystem dieser Strukturierung entsprach thematisch den Ursachenkomplexen, die als Ursache für die Konflikte und Spannungen zwischen Angehörigen und

Mitarbeitern in Forschungshypothese H. 2 (siehe Seite 19) angenommen wurden. Daneben sollte die Häufigkeit von Spannungen und Konflikten durch die Aussagen der Interviewpartnerinnen abgeschätzt werden.

### **1.1.3 Ergebnisse der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse**

#### **1.1.3.1 Konflikte zwischen Angehörigen von demenzkranken Bewohnern von Pflegeheimen und professionellen Pflegekräften:**

Es treten häufig Spannungen und Konflikte zwischen Angehörigen von demenzkranken Bewohnern von Pflegeheimen und professionellen Pflegekräften auf. Von den vier Angehörigen berichten drei von vielen alltäglichen Situationen, in denen es zu Konflikten mit den Pflegekräften kommt. Eine dieser drei Frauen berichtet sogar von einer Situation, in der sie schriftlich zu einem Konfliktgespräch in die Einrichtung geladen wurde, zu dem sie einen Bekannten aus ihrem Freundeskreis mitnahm, weil sie sich nicht mehr allein einer solchen Situation aussetzen wollte. Nur eine der vier Angehörigen äußert sich sehr zufrieden mit der Einrichtung und weiß auf die Frage nach dem Entstehen von konfliktreichen Kommunikationsbeziehungen nur ein einziges Thema zu nennen, über das sie sich hin und wieder ein wenig ärgert. Doch sie räumt ein, dass es dadurch nicht zu Konflikten komme, weil sie wüsste, an wen sie sich mit ihrem Ärger wenden könne. Auch alle fünf Pflegekräfte schildern eine Vielzahl von Konflikten und Spannungen, die ihres Erachtens häufig die Kommunikationsbeziehungen zwischen Angehörigen und Pflegekräften bestimmen.

#### **1.1.3.2 Mangelnde Empathie bei Angehörigen und Pflegekräften für die Situation der jeweils anderen:**

Die Aussagen der Angehörigen und der Pflegekräfte machen deutlich, dass sowohl Angehörige als auch Pflegekräfte Situationen häufig ausschließlich aus ihrer eigenen Perspektive betrachten können und nicht in der Lage sind, eine Situation aus der Sicht des jeweils anderen zu beurteilen und dadurch Verständnis für dessen Rolle und Handeln aufzubringen.

In der Angehörigen-Fokusgruppe werden folgende Aussagen vorgebracht, die für ein mangelndes Einfühlungsvermögen der Mitarbeiter gewertet werden:

Das Personal habe nur ein mangelhaftes Verständnis für die Belastungen der Angehörigen, die mit der Sorge um den erkrankten Bewohner verbunden sind. Aus diesem Grund würde in der Einrichtung auch nicht ausreichend nach den individuellen Bedürfnissen der Angehöri-

gen gefragt, bzw. würden individuelle Bedürfnisse der Angehörigen nicht berücksichtigt bzw. nicht ernst genommen. Auch würden Bitten, die eine Angehörige gegenüber einer Pflegekraft äußert, nicht wirksam an andere Pflegekräfte weitergeleitet. Andererseits würden wichtige Informationen, die jeder Angehöriger dringend zu wissen wünsche, wie beispielsweise Änderungen in der medikamentösen Therapie des Bewohners, nicht an den Angehörigen übermittelt. Schon in der Situation des Einzugs hätten die drei Angehörigen nicht den Eindruck gehabt, freundlich begrüßt und aufgenommen zu werden, so dass sie sich mit ihrem demenzkranken Angehörigen verloren fühlten in der fremden Umgebung, die das Pflegeheim zu diesem Zeitpunkt für sie darstellte.

Durch die Diskussionen in der Pflegekräfte-Fokusgruppe wird deutlich, dass auch die Mitarbeiter sich häufig von den Angehörigen unverstanden fühlen. So äußern sie alle die Ansicht, dass die meisten Angehörigen kein Verständnis für die Mitarbeiter haben und ihre Arbeitsbelastungen nicht wahrnehmen, die u.a. durch die Versorgung von Demenzkranken und durch institutionelle Anforderungen an die Pflgetätigkeit entstehen. Auch äußern sie den Eindruck, dass viele Angehörige dem Pflegeberuf bzw. den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der Pflege nur wenig Wertschätzung entgegen bringen.

### **1.1.3.3 Mangelnde Kommunikationspraxis zwischen Angehörigen und Pflegekräften:**

Die strukturierende Inhaltsanalyse der Interviewdaten macht darüber hinaus deutlich, dass die Angehörigen unter ungenügenden und unstandardisierten Informations- und Kommunikationswegen in der Einrichtung leiden. So beklagen drei von den vier befragten Angehörigen, dass sie nur sehr sporadisch und zufällig Informationen über den Demenzkranken von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern erhielten und sogar über besondere Ereignisse, wie z.B. Stürze des Bewohners oder Veränderungen seiner medikamentösen Therapie nicht zuverlässig informiert würden. Andererseits sei es sehr aufwändig dafür zu sorgen, dass personbezogene Informationen über den Bewohner bei allen Mitgliedern des Teams wirklich ankämen. Eine Angehörige berichtet, wie sie nach dem Einzug ihrer Mutter einer Mitarbeiterin des Hauses mitteilte, dass ihre Mutter ein bestimmtes Nahrungsmittel nicht vertrage, doch am nächsten Tag fand sie genau diese Speise auf dem Tisch der Mutter. Wieder informierte sie – diesmal eine andere Mitarbeiterin – über die Nahrungsmittelunverträglichkeit der Mutter, doch zwei Tage später bekam die Mutter wieder eben diese für sie unverträgliche Speise. Die Angehörige schlussfolgert daraus, dass die Mitarbeiter auch miteinander



nicht effektiv kommunizieren. Zudem beklagen sie, dass der Austausch zwischen Mitarbeitern des Hauses und den Angehörigen häufig so mangelhaft sei, dass man selbst Angehörigen, die häufig im Heim zu Besuch seien, neue Mitarbeiter nicht vorstellen würden. Und schließlich kritisieren die Angehörigen, dass die Kommunikationswege in der Einrichtung für die Angehörigen nicht transparent seien, was sich unter anderem darin zeige, dass sie nicht wüssten, wer ihre Ansprechpartner für spezielle Anliegen sei. Selbst für kurze Gespräche gäbe es häufig keine Möglichkeit.

Die Pflegekräfte beklagen ihrerseits, dass Angehörige ihnen häufig die wichtigen biografischen und personbezogenen Informationen über den Bewohner nicht mitteilten. Als Gründe hierfür nennen sie einerseits die Scham der Angehörigen, die intime oder sehr private Informationen nicht preisgeben wollten, die ihnen selbst unangenehm sind. Andererseits machten sich viele Angehörige ihres Erachtens auch nicht die Mühe, ausreichend viel und detailliert über die Lebensgeschichte des Bewohners Auskunft zu geben. Grundsätzlich halten die Pflegekräfte Angehörigenarbeit in ihren Einrichtungen für nicht ausreichend, weil der Kontakt zu den Angehörigen und der Austausch mit den Angehörigen nicht standardisiert gefördert und gepflegt wird.

#### **1.1.3.4 Unterschiedliche Voraussetzungen bei Angehörigen und Pflegekräften für die Herausforderung der angemessenen Kommunikation mit Demenzkranken:**

Die Interviewpartnerinnen in beiden Gruppen betonen, dass sie die Kommunikation und den Umgang mit den demenzkranken Bewohnern als große Herausforderung empfänden, die spezielle Kompetenzen und besonderes Können von ihnen als Kommunikationspartner verlangten. Doch während die Angehörigen der Meinung sind, dass diese speziellen Kompetenzen aus biografischem Wissen um die persönliche Lebensgeschichte des Bewohners bestünden, die ja nur sie als nahestehende Personen haben können, sind die Pflegekräfte der Ansicht, dass es für den angemessenen Umgang mit demenzkranken Menschen besonderes professionelles Wissen bedarf, über das die Angehörigen als Pflegelaien nicht in ausreichendem Maße verfügten. Beide Interviewgruppen gehen somit davon aus, dass die jeweils andere Gruppe nicht über ausreichende Voraussetzungen für den angemessenen Umgang mit dem demenzkranken Bewohner verfügte.

So führen die Pflegekräfte aus, dass Angehörige häufig keine Kenntnisse von pflegerischen Grundkonzepten bei der Pflege Demenzkranker hätten, beispielsweise nichts von aktivieren-

der und fördernder Pflege wüssten und deshalb nicht mit den Pflegekräften „an einem Strang zögen“. So passiere es immer wieder, dass Pflegekräfte bei den Mahlzeiten das Ziel der selbständigen Nahrungsaufnahme des Bewohners verfolgten, Angehörige aber eher das Ziel hätten, dass der Bewohner sauber und ordentlich beim Essen gekleidet ist – zwei Ziele, die oftmals nicht zu vereinbaren seien. Überhaupt hätten Angehörige oftmals eine sehr geringe Toleranzgrenze für das Selbstbestimmungsrecht von demenzkranken Bewohnern. So berichten die Pflegekräfte von unterschiedlichen Situationen, in denen Angehörige die aktuelle Bekleidung eines Bewohners nicht akzeptierten, weil diese in ihren Augen unpassend und unschön sei, die Pflegekräfte die Bekleidung dagegen akzeptierten, weil der Bewohner sie sich selbständig angezogen habe. Weil viele Angehörige zu wenig Wissen über die Krankheit „Demenz“ und ihren progredienten Verlauf hätten, stellten sie zudem viel zu hohe Ansprüche an die Pflegekräfte und seien dann enttäuscht, wenn sich der Gesundheitszustand des demenzkranken Bewohners trotz angemessener Pflege stetig verschlechtere. Und schließlich seien einige Angehörige – auch aufgrund ihres geringen professionellen Wissens von Demenz – sehr wenig tolerant und verständnisvoll im Umgang mit anderen demenzkranken Bewohnern, deren Verhalten auch eine Herausforderung für andere besuchende Angehörige sei.

Auch die Angehörigen beklagen einen Mangel an Wissen bei den Pflegekräften im Umgang mit den demenzkranken Bewohnern. Weil sie zu wenig von der Lebensgeschichte und den individuellen Bedürfnissen ihrer demenzkranken Bewohner wüssten und sich zu wenig in die Lage des einzelnen Bewohner einfühlen könnten, seien die meisten Pflegekräfte nicht in der Lage individuelle und personenzentrierte Pflege der Demenzkranken zu leisten, konstatieren drei der vier Angehörigen. Teilweise achteten sie individuelle Bedarfslagen und Bedürfnisse nicht, fänden daher auch keine geeigneten Beschäftigungsformen für den einzelnen, respektierten seine Individualität und Einzigartigkeit zu wenig und gäben den Bewohnern daher nicht das Gefühl von Wichtigkeit und Anerkennung.

#### **1.1.3.5 Andere Gründe für Konflikte zwischen Angehörigen und Pflegekräften, die als „extrinsisch“ empfunden werden**

Erschwert werde die Kommunikationsbeziehung zwischen Angehörigen und Pflegekräften und demenzkranken Bewohnern häufig außerdem durch Probleme, deren Lösung nicht in

der Macht der Angehörigen und Pflegekräfte lägen, betonen die Teilnehmerinnen aus beiden Gruppen.

So beklagen die Angehörigen, dass es in den Einrichtungen immer wieder Probleme mit der Wäsche gebe – entweder verschwinden Wäschestücke oder sie werden nicht sachgemäß gereinigt – doch weisen sie auch darauf hin, dass die Pflegekräfte daran nichts ändern könnten. Auch die Qualität oder Art des Essens böten immer wieder Anlass zur Beschwerde, doch auf für dieses Problem machten sie die Pflegekräfte nicht verantwortlich. Schließlich nähmen sie den enormen Zeitdruck wahr, unter dem die Pflegekräfte ihre Arbeit erledigen müssten, worunter auch die Qualität ihrer Pflege- und Versorgungstätigkeiten litte. Auch für diesen Zeitmangel machen die Angehörigen schlechte Strukturbedingungen verantwortlich und nicht die Pflegekräfte selbst.

Die Pflegekräfte nennen all diese von den Angehörigen vorgebrachten „extrinsischen Gründe“ auch und beschreiben sie als beziehungserschwerend, machen aber auch deutlich, dass weder die Angehörigen noch sie selbst einen Einfluss auf diese erschwerenden Rahmenbedingungen nehmen könnten.

#### **1.1.4 Kommunikationstheoretische Interpretation der Ergebnisse**

Abgesehen von den Rahmenbedingungen (siehe 1.1.1.5) werden die Konfliktgründe, die die Interviewpartnerinnen benennen und beschreiben, im vorliegenden Forschungsprojekt kommunikationstheoretisch interpretiert.

Wie bei der Entwicklung von „EduKation“, der Schulung für Angehörige Demenzkranker (Engel, 2006), können die hier geschilderten Probleme vor dem Hintergrund der Kommunikationstheorien von Habermas (1981), Schulz von Thun (1981) und Mead (1991) als Störungen der Voraussetzungen gelingender Kommunikation gewertet werden. (Für eine genauere Begründung dieser kommunikationstheoretischen Interpretation siehe Engel, S., 2006).

So können die von den Interviewpartnerinnen geschilderten Probleme, die hier unter 1.1.1.2 zusammengefasst dargestellt werden, als mangelnde Perspektivübernahme des jeweils anderen Kommunikationspartners interpretiert werden: Pflegekräfte versetzen sich nicht ausreichend in die Lage der Angehörigen, um ihre Bedürfnisse erkennen und darauf eingehen zu können, und Angehörige versetzen sich nicht ausreichend in die Perspektive von professionell Pflegenden und verstehen deren Pflegeziele häufig nicht. Kommunikation kann aber nur

gelingen – das zeigen kommunikationstheoretische Ausführungen (z.B. Schulz von Thun, 1981) – wenn beide Kommunikationspartner Empathie für den jeweils anderen aufbringen. Liegen unterschiedliche Bedürfnisse oder Handlungsmotivationen vor, ist eine konfliktfreie Kooperation nur möglich, wenn beide die Bedürfnislage des jeweils anderen verstehen und akzeptieren. Ein Verstehen der jeweils anderen Bedürfnisse und Motivationen setzt aber auch ausreichend Möglichkeiten des Austauschs voraus. Ist der Austausch nicht möglich, bzw. ergibt er sich nur sporadisch und zufällig, sind Aushandlungs- und Einigungsprozesse unmöglich bzw. erschwert: Die Positionen verhärten sich und das Konfliktpotenzial steigt. (Mayer, B. 2007). Haben die Kommunikationsparteien zudem unterschiedliche Wissensbestände über und Wahrnehmungen von demjenigen, auf den ihre jeweilige Fürsorge und Aufmerksamkeit gerichtet ist, differieren ihre jeweiligen Handlungsziele bzw. die Strategien zur Erreichung ihrer Ziele. Die in den Kapiteln 1.1.1.2, 1.1.1.3, und 1.1.1.4 geschilderten interpersonellen Probleme werden daher in der vorliegenden Studie auf unzureichende und nicht gelingende Kommunikationsprozesse zurückgeführt.

In einer früheren explorativen Interviewstudie zur Vorbereitung von „EduKation“ (Engel, 2006) konnten nicht-gelingende Kommunikationsprozesse zwischen pflegenden Angehörigen und ihrem demenzkranken Familienmitglied als eine der Hauptursachen des Belastungserleben von pflegenden Angehörigen Demenzkranker identifiziert werden (vgl. BADKom-Theorie, ebenda). Aufbauend auf dieser Erkenntnis wurde „EduKation“ entwickelt, um gezielt diese Kommunikationsstörungen abzubauen. Die Ergebnisse der damaligen Evaluationsstudie (ebenda) zeigten deutlich, dass durch die Reduktion der Kommunikationsstörungen das individuelle Belastungsempfinden sowie die depressive Symptomatik der Angehörigen signifikant und längerfristig gemindert werden konnte.

Übertragen auf die Fragestellung des vorliegenden Forschungsprojektes sollte daher nun geprüft werden, inwieweit ein Fortbildungsprogramm, das sich - wie „EduKation“ - auf die Förderung und Verbesserung der Kommunikationsvoraussetzungen richtet und auf die Reduktion gestörter und unzureichender Kommunikationsprozesse zielt, die empfundenen Belastungssituationen des Pflegepersonals und der Angehörigen sowie die Situation von demenzkranken Heimbewohnern im Kontext stationärer Altenpflege günstig beeinflussen kann. Während die EduKations-Schulung auf die Förderung einer dialogischen Interaktion zwischen Angehörigen und Demenzkranken zielt, ist der Gegenstand des Fortbildungsprogramms

„EduKation<sup>PFLEGEHEIM</sup>“ die Verbesserung des Trialogs zwischen Pflegekräften, Angehörigen und Heimbewohnern.

Der Grundgedanke des Trialogs entstand bei der Gründung der ersten Selbsthilfegruppen für an Schizophrenie erkrankte, junge Betroffene und deren Angehörige in den 60er Jahren des vergangenen Jahrhunderts in England. Nach anfänglichen Schwierigkeiten wurden nicht nur die Potenziale zur Selbsthilfe bei den Betroffenen und deren Angehörigen, sondern auch die Chancen einer Zusammenarbeit mit dem professionellen medizinischen Personal in mehreren Gesundheitsbereichen erkannt (Katsching, 2002). Diese partnerschaftliche Zusammenarbeit der drei am Genesungsprozess und der Versorgung der Erkrankten beteiligten Gruppen wurde als Trialog bezeichnet. Bei der Konzeption des Fortbildungsprogramms EduKation<sup>PFLEGEHEIM</sup> wurde der Grundgedanke des Trialogs aufgegriffen und entsprechend der speziellen Akteure in der stationären Altenhilfe modifiziert (vgl. Abb.1).

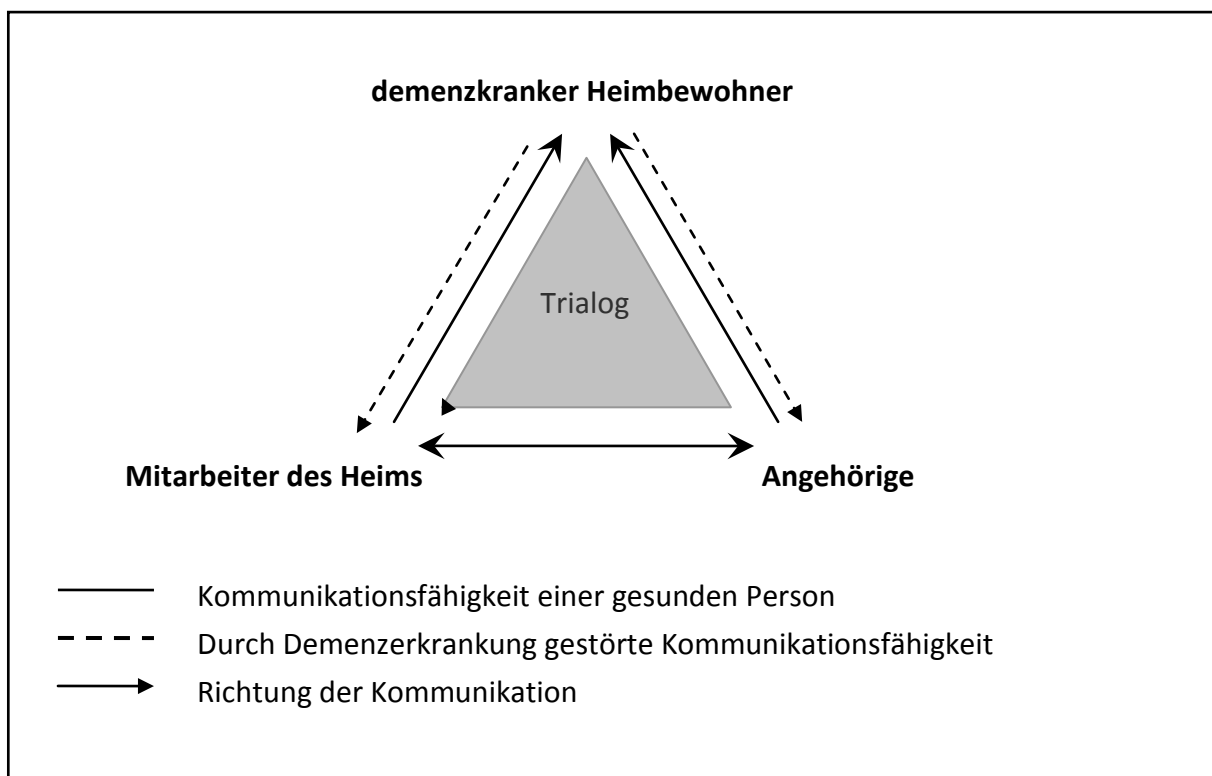


Abbildung 1: Trialogische Kommunikation im Altenpflegeheim

Die grundlegende forschungsleitende Hypothese bei der Entwicklung von EduKation<sup>PFLEGEHEIM</sup> geht somit von der Annahme aus, dass eine optimale Pflege- und Versorgungsqualität des demenzkranken Bewohners nur gewährleistet werden kann, wenn die gesunden Akteure in

der Lage sind, einerseits eine partnerschaftliche Kommunikation untereinander zu gestalten und andererseits einfühlsam mit dem demenzkranken Bewohner zu kommunizieren.

Die Interpretation des im Rahmen der Fokusdiskussionen gesammelten empirischen Materials legt die Schlussfolgerung nahe, dass sowohl bei den Pflegekräften als auch bei den Angehörigen ein großer Fortbildungsbedarf und ein hohes Verbesserungspotenzial hinsichtlich einfühlsamer Kommunikation mit Demenzkranken und sowie hinsichtlich partnerschaftlicher Kommunikation untereinander besteht. Zudem bestätigte sich die theoretische Annahme, dass nicht-gelingende Kommunikation einen gravierenden Belastungsfaktor für Heimmitarbeiter und Angehörige von Demenzkranken darstellt.

Die von den Diskussionsteilnehmern als problematisch geschilderten Situationen beziehen sich meist direkt auf Probleme bei der Pflege und Betreuung von demenzkranken Menschen, indirekt weisen sie jedoch darauf hin, dass die Ursache der erlebten Mängel in der gestörten Kommunikation mit dem jeweils anderem Dialog - Partner liegen. Auch Mängel in den einrichtung-internen Kommunikationsstrukturen konnten als wichtige Ursache der Belastung bei den professionellen und familiären Pflegenden mit möglichen negativen Folgen für die Versorgungssituation von Demenzkranken identifiziert werden.

## **1.2 Entwicklung des Fortbildungsprogramms EduKation<sup>PFLEGEHEIM</sup>**

Das gesamte Fortbildungs- und Schulungsprogramm wurde in neun Sitzungen aufgebaut, die jeweils festgelegte thematische Schwerpunkte haben. (Siehe Tabelle 1)

### **1.3 Eine erste pilotierende Durchführung**

Um Durchführbarkeit und Praxistauglichkeit des Fortbildungsprogrammes zu überprüfen und um Inhalte nochmals feiner an die Lebenswelt von Altenpflegeeinrichtungen anzupassen, wurde das Fortbildungsprogramm in dieser Form durchgeführt und evaluiert.

#### **1.3.1 Stichprobe**

Um das Schulungsprogramm EduKation<sup>PFLEGEHEIM</sup> erstmals in einem Pflegeheim durchzuführen, wurden die Einrichtungsleitungen der Pflegeheime in Erlangen durch ein Telefonat auf das Schulungsprogramm aufmerksam gemacht, verbunden mit der Fragestellung, ob sie sich vorstellen könnten, dass ein solches Programm für eine Station ihrer Einrichtung durchgeführt würde. Nachdem diese Nachfrage auf allgemein positive Resonanz stieß, wurde eine

beschützende Station einer Einrichtung ausgewählt, in der nach Aussage der entsprechenden Heimleitung ein gewisses Konfliktpotenzial zwischen den Mitarbeitern und einigen Angehörigen herrschte.

**Tabelle 1: Themen, ausgewählte Inhalte und Schulungsziele der Fortbildung „EduKation“<sup>Pflegeheim</sup>**

<b>9 Sitzungen à 120 Min.</b>	<b>Themen</b>	<b>Verfolgte Lernziele</b>
1. Sitzung	Demenzielle Erkrankungen: Formen und Krankheitszeichen	1, 3, 4
2. Sitzung	Selbsterleben des Demenzkranken, Behandlungsmöglichkeiten	1, 3, 4
3. Sitzung	Situation des Angehörigen	2, 3, 4
4. Sitzung	Situation der Mitarbeiter in der Pflege	2, 3, 4
5. Sitzung	Zwischenmenschliche Kommunikation: Wie funktioniert sie? Wie kann man im Umgang mit einem Demenzkranken angemessen kommunizieren?	1, 2, 3, 4
6. Sitzung	Kommunikation und Leben mit einem demenzkranken Menschen	1, 3, 4
7. Sitzung	Kommunikation zwischen Angehörigen und Pflegekräften: gemeinsame Sorge um die erkrankten Bewohner	2, 3, 4
8. Sitzung	Miteinander im Alltag des Pflegeheims: Gelebte Integration	1, 2, 3, 4
9. Sitzung	Abschluss- und Feedbacksitzung	1, 2, 3, 4
<p>Lernziel <b>1</b>: Verständnis für die Situation des demenzkranken Kommunikationspartners und die Akzeptanz seiner veränderten Kommunikationsrolle</p> <p>Lernziel <b>2</b>: Verständnis für die Situation des gesunden Kommunikationspartners (Angehöriger bzw. professionell Pflegenden) und die Akzeptanz seiner Kommunikationsrolle</p> <p>Lernziel <b>3</b>: Akzeptanz der eigenen Situation und Übernahme einer neuen bzw. veränderten Rollenidentität</p> <p>Lernziel <b>4</b>: Kenntnis von Formen kommunikativen Handelns, die den Fähigkeiten des Partners angepasst sind, und Handlungssicherheit im Umgang mit diesen Formen</p>		

Die Einrichtung, die einen kirchlichen Träger hat, verfügt insgesamt über ca. 130 Pflegeplätze, 29 hiervon sind in einer beschützenden Wohngruppe für demenzkranke Bewohner.

Die Schulungsgruppe bestand aus 34 Personen, davon 13 Angehörige und 21 Mitarbeiter der beschützenden Station eines Pflegeheimes. Die Gruppe der Mitarbeiter setzte sich aus 16 Pflegekräften, einer ehrenamtlichen Mitarbeiterin, zwei Betreuungsassistentinnen und zwei Führungskräfte zusammen. Frauenanteil: 79%; Alterspanne: 24 -84 Jahre alt.

**Tabelle 2: Personmerkmale der an der Schulung teilnehmenden Angehörigen und Heimmitarbeiter**

<b>Merkmal</b>	<b>Angehörige (N=13)</b>	<b>Mitarbeiter (N=21)</b>
<b>Alter</b>	<b>MW/SD</b>	<b>MW/SD</b>
Jahre	60,3 /16,95	43,6 /13,5
<b>Geschlecht</b>	<b>N / %</b>	<b>N / %</b>
weiblich	10 /77%	17 / 81%
männlich	3/ 23%	4 / 19%
<b>(Familien-)Verhältnis zum Bewohner</b>	<b>N / %</b>	
Tochter/Sohn	6 / 46%	-
(Ehe-)Partner/-in	5 / 38,5%	-
andere Familienbeziehung	2 / 15,5%	-
Freunde/Bekannte/etc.	-	-
<b>Berufliche Funktion im Heim</b>		<b>N / %</b>
Pflegekraft	-	16 / 76%
Betreuungsassistenten	-	2 / 9,5%
Ehrenamtliche	-	1 / 4,8%
Pflegedienstleitung	-	1 / 4,8%
Heimleitung	-	1 / 4,8%

### 1.3.2 Intervention

Die neun Sitzungen des Programms wurden im wöchentlichen Turnus an jeweils zwei Terminen zur Auswahl angeboten, sodass den Mitarbeitern in Früh- und Spätschicht und berufstätigen und nicht-berufstätigen Angehörigen eine Teilnahme ermöglicht wurde. Jede Sitzung dauerte 90 Minuten und setzte sich aus einer Phase der Wissensvermittlung und einer Gruppendiskussion zusammen. Die Phasen der Wissensvermittlung wurden durch Power-Point-Präsentationen unterstützt, die Inhalte der Folien erhielten die Teilnehmenden als Handzettel.

### 1.3.3 Evaluation der Intervention

Zur Evaluation der Intervention wurden fünf Fokus Gruppendiskussionen durchgeführt: zwei Gruppendiskussionen mit Angehörigen, an denen insgesamt 8 Personen teilnahmen, zwei Gruppendiskussionen mit Pflegekräften, die sich insgesamt aus 13 Personen zusammensetzten und eine Gruppendiskussion mit den beiden Führungskräften.



**Tabelle 3: Personmerkmale der an der Evaluation teilnehmenden Angehörigen und Heimmitarbeiter**

<b>Merkmal</b>	<b>Angehörige (N=8)</b>	<b>Mitarbeiter (N=13)</b>
<b>Alter</b>	<b>MW/s</b>	<b>MW/s</b>
Jahre	55,25 /18,5	42,15/12,1
<b>Geschlecht</b>	<b>N / %</b>	<b>N / %</b>
weiblich	5 / 62,5%	11 / 85,6%
männlich	3 / 37,5%	2 / 15,4%
<b>(Familien-)Verhältnis zum Bewohner</b>	<b>N / %</b>	
Tochter/Sohn	5 / 62,5%	-
(Ehe-)Partner/-in	2 / 25%	-
andere Familienbeziehung	1 / 12,5%	-
Freunde/Bekannte/etc.	-	-
<b>Berufliche Funktion im Heim</b>		<b>N / %</b>
Pflegekraft	-	9 / 69,2%
Betreuungsassistenten	-	2 / 15,4%
Ehrenamtliche	-	-
Pflegedienstleitung	-	1 / 7,7%
Heimleitung	-	1 / 7,7%

Die Gruppendiskussionen wurden leitfadengesteuert jeweils von zwei Gesprächsleiterinnen geleitet und moderiert. Die Themen der Leitfadens, auf die die Diskussionsleiterinnen die Gespräche in der Gruppe immer wieder lenkten, bildeten ein flexibel eingesetztes thematisches Gerüst der Diskussionen. Die Themenkomplexe des Leitfadens sind in Tabelle 4 aufgeführt.

**Tabelle 4: Leitfragen der Gruppendiskussionen**

1. Wie bewerten Sie Themenauswahl, inhaltliche Gestaltung und thematische Struktur der Fortbildung?
2. Wie bewerten Sie die Fortbildungsmethoden (Vortrag, Kleingruppenarbeit, Gruppendiskussion)?
3. Wie fällt Ihre Bewertung des Tandem-Prinzips der Fortbildung aus, d.h. der Tatsache, dass Mitarbeiter und Angehörige gemeinsam teilgenommen haben?
4. Wie bewerten Sie die Fortbildungsmaterialien, d.h. Medieneinsatz, Handout?
5. Welche Einstellung haben Sie zu den Rahmenbedingungen der Fortbildung, d.h. Anzahl der Sitzungen, zeitliche Gestaltung (Uhrzeit, Dauer der Sitzungen), räumliche Gegebenheiten, Gruppengröße?
6. Wie bewerten Sie die Wirksamkeit der Fortbildung auf den Alltag im Pflegeheim?

Alle Gespräche wurden mithilfe eines digitalen Aufnahmegerätes aufgezeichnet und zusätzlich mithilfe eines digitalen Camcorders gefilmt. Anschließend wurden die Gespräche wört-

lich transkribiert und einer strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring, 2007) unterzogen, wobei die Themenkomplexe des Leitfadens das strukturgebende Kategoriensystem bildeten.

#### **1.3.4 Ergebnisse**

Die Ergebnisse der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse werden entsprechend der Struktur der Leitfragen dargestellt:

##### **Wie bewerteten die Teilnehmer die inhaltliche Gestaltung der Fortbildung?**

Die Teilnehmer aller Fokusgruppen hielten die inhaltlichen Themenschwerpunkte, die sich mit Formen und Symptomen von Demenzerkrankungen, dem Selbsterleben der Menschen mit Demenz, medikamentösen und nicht-medikamentösen Behandlungsformen bei Demenz, insbesondere den therapeutische Intervention bei herausforderndem Verhalten und der einfühlsamen Kommunikation mit Menschen mit Demenz beschäftigten, für sehr wichtig und hilfreich für ihren eigenen Umgang mit den demenzkranken Bewohnern bzw. Familienangehörigen. Darüber hinaus schätzten die Angehörigen die inhaltliche Auseinandersetzung mit der Situation der Mitarbeiter als sehr wertvoll für ihr gemeinsames Miteinander im Heimalltag, die Mitarbeiter empfanden es ihrerseits als sehr hilfreich, die Situation pflegender Angehöriger von demenzkranken Menschen zu verstehen und nachzuvollziehen.

In den Fokusgruppen der Angehörigen wurde es negativ bewertet, dass die Kommunikation mit Menschen mit weit fortgeschrittener Demenz zu wenig thematisiert wurde. Die Mitarbeiter hielten die Vorstellung der kommunikationstheoretischen Grundlagen für zu ausführlich und dadurch für zu verwirrend.

Sowohl die Teilnehmer der Mitarbeiter-Fokusgruppen als auch die der Angehörigen-Fokusgruppen hielten eine Erweiterung des Fortbildungs-Curriculums um ein zusätzliches Modul, in dem die Umsetzung der gemeinsam entwickelten Veränderungsvorschlägen begleitet, supervidiert und nach einigen Wochen überprüft würde, für wünschenswert.

##### **Wie bewerten die Teilnehmer die Fortbildungsmethoden?**

In allen Fokusgruppen wurde der wissensvermittelnde Teil der Fortbildung, der aus durch PC-Präsentationen unterstützten Referaten bestand, in die die Teilnehmer durch gezielte Nachfragen einbezogen wurden, sehr positiv als „gut strukturiert“, „sehr verständlich“, „all-

tagsnah und nachvollziehbar“ bewertet. Jedoch bemängelten Angehörige und Mitarbeiter, dass der Kleingruppenanteil, durch den ihrer Ansicht nach es zu einem besseren Kennenlernen und dem Entstehen eines „Wir-Gefühls“ kommen kann, zu gering ausgefallen sei. Für eine zukünftige Fortbildung wünschten sich Mitarbeiter und Angehörige eine stärkere Betonung der Arbeit in Kleingruppen, die sich aus Mitarbeitern und Angehörigen zusammensetzen sollten.

### **Wie bewerten die Teilnehmer das Tandem-Prinzip der Fortbildung?**

Für Veränderungs- und Weiterentwicklungsprozesse in der Einrichtung halten die Teilnehmer aller Fokusgruppen das Miteinander von Mitarbeitern und Angehörigen in der Fortbildung für sehr förderlich. Die Mitarbeiter vertreten hierbei die Ansicht, dass es wichtig sei, dass man sich durch diese Fortbildung auf einen annähernd gleichen Wissensstand hinsichtlich des Themenkomplexes „Demenz – Umgang mit Menschen mit Demenz - Therapieformen bei Demenz“ berufen könne, um sich gemeinsam leichter auf realistische Ziele der Pflegeplanung einigen zu können. Dagegen betonen Angehörige wesentlich stärker den positiven Effekt die Mitarbeiter einmal näher kennen lernen zu können.

Die Teilnahme der Führungskräfte wurde von Mitarbeitern und Angehörigen unterschiedlich beurteilt: Während erstere die Anwesenheit ihrer Vorgesetzten nicht immer als bildungsförderlich empfanden, bewerteten letztere die Teilnahme der Leitungspersonen als Zeichen ihres Engagements und empfanden es darüber hinaus auch deshalb als positiv, weil sie die Führungskräfte auf diese Weise einmal näher kennen lernen konnten.

### **Wie bewerten die Teilnehmer die Fortbildungsmaterialien?**

Der Einsatz der computergestützten Unterrichtsmethode der PC-Präsentation und die Art des Handouts, das die gezeigten Präsentationsfolien im Handzettel-Format darstellte, wurden von allen Fokusgruppen als sehr positiv und völlig ausreichend bewertet. Die gezielte Nachfrage, ob den Teilnehmern eine schriftliche Ausarbeitung der Inhalte sinnvoll erschiene, wurde deutlich in allen Gruppen verneint. Alle Teilnehmer hätten sich ihre privaten Notizen auf die ausgeteilten Handzettel gemacht und konnten auf diese Weise die Inhalte auch später noch gut nachvollziehen.

### **Wie bewerten die Teilnehmer die Rahmenbedingungen der Fortbildung?**

Die Tatsache, dass jede Sitzung zu zwei Zeitpunkten an dem jeweiligen Schulungstag angeboten wurde, so dass alle Mitarbeiter in Früh- und Spätschicht, bzw. ältere berentete und jüngere berufstätige Angehörige daran teilnehmen konnten, wurde als sehr positiv bewertet. Da sich niemand schon im Vorfeld auf den Mittags- bzw. Abendtermin festlegen musste, sondern sich von Woche zu Woche für einen der beiden Schulungszeitpunkt entscheiden konnte, waren Größe und Zusammensetzung der jeweiligen Schulungsgruppe dem Zufall überlassen. Während alle Teilnehmer diese Wahlfreiheit positiv bewerteten, hielten sie aber auch eine ungefähre Gleichverteilung von Angehörigen und Mitarbeitern in jeder Gruppe für wünschenswert. Im Hinblick auf den Umstand, dass Wahlfreiheit und Gleichverteilung nicht gleichzeitig gewährleistet werden können, hielten alle Teilnehmer die Wahlfreiheit für den wichtigeren Aspekt.

Während die Angehörigen mit der Anzahl der Schulungssitzungen zufrieden waren und manche sich sogar noch mehr Sitzungen wünschten, empfanden die Mitarbeiter neun Sitzungen als einen zu hohen zeitlichen Aufwand. Ähnlich beurteilten auch die Führungskräfte den zeitlichen Aufwand der Fortbildung als zu hoch. Ihres Erachtens sei eine Fortbildung dieses Umfangs kaum in den Alltag einer Pflegeeinrichtung implementierbar, weil sie einerseits mit zu hohen Personalkosten verbunden sei, andererseits zu viel Arbeitszeit binden würde. Auf gezielte Nachfrage hielten sowohl Mitarbeiter, als auch Führungskräfte fünf Sitzungen für optimal.

### **Wie bewerten die Teilnehmer die Wirksamkeit der Fortbildung?**

Einige Angehörige reflektierten ihr eigenes Verhalten und zeigten sich überzeugt davon, dass sie sich durch die Fortbildung im Umgang mit den demenzkranken Bewohnern verändert hätten. So seien sie einerseits mit dem eigenen Familienangehörigen geduldiger geworden, andererseits wendeten sie sich auch stärker anderen demenzkranken Bewohnern zu, bei denen sie ein unbefriedigtes Bedürfnis zu erkennen glaubten. Überhaupt habe sich, so die Aussagen vieler, ihre Motivation zur Mitwirkung in der Einrichtung gestärkt, allerdings seien sie schon der Meinung, dass konkrete Vorschläge und die Koordination der Angehörigenmitwirkung von Seiten der Einrichtung erfolgen müssten. Einige Angehörige betonten auch, dass sie mehr Verständnis mit den Mitarbeitern hätten, die ja häufig unter großem Zeitdruck stünden.

Die Mitarbeiter beschrieben, dass sie die teilnehmenden Angehörigen bemühter und freundlicher in der Interaktion erlebten, und sensibler im Umgang mit den demenzkranken Bewohnern. Sie selbst fühlten sich durch die Fortbildung daran erinnert, bedachter und reflektierter mit den demenzkranken Bewohnern zu kommunizieren. Alle an den Fokusgruppen beteiligten Angehörigen und Mitarbeiter gingen aber davon aus, dass diese positive Entwicklung, die durch die Fortbildung angestoßen worden sei, durch kontinuierliche Begleitung dieses Kommunikationsprozesses zwischen Angehörigen und Mitarbeitern fortgesetzt werden müsse, da die Effekte andernfalls wieder abflachten.

Die Führungskräfte stellten fest, dass die Fortbildung wichtige Impulse für die einrichtunginterne Qualitätsentwicklung gegeben habe, wie beispielsweise eine striktere Einhaltung der Bezugspflege, die gewährleisten soll, dass jeder Angehörige einen festen Ansprechpartner unter den Mitarbeitern hat. Einige praktische Ideen, die während der Fortbildung von Angehörigen oder Mitarbeitern geäußert wurden, seien im Verlauf der Fortbildung schon umgesetzt worden, wie beispielsweise der Informationszettel bei Medikamentenänderung, andere müssten noch überdacht werden. Grundsätzlich sei die Sensibilität für die Notwendigkeit von standardisierter Angehörigenarbeit erhöht worden.

Ganz allgemein äußerten alle Teilnehmer der Fokusgruppen sich sehr zufrieden mit der Schulung und gaben ihr eine gute Gesamtbewertung.

### **1.3.5 Konsequenzen für das weitere Projekt**

Das Schulungsprogramm wurde in Anlehnung an die Ergebnisse der Evaluation mit besonderer Berücksichtigung der Praktikabilität und des Nutzens insofern modifiziert, als es auf fünf Sitzungen gekürzt wurde. Gestrichen wurden Inhalte, denen die Teilnehmer geringere Priorität zuwies. Außerdem wurde das Curriculum so abgeändert, dass in jede Sitzung neben dem Wissensvermittlung-Modul eine Phase für die Arbeit in Kleingruppen integriert wurde. Hierzu wurde festgelegt, dass jede Kleingruppe max. fünf Personen umfassen und sich aus Angehörigen und Mitarbeitern zusammensetzen sollte, da genau diese Zusammenarbeit von Angehörigen und Mitarbeitern als sehr positiv bewertet wurde.

## 2 Zweite Teilstudie: Interventionsstudie zur Evaluation von EduKation<sup>PFLEGEHEIM</sup>

Im Rahmen der Interventionsstudie wurde das Fortbildungsprogramm EduKation<sup>PFLEGEHEIM</sup> in zwei Einrichtungen auf jeweils zwei Stationen durchgeführt und evaluiert.

### 2.1 Stichprobe

#### 2.1.1 Die teilnehmenden Einrichtungen und Stationen

Die Rekrutierung der Heime erfolgte telefonisch. Die Auswahl der teilnehmenden Stationen wurde auf freiwilliger Basis durch die Einrichtungen getroffen, in Absprache zwischen den Heimleitungen und den Stationsleitungen. Für eine gezielte und gegen eine zufällige Auswahl der Stationen sprach vor allem die Tatsache, dass auf den teilnehmenden Stationen für das gesamte Projekt personelle Kapazitäten zur Verfügung gestellt werden mussten. Schließlich wurden insgesamt vier Stationen aus zwei Einrichtungen gewählt.

Tabelle 5: Merkmale der teilnehmenden Einrichtungen

Einrichtung	Zahl der Pflegeplätze	Träger	Raum	teilnehmende Stationen
Haus A	155	freigemeinnützig	städtisch	Station A1 Station A2
Haus B	163	kirchlich	städtisch	Station B1 Station B2

Beide teilnehmenden Einrichtungen befinden sich im städtischen Raum mit etwas mehr als 100.000 Einwohnern. Sie versorgen jeweils mehr als 150 Pflegebedürftige, weshalb sie als Großeinrichtungen bezeichnet werden können. Bei der Betrachtung der einzelnen teilnehmenden Stationen und der dort lebenden Bewohner zeigte sich, dass es zwischen ihnen schon innerhalb einer Einrichtung beträchtliche Unterschiede gibt. Grundsätzlich wurde in der Phase der Rekrutierung deutlich, dass sich die Stationen bzw. Wohnbereiche der angefragten Einrichtungen stark voneinander unterschieden. Es ließen sich in den angefragten Einrichtungen keine zwei Stationen bzw. Wohnbereiche finden, die hinsichtlich Anzahl der Bewohner, Anzahl der gerontopsychiatrischen Erkrankungen, Betreuungsform etc. vergleichbar waren.

Eine Übersicht über die für das vorliegende Forschungsprojekt relevanten Merkmale der teilnehmenden Stationen beinhaltet folgende Tabelle.

**Tabelle 6: Merkmale der teilnehmenden Stationen**

Merkmal	Station A1		Station A2		Station B1		Station B2	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Gesamtanzahl Bewohner</b>	25		19		46		30	
<b>Bewohner mit Demenz</b>	21	84,0	19	100,0	41	89,1	26	86,7
<b>Gerontopsychiatrische Betreuungsangebote</b>	Stundenweise Betreuung in der Tages- gruppe au- ßerhalb der Station, Betreuungs- gruppe auf der Station		Offene Wohngruppe, Tagesbetreu- ung ganztägig in der Wohn- küche		Stundenweise Betreuung in der Tagesgruppe innerhalb der Station		Stundenweise Betreuung in der Tagesgruppe innerhalb der Station	

Auf allen vier teilnehmenden Stationen lebten zum Zeitpunkt der Evaluation gerontopsychiatrisch erkrankte Bewohner, hauptsächlich Demenzkranke, jedoch war ihr Anteil an der Gesamtbewohnerzahl der Station jeweils unterschiedlich (vgl. Tabelle 6). Alle Stationen boten ihren Bewohnern spezielle Betreuungsformen für Demenzkranke, eine der Stationen (A2) war eine offene Wohngruppe für Menschen mit Demenz, einem Teil der Bewohner auf den weiteren drei Stationen stand stundenweise Betreuung in der Tagesbetreuung des Hauses zur Verfügung. Trotz der Unterschiede zwischen den einzelnen Stationen äußerten alle vier Bedarf und Bereitschaft an der Schulung und Studie teilzunehmen.

### **2.1.2 Bildung der Interventions- und der Kontrollgruppen**

Das Design der vorliegenden Interventionsstudie sah zunächst unverbundene Stichproben vor, d.h. dass die Teilnehmer der Interventions- und Kontrollgruppe von jeweils verschiedenen Stationen bzw. Wohneinheiten stammen sollten. In der Praxis zeigte sich durch eine Telefonrecherche, dass es in einem forschungstechnisch bewältigbaren Umkreis der Forschergruppe keine zwei Pflegeheimstationen oder -wohnbereiche gab, die hinsichtlich der Form der angebotenen Dementenbetreuung (integrativ, teilsegregativ, segregativ), Größe der Station bzw. der Wohngruppe, Verteilung der Schweregrade der Demenzerkrankungen der Bewohner, Größe, Preisniveau und Leitungsmodell des Pflegeheims, weltanschauliche oder kirchliche Ausrichtung der Einrichtung, etc. vergleichbar waren. Unter der Annahme, dass diese Merkmale die Wirkung von intervenierenden Variablen auf die Qualität der kom-

munikativen Beziehungen innerhalb der Triade „Bewohner-Angehörige-Pflegekraft“ haben, wurde das ursprünglich geplante Studiendesign verworfen und stattdessen eine Studienstruktur gewählt, die zwei Vorher-Untersuchungen und eine Nachher-Untersuchung in gleichmäßigen Zeitabständen derselben Teilnehmer vorsah. Durch den Vergleich der Untersuchungsergebnisse der sechs Wochen vor Interventionsbeginn stattfindenden ersten Vorheruntersuchung (t0) und den Untersuchungsergebnissen der direkt vor Interventionsbeginn stattfindenden zweiten Vorheruntersuchung (t1) sollten mögliche interventionsunabhängige Trends oder andere systematische Veränderungen erfasst werden. Im Zeitraum zwischen t0 und t1 bildeten die Teilnehmer eine Wartekontrollgruppe. Die Untersuchungen sechs Wochen vor Interventionsbeginn konnten jedoch aufgrund von Zeit- und Kapazitätsmangel im vorliegenden Interventionsprojekt nur bei zwei Stationen (A2 und B2) durchgeführt werden<sup>9</sup>. Die Personen dieser Stationen, die zu t0 und t1 untersucht wurden, bildeten die Wartekontrollgruppe.

Die Interventionsgruppe bildeten alle Teilnehmer, die direkt vor der Intervention (t1) und sechs Wochen später direkt nach der Intervention (t2) untersucht wurden. Bei der Kontroll- und Interventionsgruppe handelte es sich somit um gepaarte Stichproben, wobei die Kontrollgruppe eine Teilmenge der Interventionsgruppe darstellt.

Die Angehörigen und die Mitarbeiter der teilnehmenden Stationen wurden zwei Monate vor dem jeweiligen Schulungsbeginn zu einer Informationsveranstaltung eingeladen, an der sie eine Übersicht über Inhalte-, Ziele-, Termine der Schulung sowie über die begleitende Evaluation bekamen. Zu allen Angehörigen, die zu diesem Informationsabend nicht kommen konnten, wurde telefonisch Kontakt aufgenommen, um über die Schulung zu informieren und sie zur Teilnahme einzuladen. Die Teilnahme an der Intervention und an der Studie folgte auf freiwilliger Basis.

Alle teilnehmenden Angehörigen und Mitarbeiter gaben ihr Einverständnis zur Teilnahme an dem Forschungsprojekt in schriftlicher Form. Für die demenzkranken Bewohner unterschrieben die gesetzlichen Betreuer die Einverständniserklärung.

---

<sup>9</sup> Da es nicht möglich war, die Intervention auf allen vier Stationen gleichzeitig durchzuführen – jede Sitzung wurde zweimal angeboten, und Fortbildungen waren auf den Stationen jeweils nur an bestimmten Wochentagen möglich – erstreckte sich der gesamte Interventionszeitraum auf insgesamt sechs Monate. Eine zusätzliche t0-Befragung der beiden übrigen Stationen hätte den Zeitraum um sechs weitere Wochen verlängert, was mit der zeitlichen Planung des gesamten Forschungsprojektes nicht vereinbar gewesen wäre.



### **2.1.3 Angehörigenstichprobe**

In die Studie wurden diejenigen Angehörigen inkludiert, die bereit waren, an der Schulung und den standardisierten Befragungen teilzunehmen. Allerdings wurden schließlich nur die Daten derjenigen Angehörigen aufgenommen, die an mindestens drei der fünf Sitzungen teilnahmen.

Mit 71 Angehörigen wurde vor der Studie Kontakt aufgenommen: Entweder kamen sie zur Informationsveranstaltung, oder ein telefonischer Kontakt fand statt. 32 von ihnen willigten in die Teilnahme der Studie ein. Von den übrigen 39 Personen gab über die Hälfte an, keine Zeit zu den angegebenen Terminen zu haben, bei 13% war die weite Entfernung zum Heim der Grund für die Nichtteilnahme, rund ein Zehntel gab an aufgrund des eigenen hohes Alters oder aufgrund eigener Erkrankung nicht teilnehmen zu können, rund ein weiteres Zehntel hielt es nicht für notwendig an einer solchen Schulung teilzunehmen und weitere 15% wollten keine Gründe für ihre Nichtteilnahme angeben.

Von den verbleibenden 32 Personen konnten zwei Personen doch nur an einer oder zwei Sitzungen teilnehmen, so dass schließlich 30 Personen in die Studie inkludiert wurden. Die wichtigsten Personmerkmale dieser Personen zeigt die folgende Tabelle 7.

### **Interventionsgruppe und Kontrollgruppe**

Die gesamte Gruppe der 30 Personen, die an der Studie teilnahmen, bildete die Interventionsgruppe. Die Teilgruppe von ihnen, die bereits 6 Wochen vor Interventionsbeginn an der Befragung teilgenommen hatte, bildete die Kontrollgruppe.

### **2.1.4 Mitarbeiterstichprobe**

Alle Mitarbeiter der Stationen A1, A2, B1 und B2 wurden zur Teilnahme an den Schulungen eingeladen. Die Teilnahme an der Schulung war für die Mitarbeiter auf den Stationen teilweise verpflichtend bzw. wurde allen Mitarbeitern dringend empfohlen, jedoch unter der Voraussetzung, dass die Arbeitsabläufe der Stationen dadurch nicht gestört werden. Die zuständigen Stationsleitungen motivierten in erster Linie das Kernpersonal (Pflegefach- und Hilfskräfte, Betreuungskräfte) dazu an möglichst vielen Sitzungen teilzunehmen.

Auf den Stationen A1 und A2 nahmen jeweils ca. 90% aller Mitarbeiter an der Fortbildung teil, auf den Stationen B1 und B2 jeweils ca. 60%. Die Hauptursachen für die Nichtteilnahme waren schwierige personale Situationen auf den Stationen wegen Krankheitsaus-

fällen und der Einsatz von Zeitarbeitern und den damit verbundenen Schwierigkeiten bei der Dienstplangestaltung.

Tabelle 7: Interventionsgruppe und Kontrollgruppe der Angehörigen

Merkmal	Interventionsgruppe		Kontrollgruppe	
	N	%	N	%
<b>Gesamtanzahl</b>	30		17	
<b>Geschlecht</b>				
Weiblich	18	60,0	10	58,8
Männlich	10	33,3	6	35,3
k.A.	2	6,7	1	5,9
<b>Alter</b>				
bis 40 Jahre	0	0	0	0
40 bis 64 Jahre	20	66,7	11	64,7
65 bis 79 Jahre	8	36,7	5	29,4
80 Jahre und älter	2	6,7	1	5,9
<b>Verhältnis zum Bewohner</b>				
Tochter/Sohn	19	63,3	10	58,8
Ehepartner	3	10,0	3	17,6
(Schwieger)-Tochter, -Sohn	0	0	1	5,9
andere Verwandte	2	6,7	0	0
Bekannte/Freunde	6	20,0	3	17,6
<b>Besuchshäufigkeit</b>				
Nie	0	0	0	0
1 x im Monat oder seltener	1	3,3	0	0
mehrmals im Monat	2	6,7	1	5,9
1 x die Woche	6	20,0	3	17,6
mehrmals in der Woche	15	50,0	7	41,2
täglich	3	10,0	4	23,5
k.A.	3	10,0	2	11,8
<b>Entfernung von zu Hause zum Heim in Minuten</b>				
0 bis 9 Minuten	1	3,3	0	0
10 bis 29 Minuten	22	73,4	13	76,4
30 bis 59 Minuten	4	13,3	2	11,8
≥ 60 Minuten	0	0	0	0
k.A.	3	10,0	2	11,8

Tabelle 8: Merkmale der an der Studie teilnehmenden Mitarbeiter

Merkmal	Interventionsgruppe		Kontrollgruppe	
	N	%	N	%
<b>Gesamtanzahl</b>	48		25	
<b>Geschlecht</b>				
weiblich	44	91,7	22	88,0
männlich	3	6,2	2	8,0
k.A.	1	2,1	1	4,0
<b>Alter</b>				
bis 34 Jahre	6	12,5	1	4,0
35 bis 49 Jahre	21	43,8	11	44,0
50 und Jahre und älter	19	39,6	11	44,0
k.A.	2	4,1	2	8,0
<b>Familienstand</b>				
ledig	8	16,7	2	8,0
verheiratet	18	37,5	11	44,0
geschieden	14	29,2	7	28,0
verwitwet	3	6,2	2	8,0
k.A.	5	10,4	3	12
<b>lebende Kinder</b>				
Keines	7	14,6	2	8,0
ein Kind	10	20,8	6	24,0
zwei oder drei Kinder	25	52,1	14	56,0
vier oder mehr Kinder	1	2,1	0	0
k.A.	5	10,4	3	12
<b>Schulabschluss (N = ?)</b>				
kein Schulabschluss	0	0	0	0
Volks-, Hauptschulabschluss	11	22,9	6	24,0
Mittlere Reife	8	16,7	5	20,0
Abitur (Fach- /Hochschulreife)	9	18,8	4	16,0
Berufsfachschule, Handelsschule	9	18,8	5	20,0
Fachschule (Meister- Technischule)	2	4,1	0	0
Hochschule / Universität	3	6,2	1	4,0
k.A.	6	12,5	4	16,0
<b>Jahre im Beruf</b>				
0 bis 4 Jahre	7	14,6	4	16,0
5 bis 9 Jahre	7	14,6	3	12,0
10 bis 19 Jahre	15	31,2	7	28,0
20 Jahre und mehr	14	29,2	9	36,0
k.A.	5	10,4	2	8,0
<b>Jahre im diesem Heim</b>				
0 bis 4 Jahre	14	29,2	9	36,0
5 bis 9 Jahre	5	10,4	3	12,0
10-14 Jahre	12	25,0	5	20,0
15 Jahre und mehr	10	20,8	6	24,0
k.A.	7	14,6	2	8,0
<b>Umfang der Erwerbstätigkeit</b>				
Vollzeit	22	45,8	7	28,0
Teilzeit	19	39,6	13	52,0
Mini-Job	1	2,1	0	0
k.A.	6	12,5	5	20,0

### 2.1.5 Bewohnerstichprobe

Bei der Bildung der Bewohnerstichprobe wurde angenommen, dass die zu erwartenden Effekte der Intervention bei allen gerontopsychiatrisch erkrankten Bewohnern der vier Stationen nachweisbar sein müssten, da die Mehrzahl der Mitarbeiter dieser Stationen an der Intervention teilnahm – Bewohner wurden also auch dann in die Studie inkludiert, wenn keiner ihrer Angehörigen an der Schulung teilnahm. Dennoch wurden nicht alle Bewohner der vier Stationen aufgenommen, sondern nur die Personen, die:

1. zum Zeitpunkt der Untersuchung 60 Jahre oder älter waren, und
2. bei der Eingangstestung einen MMST-Wert von max. 26 Punkte hatten, und/oder
3. bei der Beurteilung von Verhaltensauffälligkeiten mit Hilfe von Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) in mindestens einem Bereich einen auffälligen Wert erreichten, und/oder
4. eine in der Pflegedokumentation dokumentierte gerontopsychiatrische Erkrankung hatten.

**Tabelle 9: Anzahl der Bewohner, die die Inklusionskriterien erfüllen**

Merkmal	Station A1		Station A2		Station B1		Station B2	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Inklusionskriterien erfüllt</b>								
ja	21	84,0	19	100	41	89,1	26	86,7
nein	4	16,0	-	-	5	10,9	4	13,3

Die Bewohnermerkmale, die in die Studie inkludiert wurden, werden in Tabelle 10 beschrieben.

Tabelle 10: Merkmale der Bewohner und Bewohnerinnen der teilnehmenden Stationen und der Stationen

Merkmal	Interventionsgruppe		Kontrollgruppe	
	N	%	N	%
<b>Gesamtanzahl</b>	107		44	
<b>Geschlecht</b>				
Weiblich	80	74,8	35	79,5
Männlich	27	25,2	9	20,5
<b>Alter</b>				
bis 60 Jahre	0	0	0	0
60 bis 69 Jahre	2	1,9	1	2,3
70 bis 79 Jahre	20	18,7	5	11,4
80 bis 89 Jahre	63	58,9	29	65,9
90 Jahre und älter	22	20,6	9	20,5
<b>Schulabschluss</b>				
Kein Schulabschluss	4	3,7	1	2,3
Volks-/Hauptschulabschluss	39	36,4	11	25,0
Mittlere Reife	7	6,5	2	4,5
Abitur	10	9,3	2	4,5
Berufs-/Handelsschule	16	14,9	9	20,5
k.A.	31	29,0	19	43,2
<b>Familienstand</b>				
Ledig	15	14,0	6	13,6
Verheiratet	23	21,5	13	29,5
Verwitwet	55	51,4	19	43,2
Geschieden	13	21,1	6	13,6
k.A.	1	0,9	0	0
<b>lebende Kinder</b>				
keine	22	21,2	9	20,9
ein Kind	26	25,0	7	16,3
zwei oder drei Kinder	44	42,3	22	51,2
vier oder mehr Kinder	12	11,5	5	11,6
k.A.	3	2,9	1	2,3

Tabelle 11: Merkmale der Bewohner und Bewohnerinnen der teilnehmenden Stationen und der Stationen

Merkmal	Interventionsgruppe				Kontrollgruppe			
	N		%		N		%	
<b>Gesamtanzahl</b>	107				44			
<b>Pflegestufe</b>								
rüstig	1		0,9		0		0	
0	7		6,5		0		0	
1	30		28,0		8		18,2	
2	49		45,9		23		52,3	
3	19		17,8		13		29,5	
k.A.	1		0,9		0		0	
<b>MMST-Werte</b>								
0 – 9	45		45,5		28		63,6	
10-19	22		22,2		8		18,2	
20-24	15		15,2		2		4,5	
25-30	12		12,1		2		4,5	
<b>kognitive Beeinträchtigungen</b>								
MMST-Wert ≤ 26	90		84,1		38		86,4	
MMST-Wert ≥ 27	4		3,8		2		4,5	
k.A.	13		12,1		4		9,1	
<b>herausforderndes Verhalten</b>								
in mind. 1 von 3 CMAI-Bereichen auffällig	52		48,6		18		40,9	
in keinem CMAI-Bereich auffällig	55		51,4		26		59,1	
<b>dokumentierte gerontopsychiatrische Erkrankung</b>								
ja	83		77,5		40		90,9	
nein	20		18,7		4		9,1	
k.A.	4		3,7		0		0	
<b>Barthel-Index</b>	<b>min</b>	<b>max</b>	<b>MW</b>	<b>SD</b>	<b>min</b>	<b>max</b>	<b>MW</b>	<b>SD</b>
	0	100	44,4	2,8	0	80	34,3	3,3

## 2.2 Das Interventionsprogramm

Wie in der ersten Teilstudie beschrieben (siehe Kap. III, 1), wurde das ursprüngliche aus neun Sitzungen bestehende Interventionsprogramm zunächst auf der Basis von Interviewdaten entwickelt, in einer ersten pilotierenden Interventionsstudie evaluiert, und als Resultat der Rückmeldungen durch die teilnehmenden Angehörigen und Mitarbeiter auf die wesentlichsten Inhalte gekürzt. Außerdem wurde das ursprüngliche Curriculum insofern verändert, als nun jede Sitzung ein Modul „Kleingruppenarbeit“ beinhaltet. Schulungsinhalte, Themen und

Schulungslernziele des angepassten aus fünf Sitzungen bestehenden Schulungsprogramms zeigt Tabelle 12.

**Tabelle 12: Das Curriculum von EduKation**<sup>PFLEGEHEIM</sup>

5 Sitzungen à 120 Min.	Themen und inhaltlichen Schwerpunkte	Verfolgte Lernziele
1. Sitzung	<b>Dialog im Pflegeheim: gemeinsame Sorge um die erkrankten Bewohner</b> Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen familiär und professionell Pflegenden, Demenzielle Erkrankungen: Ursachen, Formen und Krankheitszeichen, Störungen und Veränderungen der Kommunikationsfähigkeit als Krankheitssymptome	1, 3, 4, 5
2. Sitzung	<b>Situation eines an Demenz erkrankten Menschen</b> Selbsterleben, Therapiemöglichkeiten, Personenzentrierter Ansatz im Umgang mit den Betroffenen, Einfühlsame Kommunikation	1, 3, 4, 5
3. Sitzung	<b>Situation der Angehörigen</b> Bedeutung der Angehörigen für den Erkrankten und in der Einrichtung, Bedürfnisse und Wünsche, Trauerprozess, Belastungsbewältigung, wertschätzende Kommunikation zwischen Angehörigen und Mitarbeitern	2, 3, 4, 5
4. Sitzung	<b>Situation der Mitarbeiter in der Pflege</b> Herausforderungen bei der Versorgung von demenzkranken Menschen, Bedürfnisse und Wünsche, Belastungsbewältigung und Burnout Prophylaxe, Wertschätzung und Professionalität im Pflegeberuf, wertschätzende Kommunikation zwischen Mitarbeitern und Angehörigen	2, 3, 4, 5
5. Sitzung	<b>Miteinander im Alltag des Pflegeheims: gelebte Integration</b> Praktische Ideen und Lösungen für ein gelingendes Miteinander, z. B. im Rahmen der Biographiearbeit, bei der Sorge um Wohlbefinden des Erkrankten, in Begegnungen zwischen Angehörigen und Mitarbeitern	1, 2, 3, 4, 5
<p>Lernziel 1: Verständnis für die Situation des demenzkranken Kommunikation Partners und die Akzeptanz seiner veränderten Kommunikationsrolle</p> <p>Lernziel 2: Verständnis für die Situation des gesunden Kommunikationspartners (Angehöriger bzw. professionell Pflegender) und die Akzeptanz seiner Kommunikationsrolle</p> <p>Lernziel 3: Akzeptanz der eigenen Situation und Übernahme einer veränderten Rollenidentität</p> <p>Lernziel 4: Kenntnis von Formen kommunikativen Handelns, die den Fähigkeiten des Partners angepasst sind, und Handlungssicherheit im Umgang mit diesen Formen</p> <p>Lernziel 5: Initiierung und Förderung der Interaktionen sowie des Theorie-Praxis-Transfers durch Kleingruppenarbeit und Bearbeitung von praktischen Problemsituationen</p>		

Jede Sitzung begann mit einer PowerPoint-unterstützten Phase der Wissensvermittlung, in der einerseits die Dozentin Inhalte referierte, andererseits Inhalte im Rahmen einer Gruppendiskussion erarbeitet wurden. Die Teilnehmer erhielten die Präsentationsfolien als Handzettel. Im daran anschließenden Modul „Kleingruppenarbeit“ erhielten die aus Angehörigen und Mitarbeitern bestehenden Kleingruppen eine dem Inhalt der jeweiligen Sitzung entsprechende Fragestellung, die sie in 30 Minuten gemeinsam diskutieren und beantworten sollten.

In dieser Phase wurde jede Kleingruppe von der Dozentin für einige Zeit aufgesucht und in ihrer Arbeit unterstützt bzw. begleitet. Anschließend trugen die Kleingruppen ihre Ergebnisse im gesamten Gruppenplenum vor und diskutierten nochmals gemeinsam mögliche strittige Punkte.

### 2.3 Instrumente der Datenerhebung

Eine Übersicht über die eingesetzten Instrumente, Verfahren und untersuchten Parameter der Evaluationsstudie liefert Tabelle 13.

**Tabelle 13: Studiendesign der Evaluationsstudie EduKation<sup>Pflegeheim</sup>**

Stichprobe	Methoden	Instrumente	Untersuchte Parameter
<b>Bewohner</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Testungen, qualitative Befragungen der Bewohner,</li> <li>• Pflegedokumentationsanalyse,</li> <li>• Befragung des Pflegepersonals</li> <li>• DCM-Beobachtungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mini-Mental State Examination (MMST) (Folstein et al.),</li> <li>• Barthel-Index,</li> <li>• Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI);</li> <li>• Dementia Care Mapping (DCM) (Bradford Dementia Group, 1997);</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• kognitiver Status,</li> <li>• Selbstversorgungsfähigkeit, Verhaltensauffälligkeiten,</li> <li>• Wohlbefinden, Zufriedenheit,</li> <li>• Anzahl der Aktivitäten pro Tag</li> </ul>
<b>Angehörige</b>	Fragebögen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zarit Burden Interview (Zarit, Todd, &amp; Zarit, 1986);</li> <li>• ADS : Allgemeine Depressionsskala (Hautzinger &amp; Bailer 1993);</li> <li>• The Interpersonal Conflict Scale (Pillemer &amp; Moore, 1989);</li> <li>• ServQual (Parasurman et al, 1988)</li> <li>• eigene Instrumente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kompetenzen</li> <li>• Verhältnis zum Bewohner und zum Pflegepersonal,</li> <li>• Belastung,</li> <li>• Depressivität,</li> <li>• Integration ins Heim,</li> <li>• Konflikte,</li> <li>• Kommunikationsprobleme,</li> <li>• Zufriedenheit mit der Einrichtung,</li> <li>• Kursbewertung</li> </ul>
<b>Mitarbeiter</b>	Fragebögen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beanspruchungsscreening bei Humandienstleistungen (BHD-System)(Hacker &amp; Reinhold, 1999);</li> <li>• The Interpersonal Conflict Scale (Pillemer &amp; Moore, 1998)</li> <li>• eigene Instrumente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kompetenzen,</li> <li>• Verhältnis zum Bewohner und zu den Angehörigen,</li> <li>• Arbeitsbelastung, Arbeitszufriedenheit,</li> <li>• Konflikte mit den Angehörigen</li> <li>• Kursbewertung</li> </ul>



### 2.3.1 Datenerhebungen auf Bewohnerebene

Für die Beschreibung der Bewohnerstichprobe wurden Instrumente zur Erfassung des kognitiven Status, der Selbstversorgungsfähigkeit, und zur Erfassung von herausforderndem Verhalten eingesetzt, die Pflegedokumentation analysiert und Gespräche mit den Bewohnern und den Angehörigen geführt – soweit dies möglich war.

Zur Bestimmung der Wirksamkeit der Intervention fokussierte das Interesse auf mögliche Veränderung des Wohlbefindens der Bewohner als Folge der Intervention. Im Hinblick auf die Zielrichtungen der Intervention – Förderung der einfühlsamen Kommunikation mit dem Demenzkranken und Verbesserung der Kommunikationswege innerhalb des Dialogs entsprechend der Kerngedanken des Prüfleitfadens für Einrichtungen der Pflege und Behindertenhilfe in Bayern (2009) – wurde die Beobachtungsmethode *Dementia Care Mapping* gewählt, weil sie:

- das Wohlbefinden des Bewohners als einen Aspekt seiner Lebensqualität abbildet,
- das Wohlbefinden bzw. das Unwohlsein als eine abhängige Variable betrachtet, die von den unabhängigen Variablen „kommunikative Interaktionen“ und „Beziehungen“ abhängt,
- das subjektive Erleben des Heimbewohners, seine Individualität und seine (Kunden-)Perspektive respektiert,
- dem Bewohner und seinen Pflegenden/Betreuenden Wertschätzung entgegenbringt,
- nach dem aktuellen Wissenstand zur Beurteilung von Ergebnisqualität bei Menschen mit Demenz geeignet ist.

Die DCM-Methode wurde in den 90er Jahren in England an der Universität Bradford vom Tom Kitwood und Kathlen Bredin zunächst als eine Methode zur Implementierung von personenzentrierter Pflege für demenzkranke Menschen in stationären und teilstationären Einrichtungen konzipiert (Bradford Dementia Group, 2008). Sie wurde kontinuierlich weiterentwickelt, und als geschützte Methode kann sie im Rahmen eines Seminars erlernt werden. Mittelweile hat sich DCM als teilnehmende Beobachtungsmessmethode zur Beurteilung der Lebensqualität von Menschen mit Demenz etabliert - auch wenn sie wegen des relativ hohen Aufwands kritisiert wird. Dem Verfahren zugrunde liegt die sozialpsychologische Theorie des Personenseins vom Kitwood, welche die Erklärung für das aktuelle Wohlbefinden bzw. Unwohlbefinden eines demenzkranken Menschen weniger in den krankhaften organischen Prozessen, sondern vielmehr in der Beziehung zu seiner sozialen Umwelt begründet sieht.

Im Gegensatz zur hermeneutischen Vorgehensweisen (wie z. B. die Beobachtungsmethode im Prüfleitfaden der FQA) folgt der Anwender der DCM-Methode einer Reihe von festen Regeln. Die Bedeutung einer beobachteten Situation wird daran gemessen, wie sie vom Subjekt – dem Bewohner mit Demenz – empfunden wird. Der geschulte Beobachter nimmt seine eigenen subjektiven Interpretationen zurück und kodiert beobachtetes Verhalten anhand der Merkmale "Verhalten" (aktuelle Aktivität/Situation), "Kontakt" (Beteiligung an der aktuellen Situation, bezogen auf eine Person oder auf eine Aktivität) und "Affekt" (aktueller emotioneller Ausdruck v. a. in der Mimik und in der Gestik) in einem fünf-Minuten-Takt.

Zur Beschreibung des Wohlbefindens des Bewohners über einen bestimmten Zeitabschnitt werden sogenannte ME-Werte (ME: "Mood and Engagement", Affekt- und Kontaktwerte, d.h. Wohlbefindenswerte) notiert und anschließend für jede beobachtete Person statistisch ausgewertet. In der folgenden Tabelle werden die ME-Werte in ihrer Ausprägung von -5 bis +5 beschrieben.

**Tabelle 14: Übersicht über Wohlbefindens- und Nicht-Wohlbefindenswerte, aus: Bradford Dementia Group, 2008: S.15**

ME-Wert <sup>1</sup>	Affektbezogene Befindlichkeit	Kontakt/Anteilnahme
+5	Sehr glücklich, freudig erregt. Hochgradig positive Affektlage	Sehr stark absorbiert; tief in den Kontakt hineingezogen; vollkommen beteiligt
+3	Zufrieden, glücklich, entspannt; eine deutlich positive Affektlage	Konzentriert, aber ablenkbar; deutlich erkennbarer Kontakt
+1	Neutraler Affektzustand; keinerlei erkennbare Anzeichen einer positiven oder negativen affektbezogenen Befindlichkeit	Aufmerksam und auf die Umgebung fokussiert; kurzer oder zeitweiliger Kontakt
-1	Kleine Anzeichen einer negativen affektbezogenen Befindlichkeit	Zurückgezogen, ohne Kontakt
-3	Erhebliche Anzeichen einer negativen affektbezogenen Befindlichkeit	
-5	Starkes Leiden bzw. starker Druck (distress); sehr starke Anzeichen einer negativen affektbezogenen Befindlichkeit	

Während die Minuswerte auf der Wohlbefindenskala nach DCM einen negativen Affekt- und/oder Kontaktzustand, also Unwohlsein beschreiben, sprechen alle Werte größer als „+1“ für einen zunehmend positives Wohlbefinden, wobei "+1" ein eher neutraler Wert ist, der einen Zustand beschreibt, in dem keine Anzeichen einer positiven oder negativen affektbezogenen Befindlichkeit zu erkennen sind. Das aktuelle Verhalten wird anhand von 24 BCC-Verhaltenskategorien (BCC: "Behavior Category Coding") codiert, welche sowohl aktive wie auch passive Verhaltensweisen erfassen, z. B. "Selbstpflege", "expressive Beschäftigungen", "Interaktionen" aber auch "beobachten", "schlafen oder dösen" und

"unbeteiligt sein". Auch die Vergabe dieser Kategorien erfolgt nach festen Kodierregeln. Darüber hinaus werden positive und negative Interaktionen der Pflegenden mit dem beobachteten Bewohner mit Demenz notiert: Als "personale Aufwertungen" werden Interaktionen bezeichnet, die Ausdruck positiver Personenarbeit sind, und als "personale Detraktionen" werden solche Handlungen bezeichnet, die Ausdruck der malignen, d.h. „niederdrückenden“ Sozialpsychologie nach Kitwood sind. Die Bewertungen der Interaktionen der Pflegenden dienen hauptsächlich der Reflexion zur Professionalisierung des eigenen Handelns und werden in einem vertraulichen Feedbackgespräch mit den Pflegenden besprochen.

Ein Beobachter kann gleichzeitig bis zu ca. 8 Personen in einem sogenannten "öffentlichen Raum" beobachten. Um die Intimsphäre der Bewohner nicht zu verletzen, sollte nicht im Zimmer eines Bewohners und/oder bei bestimmten pflegerischen Handlungen beobachtet werden.

Die Beobachtung im Rahmen der vorliegenden Evaluationsstudie wurde für jeden Beobachtungszeitpunkt stichprobenartig, an zwei aufeinander folgenden Tagen, im Verlauf von insgesamt 8 Stunden durchgeführt. Es wurden jeweils bis max. 8 Bewohner gleichzeitig beobachtet. Die einzelnen Erhebungen fanden in den Gemeinschaftsräumen auf den teilnehmenden Stationen statt, in den Speise-, Begegnungs- und Beschäftigungsräumen.

### **2.3.2 Datenerhebungen auf Angehörigenebene**

Die Untersuchung der Angehörigen wurde mit Hilfe einer schriftlichen Befragung durchgeführt. Hierzu wurde ein Fragebogen erstellt, der die Situation des Angehörigen aber auch die seines Familienangehörigen im Heim erfragt.

Neben den allgemeinen soziodemografischen Daten wurden im Einzelnen folgende Bereiche abgefragt:

#### **2.3.2.1 Verhältnis Angehöriger - Bewohner**

Zunächst wurden die Angehörigen gefragt, wie sie die Qualität der Beziehung zu dem im Heim lebenden Bewohner einschätzen, anschließend sollten sie angeben, wie häufig sie ihren Verwandten im Heim besuchen. Zu dem Themenschwerpunkt „Verhältnis Angehöriger – Bewohner“ wurden außerdem Fragen gestellt, die die Kompetenzen der Angehörigen im Umgang mit ihren demenzkranken, im Heim lebenden Verwandten erheben sollten.

### **2.3.2.2 Einschätzung der Pflegeeinrichtung**

In diesem Themenschwerpunkt wurde einerseits die Zufriedenheit des Angehörigen mit der Einrichtung erhoben (in Anlehnung an "ServQual"; Parasurman et. al, 1988), andererseits seine Einschätzung, wie sehr er in die Entscheidungen um die Versorgung und Pflege seines im Heim lebenden Verwandten einbezogen werde (in Anlehnung an die "Family involvement scale (F-INVOLVE)", Reid et al., 2007).

### **2.3.2.3 Konflikte mit den Mitarbeitern im Heim**

In diesem Themenkreis wurde nach der Häufigkeit von Unstimmigkeiten und Konflikten mit den Mitarbeitern der Einrichtung gefragt und nach den Ursachen für diese Unstimmigkeiten (In der Anlehnung an "The Interpersonal Conflict Scale", Pillemer & Moore, 1989).

### **2.3.2.4 Pflege- und betreuungsbedingte Belastung und Depressivität**

Um das subjektive Belastungsempfinden, das im Zusammenhang mit der Betreuung und Pflege des demenzkranken Bewohners bei den Angehörigen entsteht, wurden zentrale Items aus "Zarit Burden Interview" (Zarit, Todd, & Zarit, 1986) ausgewählt. Zur Erfassung der Depressivität wurde die Allgemeine Depressionsskala (Hautzinger & Bailer 1993) eingesetzt.

## **2.3.3 Datenerhebungen auf Mitarbeitererebene**

Für die Messung der Interventionseffekte bei den Mitarbeitern wurde ähnlich wie bei den Angehörigen ein Fragebogen eingesetzt, der zu Hause ausgefüllt werden konnte. Es wurden Daten zum soziodemografischen und beruflichen Status sowie zu den folgenden Bereichen erhoben:

### **2.3.3.1 Arbeitsbelastung und Arbeitszufriedenheit**

Mit Hilfe des "Fragebogens zur Beanspruchung durch Humandienstleistungen" (Hacker & Reinhold, 1999) wurde die Arbeitsbelastung und Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter erhoben. Dieses aus 38 Items bestehende Instrument ermöglicht subjektive Aussagen über arbeitsbezogene Gefühle und Eindrücke. Die Unterskalen erfassen folgende Konstrukte der Belastung: emotionale Erschöpfung, arbeitsbedingte (intrinsische) Motivierung, erlebte (Un-)Zufriedenheit in der Arbeit, Aversion gegen Klienten und reaktives Abschirmen. Diese

Dimensionen erlauben einerseits eine Aussage über das Burnout-Risiko als Folge der arbeitsbedingten Beanspruchung, andererseits geben sie Aufschluss darüber, ob und inwieweit die Intervention mit EduKation<sup>PFLEGEHEIM</sup> der beruflichen Beanspruchung entgegen wirken kann.

### **2.3.3.2 Kompetenzen im Umgang mit demenzkranken Bewohnern und mit den Angehörigen**

Entsprechend der speziellen Fragestellungen des vorliegenden Forschungsprojektes wurden zum Themenkomplex der professionellen Handlungskompetenzen insbesondere der Umgang mit gerontopsychiatrisch erkrankten Bewohnern und Kompetenzen zur professionellen und wertschätzenden Interaktion mit den Angehörigen erhoben.

### **2.3.3.3 Konflikte zwischen Angehörigen und den Mitarbeitern aus Sicht von Mitarbeitern**

Hier wurde die subjektive Wahrnehmung der Mitarbeiter von der Umgangsweise der Angehörigen mit den Mitarbeitern erfasst, aber auch die subjektive Wahrnehmung der Mitarbeiter von den Ursachen für Unstimmigkeiten und Konflikte mit den Angehörigen (in Anlehnung an "Family Behaviors Scale" und "The Interpersonal Conflict Scale" (Pillemer & Moore, 1989)).

## **2.4 Bewertung der Bildungsmaßnahme EduKation<sup>PFLEGEHEIM</sup> durch die Teilnehmer**

In der Interventionsgruppe wurde nach dem absolvierten Kurs eine Reihe von Fragen zu der Evaluation der Schulung gestellt. Diese Fragen bezogen sich hauptsächlich auf die subjektive Beurteilung dieser Maßnahme und auf ihre Einschätzung der Wirkung auf den Befragten selbst und auf die jeweils anderen Trialogpartner.

## **2.5 Datenauswertung**

In der Datenauswertung wurden neben Verfahren der deskriptiven Statistik Methoden der Inferenzstatistik benutzt. Auch weitere Methoden der Datenauswertung werden in diesem Kapitel vorgestellt.

Statistische Kennwerte, die zur deskriptiven Datenbeschreibung benutzt werden, sind: Häufigkeitswert, Minimum, Maximum, Mittelwert und Standardabweichung. Mit diesen Kennwerten wird die Stichprobe beschrieben und die Fragebogenergebnisse und die Evaluation der Studie deskriptiv dargestellt.

Zur Beschreibung von Interventionswirkungen können verschiedene Verfahren benutzt werden. Als „sauberstes“ Verfahren gilt es mittels eines Tests für unabhängige Stichproben zu überprüfen, ob es signifikante Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe in der Prä-Post-Veränderung der zu testenden Variablen gibt. Dieses Verfahren verliert jedoch bei geringen Stichprobengrößen, wie sie in der vorliegenden Intervention der Fall sind, an Teststärke. Alternativ können Prä-Post-Veränderungen daher auch durch Tests für abhängige Stichproben beschrieben werden die über eine größere Teststärke verfügen (Leonhart, 2009, 193). In dieser Arbeit wurden aufgrund der geringen Stichprobengröße neben den Tests für unabhängige Stichproben auch Tests für abhängige Stichproben verwendet, um auf signifikante Veränderungen in der Interventionsgruppe hinzuweisen. Tabelle 14 ist zu entnehmen welche Tests zur Beschreibung der Prä-Post-Veränderungen benutzt wurden. Die Auswahl der Tests geschah in Abhängigkeit von Skalenniveau, Stichprobengröße, Verteilungsform und Varianzgleichheit in den Interventions- und Kontrollgruppen.

Unvollständig ausgefüllte Fragebögen wurden in der Auswertung berücksichtigt. Fehlende Angaben wurden dabei nicht ersetzt. Für Rechnungen wurden die Programme PASW 18 und Microsoft Excel 2007 benutzt.

## **2.6 Ergebnisse**

### **2.6.1 Ergebnisse auf Bewohnerebene**

#### **Wohlbefinden**

Zur Prüfung der Frage, ob die Intervention für Angehörige und Mitarbeiter einen Einfluss auf das aktuelle Wohlbefinden der gerontopsychiatrisch erkrankten Bewohner habe, wurden zunächst die Rohdaten (zu den Verhaltenskategorien und Wohlbefindenswerte) aller Bewohner der Interventions- und der Kontrollgruppe, die mit dem DCM-Verfahren beobachtet wurden, in spezielle zum Manual dieser Methode gehörende Berechnungstabellen eingetragen. Aus den codierten ME-Einzelwerten wurden so genannte Wohlbefindensprofile für jeden Teilnehmer erstellt und individuelle ME- Durchschnittswerte

(Wohlbefindensdurchschnittswerte) ermittelt, welche das Überwiegen positiver bzw. negativer Affekte und/oder Kontakte zu Menschen und anderen Objekten abbilden. Diese ME-Durchschnittswerte bildeten auch die Grundlage für nachfolgende statistische Analysen. Wie bereits erwähnt haben die Wohlbefindenswerte einen dualen Charakter und beschreiben gleichzeitig Affekt- und Kontaktlage einer Person. Die ME-Werte größer als "+1" bilden zunehmend positive Wohlbefindenswerte ab, während negativ - ME-Werte kleiner als "-1" bei Anzeichen von Unwohlsein verzeichnet werden (vgl. Tabelle 15).

**Tabelle14: Statistische Tests nach Variablen**

Gruppe	Variable	Test
Bewohner	DCM	T-Test für unabhängige Stichproben
Angehörige	Verhältnis	U-Test nach Mann-Whitney
	telefonische Kontakte	U-Test nach Mann-Whitney
	Besuch	U-Test nach Mann-Whitney
	Umgang	T-Tests für abhängige Stichproben
	Zufriedenheit mit Heim	T-Test für unabhängige Stichproben
	Einbeziehung in Pflege	T-Tests für abhängige Stichproben
	Konflikte aus Sicht der Angehörigen	T-Test unabhängige für Stichproben und U-Test nach Mann-Whitney
	Belastung	T-Tests für abhängige und unabhängige Stichproben
	Depressivität (Gesamtwert)	T-Test für unabhängige Stichproben
Depressivität (Häufigkeit von Depressionen)	Chi <sup>2</sup> - Test	
Mitarbeiter	Arbeitsbelastung	T-Tests für abhängige Stichproben und Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test
	Kompetenzen	T-Tests für abhängige Stichproben
	Konflikte aus Sicht der Mitarbeiter	U-Test nach Mann-Whitney
	Verhalten der Angehörigen	T-Test für unabhängige Stichproben

Es konnten Beobachtungsdaten für Stichproben von insgesamt 36 Personen der Interventionsgruppe und von 20 Personen der Kontrollgruppe gewonnen werden. Die Auswahl der beobachteten Bewohner erfolgte zufällig durch die DCM-Beobachterin, die die Bewohner nicht kannte. Für beide Gruppen wurden zunächst WB-Gruppendurchschnittswerte für Zeitpunkte vor und nach der Intervention bzw. vor und nach der Wartezeit berechnet - diese Mittelwerte beinhaltet folgende Tabelle.

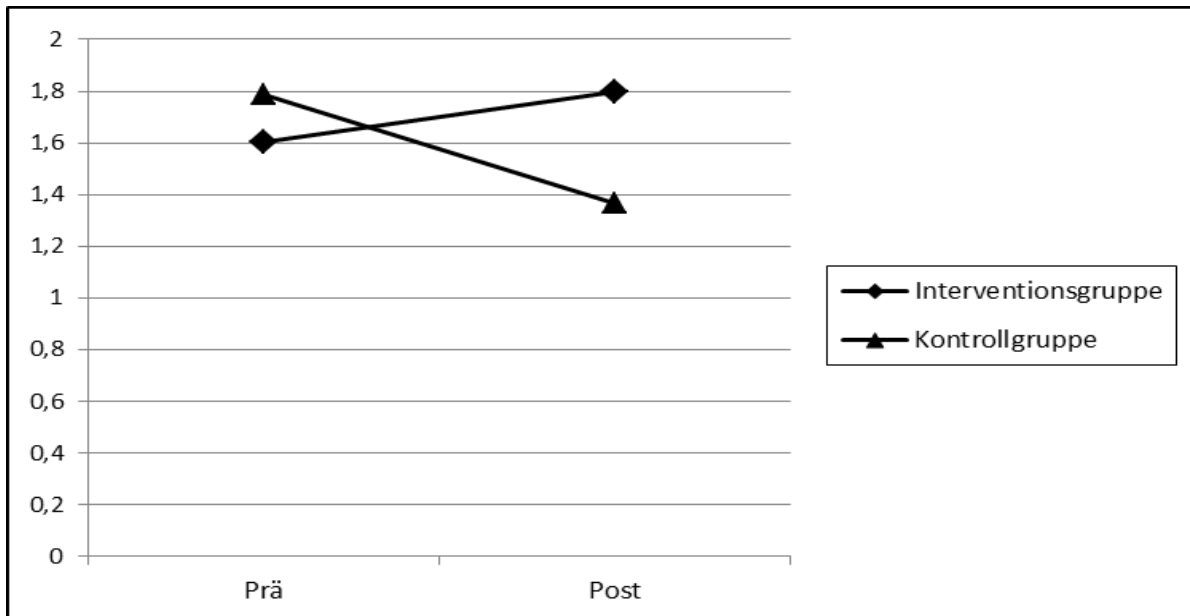
Tabelle 15: ME-Wohlbefindenswerte vor und nach der Intervention

		Prä		Post		Veränderung	
		M	SD	M	SD	Diff.	Sig. der Diff.
<b>ME-Wert</b>	IG (N = 36)	1,61	0,74	1,78	0,64	- 0,17	<b>p &lt; 0,001<sup>1</sup></b>
	KG (N = 20)	1,83	0,59	1,39	0,59	0,44	

Anm.: IG = Interventionsgruppe; KG = Kontrollgruppe; N = Fallzahlen; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Diff. = Differenz; Sig. = Signifikanz; <sup>1</sup> T = -,81, df = 54

Der gruppenbezogene Wohlbefindensdurchschnittswert stieg in der Interventionsgruppe nach der Intervention von 1,61 um 0,17 Punkte auf 1,83, während er in der Kontrollgruppe nach der Wartezeit um 0,44 Punkte auf einen Wert von 1,39 sank. Diese Veränderung verdeutlicht folgende Grafik.

Abbildung 2: Wohlbefinden in der Interventions- und in der Kontrollgruppe vor und nach der Intervention



Der niedrigste individuelle ME-Durchschnittswert betrug in der Interventionsgruppe vor der Intervention -0,3. Dieser Wert deutet auf sporadische Anzeichen einer negativen affektbezogenen Befindlichkeit bei dem betroffenen Bewohner hin. Nach der Intervention wurde bei keinem der Bewohner ein negativer individueller ME-Durchschnitt kodiert. Der niedrigste Wert betrug nun 1,0. Dies beschreibt einen neutralen Affekt- und einen passiven



Kontaktzustand. Für die Kontrollgruppe wurde vor der Wartezeit der niedrigste Wert von 0,9 (neutraler Wohlbefindenswert) vergeben und nach der Wartezeit ein Wert von -0,3.

Ein T-Test zur Bestimmung der Mittelwertunterschiede in den beiden Gruppen ergab einen signifikanten Unterschied ( $p < 0,001$ ;  $T = -,81$ ;  $df = 54$ ) zwischen Interventions- und Kontrollgruppe, was bedeutet, dass das Wohlbefinden bei den Bewohnern der Interventionsgruppe im Vergleich zu der Kontrollgruppe signifikant gefördert und gesteigert werden konnte.

Neben den Wohlbefindenswertes wurden Beobachtungen und Kodierungen zu den personalen Aufwertungen und personalen Detraktionen vorgenommen, die einer adäquaten Interpretation der erhobenen Wohlbefindensdaten dienen, jedoch für quantitative, vergleichende Analysen ungeeignet sind. Diese Aufzeichnungen bestätigten, dass einfühlsame Kommunikation in den Interaktionen der Pflegenden und der Betreuenden mit den Bewohnern direkt das aktuelle Wohlbefinden positiv beeinflusst. Dies ist vor allem darauf zurückzuführen, dass die psychischen Bedürfnisse demenzkranker Bewohner stärker beachtet werden - nicht die Quantität sondern vielmehr Qualität der Interaktionen spielt dabei eine große Rolle.

In den beobachteten Situationen fanden die Bewohner-Bedürfnisse die größte Berücksichtigung durch das Pflegepersonal, die sich auf Einbeziehung, Geborgenheit und Wohlbehagen richteten. Den Bindungs- und Identitätsbedürfnissen der Bewohner wurde in den Beobachtungssituationen, bei denen es sich ausschließlich um Gruppensituationen handelte, seltener nachgegangen. Das kann dadurch erklärt werden, dass bei der Erfüllung dieser Bedürfnisse in der Regel eine längere, individuelle Interaktion benötigt wird, was bei bestehenden personellen Kapazitäten des betreuenden Personals nur begrenzt möglich ist.

### **Aktivitäten**

Außerdem wurde auf Bewohnerebene erhoben, ob sich die Häufigkeit der Aktivitäten der Bewohner durch die Schulung veränderte. Hierzu wurden vor der Intervention bzw. vor der Wartezeit und nach der Intervention bzw. nach der Wartezeit die Pflegekräfte gebeten, im Team zu jedem Bewohner anzugeben, an wie vielen Aktivitäten pro Tag der jeweilige Bewohner teilnahm.

**Tabelle 16: Aktivitäten pro Tag der Bewohner**

		Prä		Post		Veränderung	
		M	SD	M	SD	Differenz	Sig der Diff.
<b>Aktivitäten</b>	IG (N = 94)	1,09	0,81	1,19	0,90	-0,1034	n.s. <sup>1</sup>
<b>pro Tag</b>	KG (N = 40)	1,17	0,47	1,21	0,80	-0,0422	

Anm.: IG = Interventionsgruppe; KG = Kontrollgruppe; N = Fallzahlen; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Diff. = Differenz; Sig. = Signifikanz; <sup>1</sup>T = -,82, df = 132

Folgende Unterkategorien wurden erfragt: „Basale Stimulation“, „Einzelbetreuung/Einzelbeschäftigung/Gespräche/Spaziergang 1:1“, „10-Min-Aktivierung“, „Kleingruppenaktivität (z.B. Gymnastik-, Gedächtnis-, Aktivierungsgruppen, Singen, Musizieren)“, „Großgruppenaktivität“, „alltagspraktische Aktivitäten (Backen, Kochen, Haushaltsaktivitäten)“, „religiöse Aktivitäten“, „spezielle Angebote für Demenzkranke (wie z.B. Tagesbetreuung)“ und „sonstige weitere Aktivitäten“.

In diesen Werten der Aktivitäten pro Tag ergab sich in der Interventionsgruppe eine leichte Veränderung über den Interventionszeitraum. Vor der Schulung nahmen Bewohner durchschnittlich an 1,09 (SD: 0,81) Aktivitäten pro Tag teil, nach der Intervention lag dieser Wert bei 1,19 Aktivitäten pro Tag (SD: 0,90). In der Kontrollgruppe blieb dieser Wert über die Wartezeit relativ konstant. Die beiden Gruppen unterschieden sich in der Veränderung jedoch nicht signifikant (T = -0,82, df = 132).

## 2.6.2 Ergebnisse auf Angehörigenebene

Die Studienergebnisse auf der Angehörigenebene werden nach untersuchten Variablen dargestellt. Im Lichte neuerer pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse müssten sie als wichtige Outcomes der Ergebnisqualität bei der vollstationären Versorgung gesehen werden.

### Beziehung des Angehörigen zum Heimbewohner

Angehörige wurden vor und nach der Intervention um ihre subjektive Einschätzung der Beziehung zu dem im Heim lebenden Familienmitglied gebeten. Hierzu wurde eine fünfstufige Skala, von sehr gut (0) bis sehr schlecht (4), benutzt. In der Intervention- wie auch in der Kontrollgruppe wurde dieses Verhältnis vor und nach der Intervention bzw. der Wartezeit durchschnittlich als "sehr gut" und "gut" bewertet. Die Interventionsgruppe zeigt in einem Mann-Whitney-Test in der Veränderung über den Interventionszeitraum hier keinen signifikanten Unterschied zur Kontrollgruppe (vgl. nächste Tabelle).

**Tabelle17: Verhältnis zu dem im Heim lebenden Familienmitglied**

		Prä		Post		Veränderung	
		M	SD	M	SD	Diff.	Sig.
<b>Verhältnis</b>	IG (N = 23)	0,52	0,59	0,48	0,59	0,04	n.s. <sup>1</sup>
	KG (N = 11)	0,45	0,52	0,55	0,52	-0,10	

Anm.: IG = Interventionsgruppe; KG = Kontrollgruppe; N = Fallzahlen; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Diff. = Differenz; Sig. = Signifikanz; n.s. = nicht signifikant, <sup>1</sup> U = 116

### Besuchshäufigkeit

Eine weitere Frage des Fragebogens eruierte, wie oft die Angehörigen ihren im Heim lebenden Familienangehörigen besuchten. Die Antwortskala umfasste die folgenden Kategorien:

1 = nie; 2 = 1x im Monat oder seltener; 3 = mehrmals im Monat; 4 = 1 Mal pro Woche; 5 = mehrmals pro Woche; 6 = täglich.

Zum Zeitpunkt vor der Intervention bzw. vor der Wartezeit zeigte sich, dass den größten Anteil der Interventions- und der Kontrollgruppe diejenigen Personen ausmachten, die „mehrmals in der Woche“ bis „täglich“ zu Besuch kamen (64% und 73,4%). Circa 24% der Teilnehmer der Interventionsgruppe und 20% der Kontrollgruppe besuchten ihren im Heim lebenden Verwandten regelmäßig „einmal pro Woche“. Der Anteil der selten Besuchenden (maximal dreimal im Monat oder seltener) betrug 6,7% in der Kontrollgruppe und 12% in der Interventionsgruppe.

**Tabelle 18: Häufigkeit der Besuche im Verlauf des letzten Monats zum Zeitpunkt vor der Intervention**

	Interventionsgruppe N = 30	Kontrollgruppe N = 17
<b>max. 3x im Monat oder seltener</b>	12%	6,7%
<b>1x die Woche</b>	24%	20%
<b>mehrmals die Woche bis täglich</b>	64%	73,4%
<b>Gesamt</b>	100%	100%

Die relativ hohe Besuchshäufigkeit bei den Studienteilnehmern lässt vermuten, dass hauptsächlich diejenigen Angehörigen an der Intervention teilgenommen haben, die besonders engagiert sind und ihren im Heim lebenden Verwandten häufig besuchen. Nicht

zu übersehen ist jedoch, dass es dennoch gelungen ist, auch einen Teil derjenigen Angehörigen durch die Maßnahme zu erreichen, die seltener einen Besuch im Heim machen. So machten diejenigen, die nur dreimal im Monat oder seltener zum Besuch kommen, 12 % der Schulungsteilnehmer aus.

Durch einen Prä-Post-Vergleich wurde der Frage nachgegangen, ob die Intervention die Besuchshäufigkeit der Angehörigen beeinflusst hat. Hier konnten keine signifikanten Veränderungen verzeichnet werden (vgl. Tabelle 19). Es ist jedoch hierzu festzuhalten, dass in beiden Gruppen die Besuchshäufigkeit bereits vor der Intervention bzw. der Wartezeit schon sehr hoch war (4,5 bzw. 4,9), so dass eine weitere Steigerung für viele Angehörige gar nicht mehr möglich ist.

**Tabelle 19: Häufigkeit der Besuche vor und nach der Intervention**

		Prä		Post		Veränderung	
		M	SD	M	SD	Diff.	Sig.
<b>Besuch</b>	IG (N = 23)	4,48	0,90	4,39	1,16	0,09	n.s. <sup>1</sup>
	KG (N = 12)	4,92	0,90	4,83	0,84	0,09	

Anm.: IG = Interventionsgruppe; KG = Kontrollgruppe; N = Fallzahlen; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Diff. = Differenz; Sig. = Signifikanz; n.s. = nicht signifikant, <sup>1</sup> U = 124,5

### **Kompetenzen der Angehörigen im Umgang mit den demenzkranken Bewohnern**

Ein wichtiges Ziel der Intervention war die Professionalisierung von Kompetenzen im Umgang mit gerontopsychiatrisch Kranken, insbesondere solchen, die an einer Demenz erkrankt sind. Dabei handelte es sich hauptsächlich um den Erwerb und die Ausbildung von Schlüsselqualifikationen, die Voraussetzungen für die einfühlsame Kommunikation darstellen, wie Akzeptanz der Erkrankung, Verständnis für ein verändertes bzw. herausforderndes kommunikatives Verhalten, Kompetenz- und Ressourcenorientierung, Geduld und Sicherheit im Umgang mit den Betroffenen.

Auf der Grundlage von Angehörigenaussagen einer vorangegangenen Interviewstudie (Engel, 2007) wurden Aussagen formuliert, die entweder für hohe Kompetenz im Umgang mit einem Demenzkranken sprechen, wie z.B. „Ich freue mich auch über die kleinsten Dinge, die der Demenzkranke noch kann“, oder für die geringe kommunikative Kompetenz des gesunden Kommunikationspartners sprechen wie z.B. „Wenn der Demenzkranke etwas Falsches sagt oder tut, weise ich ihn darauf hin“. Die Angehörigen sollten einschätzen, wie sehr die beschriebenen Reaktionen auf sie selbst zuträfen. Die Antwortskala reichte von „trifft nicht zu“ bis „trifft zu“, dabei wurden Antworten, die für eine geringe Kompetenz sprechen, mit 0 kodiert, Antworten, die für hohe Kompetenz sprechen, mit 4.

Die Einschätzung der eigenen Kompetenzen in diesen Bereichen wurde vor und nach der Intervention abgefragt. Tabelle 20 bietet eine Übersicht über die Durchschnittswerte sowie ihre Veränderung in einem Prä-Post-Vergleich für Interventions- und Kontrollgruppe.

**Tabelle 20?: Kompetenzen im Umgang mit Demenzkranken vor und nach der Intervention**

		Prä		Post		Veränderung
		M	SD	M	SD	Sig.
<b>Umgang</b>	IG (N = 22)	3,21	0,46	3,33	0,33	<b>p &lt; 0,1<sup>1</sup></b>
	KG (N = 12)	3,32	0,38	3,45	0,33	n.s. <sup>2</sup>

Anm.: IG = Interventionsgruppe; KG = Kontrollgruppe; N = Fallzahlen; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Sig. = Signifikanz; n.s. = nicht signifikant, <sup>1</sup> T = -1,736, df = 22; <sup>2</sup> T = 1,567, df = 11

Bereits vor der Intervention schätzten die Teilnehmer beider Gruppen ihre Kompetenzen im Umgang mit ihrem demenzkranken Verwandten als gut ein: Der durchschnittliche Wert in der Interventionsgruppe lag bei 3,21 und bei der Kontrollgruppe bei 3,32. Nach der Intervention schätzten die Interventionsteilnehmer ihre Kompetenzen deutlich besser ein, die Teilnehmer der Kontrollgruppe schätzten ihre Kompetenzen nach der Wartezeit im Vergleich zu der Befragung vor der Wartezeit nicht besser ein. Der diesbezügliche Vergleich von Interventions- und Kontrollgruppe ist statistisch signifikant (T = -1,736, df = 22, p < 0,1). In der Kontrollgruppe gab es keine signifikanten Veränderungen.

### **Zufriedenheit mit der Einrichtung**

Die Bewertungen des in der Einrichtung angebotenen Services durch Angehörige gehören zu den wichtigen Maßstäben der Versorgungsqualität. Aus diesem Grund wurde auch die allgemeine Zufriedenheit mit dem Pflegeheim und seinen Leistungen im Rahmen der Evaluationsstudie überprüft.

Auf einer Skala von 0 („überhaupt nicht zufrieden“) bis 4 („voll und ganz zufrieden“) sollten die Angehörigen unterschiedliche Aspekte der Einrichtung (Verpflegung, medizinische Versorgung, soziale Betreuung, Gemeinschaftsräumlichkeiten, Zimmer des Bewohners) beurteilen.

**Tabelle 21: Zufriedenheit mit der Einrichtung bei den Angehörigen vor und nach der Intervention**

		Prä		Post		Veränderung	
		M	SD	M	SD	Diff.	Sig.
<b>allgemeine Zufriedenheit</b>	IG (N =23)	3,28	0,51	3,3	0,32	- 0,02	n.s. <sup>1</sup>
	KG (N = 12)	3,17	0,54	3,14	0,57	0,03	

Anm.: IG = Interventionsgruppe; KG = Kontrollgruppe; N = Fallzahlen; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Diff. = Differenz; Sig. = Signifikanz; n.s. = nicht signifikant, <sup>1</sup>T = 0,295 ,df = 33

In statistischen Analysen ergaben sich keine deutlichen Prä-Post-Veränderungen der Zufriedenheit mit der Einrichtung, sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe blieb der Zufriedenheitswert relativ konstant: er verbesserte sich sehr gering von 3,28 auf 3,3 Punkte in der Interventionsgruppe und verschlechterte sich sehr leicht von 3,17 auf 3,14 Punkte in der Kontrollgruppe. Diese Werte beschreiben eine durchschnittlich hohe Zufriedenheit der Angehörigen mit den Leistungen der Häuser.

### Einbeziehung von Angehörigen in die Pflege

Die Skala zur Einbeziehung der Angehörigen in die Pflege erfragt hauptsächlich den durch die Einrichtung angebotenen Austausch und durch die Einrichtung geförderte Kommunikation zwischen Mitarbeitern und Angehörigen über die Belange des Bewohners, wie z.B.: Beteiligung der Angehörigen an Entscheidungen, die vom Bewohner selbst nicht mehr getroffen werden können, Befragungen der Angehörigen zur individuellen Lebensgeschichte des Bewohners, seinen Vorlieben und Werten, Qualität von aktuellen Gesprächen über die Situation des Bewohners, etc.

Die fünfstufige Antwortskala erstreckt sich von 0 (der schlechteste Wert für Einbeziehung) bis 4 (der bestmögliche Wert für Einbeziehung).

Die Befragten in der Interventions- und in der Kontrollgruppe bewerteten ihre Einbeziehung in die Belange ihres im Heim lebenden Verwandten vor der Intervention bzw. der Wartezeit durchschnittlich "teils - teils" (mit 1,83 Punkten in der Interventions- und mit 1,86 Punkten in der Kontrollgruppe) (vgl. Tabelle 22).

**Tabelle 22: Bewertung der Einbeziehung in die Pflege durch Angehörige vor und nach der Intervention**

		Prä		Post		Veränderung	
		M	SD	M	SD	Diff.	Sig.
<b>Einbeziehung in die Pflege</b>	IG (N =23)	1,83	0,85	1,97	0,66	-0,14	n.s. <sup>1</sup>
	KG (N = 12)	1,86	0,69	1,92	0,87	-0,07	

Anm.: IG = Interventionsgruppe; KG = Kontrollgruppe; N = Fallzahlen; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Diff. = Differenz; Sig. = Signifikanz; n.s. = nicht signifikant, <sup>1</sup>T = 0,363, df = 33

In beiden Gruppen verbessert sich die Einschätzung der Einbeziehung nach der Intervention bzw. der Wartezeit - in der Interventionsgruppe um 0,14 Punkte, in der Kontrollgruppe um 0,07 Punkte - diese Unterschiede sind jedoch nicht signifikant.

### **Konflikte zwischen Angehörigen und den Mitarbeitern aus Sicht der Angehörigen**

In Anlehnung an "The Interpersonal Conflict Scale" (Pillemer & Moore, 1989) wurde eine Reihe von möglichen Konfliktursachen aufgelistet, die jeweils zwei inhaltlichen Kategorien zugeordnet werden können: Die erste Kategorie umfasst Konfliktquellen, die durch Kommunikationsstörungen im Dialog Angehöriger - Bewohner - Mitarbeiter entstehen (z. B. durch ungenügende Akzeptanz der Situation des jeweils Anderen, mangelnde Empathie oder fehlenden Respekt vor dem Kommunikationspartner, aber auch durch unterschiedliche, gegenseitig nicht abgesprochene Vorstellungen über "die richtige" Pflege und Betreuung). Zu dieser Gruppe zählen der durch Angehörige negativ erlebte Umgang der Mitarbeiter mit dem Bewohner und mit dem Angehörigen selbst, mangelnde Rücksichtnahme der Mitarbeiter auf individuelle Bedürfnisse des Bewohners und das durch Angehörige negativ empfundene äußere Erscheinungsbild des Bewohners. Diese Konflikte können prinzipiell direkt zwischen Angehörigen und Mitarbeitern in konkreten Face-to-face-Situationen kommunikativ ausgehandelt werden.

Die zweite Kategorie besteht aus Konfliktursachen, die vor allem mit den institutionellen und infrastrukturellen Bedingungen eines Pflegeheimes verbunden sind (z.B. mit Verwaltungsregeln, mit der Arbeitsorganisation der Wäscherei, der Logistik der Essensausgabe, der Qualität der Speisen, etc.). Diese Gruppe umfasst typische institutionelle Konfliktquellen, die hauptsächlich auf der Ebene der Organisation eines Pflegeheims bearbeitet und behoben werden können, oder aber wegen der Rahmenbedingungen im Pflegesektor nicht oder nur schwer beeinflussbar sind. Konfliktursachen dieser zweiten Kategorie liegen nicht im Einflussbereich der einzelnen Mitarbeiter und können nicht bzw. kaum durch kommunikative Aushandlungsprozesse zwischen Angehörigen und Mitarbeitern verändert werden.

Die Zahlen zeigen, dass Konfliktquellen beider Kategorien nach Einschätzung der Angehörigen eine vergleichbare Bedeutung haben. (siehe Tabelle 23).

So verursachten Störungen der interpersonellen Kommunikation vor der Intervention bzw. vor der Wartezeit ca. 52% aller Konflikte mit dem Personal in der Interventionsgruppe und ca. 44% aller Konflikte mit dem Personal in der Kontrollgruppe. Institutionell bedingt waren

zu den gleichen Erhebungszeitpunkten ca. 47% aller Konflikte in der Interventionsgruppe und 56% aller Konflikte in der Kontrollgruppe.

Weil EduKation<sup>PFLEGEHEIM</sup> auf eine Verringerung von interpersonellen Kommunikationsstörungen abzielt, wurde erwartet, dass es durch die Intervention zu einer Abnahme der Konflikte der ersten Kategorie kommt, während für die hauptsächlich institutionell verursachten Konfliktquellen eine Veränderung durch die Intervention unwahrscheinlich schien.

Angehörige wurden vor und nach der Intervention bzw. nach der Wartezeit gefragt, wie häufig sie die besagten Unstimmigkeiten und Konflikte mit den Mitarbeitern des Hauses erlebten. Die Skala der Antwortkategorien erstreckte sich von 0 („aus diesem Grund kommt es nie zu Konflikten“) bis 4 („aus diesem Grund kommt es täglich zu Konflikten“). Diese Werte wurden in Konflikte pro Woche umgerechnet und sind für die Interventions- und die Kontrollgruppe in Tabelle 24 aufgelistet. Ein Mittelwert von 0,5 bedeutet somit, dass ein bestimmter Konflikt - nach Aussagen der Angehörigen – im Zeitraum von zwei Wochen einmal auftritt.

**Tabelle 23: Konflikte aus Sicht der Angehörigen vor der Intervention bzw. vor der Wartezeit – prozentuale Verteilung der Konflikte auf die Konfliktkategorien**

Konfliktkategorie		Anteil an Gesamtkonflikten in %
Konflikte aufgrund von Kommunikationsstörungen	IG (N = 23)	52,4
	KG (N = 12)	43,7
Konflikte, die hauptsächlich institutionell bedingt sind	IG (N = 23)	46,7
	KG (N = 12)	56,3
andere Konflikte	IG (N =23)	0,9
	KG (N =12)	0
Konflikte gesamt	IG (N = 23)	100
	KG (N = 12)	100

Anm.: IG = Interventionsgruppe; KG = Kontrollgruppe; N = Fallzahlen.

Insgesamt wurde vor der Intervention bzw. vor der Wartezeit für jeden Angehörigen durchschnittlich ein Konflikt mit dem Personal pro Woche errechnet (1,11 Konflikte pro Woche in der Interventions- und 1,01 Konflikte in der Kontrollgruppe). In der Interventionsgruppe reduzierte sich die Anzahl der Konflikte in der Interventionszeit, während in der Kontrollgruppe die durchschnittliche Anzahl der Konflikte in der Wartezeit anstieg (0,97 Konflikte in der Interventionsgruppe, 1,5 Konflikte in der Kontrollgruppe).



Nach den Antworten der Teilnehmer der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe sind bestimmte Konfliktquellen besonders häufig Anlass für Konflikte. Die Rücksichtnahme der Mitarbeiter auf die individuellen Bedürfnisse der Heimbewohner konnte in der Interventionsgruppe als häufigste Konfliktursache vor der Intervention identifiziert werden. Nach der Intervention wurde diese Ursache sehr viel seltener genannt. In der Kontrollgruppe war sie auch nach der Wartezeit noch die häufigste Konfliktursache.

**Tabelle 24: Wöchentliche Konflikte nach Konfliktquelle aus Sicht der Angehörigen vor und nach der Intervention**

Konfliktquellen		Prä		Post	
		M	SD	M	SD
Umgang mit dem Bewohner <sup>1</sup>	IG (N =22)	0,12	0,17	0,06	0,11
	KG (N = 12)	0,08	0,11	0,12	0,21
Umgang mit dem Angehörigen <sup>1</sup>	IG (N =23)	0,07	0,16	0,05	0,1
	KG (N = 12)	0,06	0,1	0,12	0,21
Rücksicht auf individuelle Bedürfnisse <sup>1</sup>	IG (N =23)	0,22	0,63	0,07	0,16
	KG (N = 12)	0,12	0,21	0,31	0,85
Aussehen des Bewohners <sup>1</sup>	IG (N =22)	0,18	0,3	0,12	0,25
	KG (N = 12)	0,16	0,27	0,26	0,35
Betreuung <sup>2</sup>	IG (N =20)	0,14	0,18	0,21	0,67
	KG (N = 12)	0,16	0,27	0,15	0,21
Pflege <sup>2</sup>	IG (N =22)	0,12	0,21	0,03	0,08
	KG (N = 12)	0,12	0,21	0,16	0,27
Mahlzeiten <sup>2</sup>	IG (N =21)	0,11	0,22	0,22	0,14
	KG (N = 11)	0,08	0,22	0,11	0,22
Verwaltungsregeln <sup>2</sup>	IG (N =20)	0,02	0,02	0,07	0,07
	KG (N = 12)	0,02	0,07	0,04	0,09
Wäsche <sup>2</sup>	IG (N =22)	0,17	0,24	0,15	0,24
	KG (N = 12)	0,16	0,27	0,27	0,33
Andere Konflikte	IG (N = 4)	0,06	0,12	0,23	0,33
	KG (N = 2)	0	0	0	0
Konflikte gesamt	IG (N =23)	1,11	1,78	0,97	1,89
	KG (N = 12)	1,01	1,5	1,51	2,43

Anm.: IG = Interventionsgruppe; KG = Kontrollgruppe; N = Fallzahlen; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; <sup>1</sup> Konflikte, die hauptsächlich durch Störungen der interpersonellen Kommunikation verursacht werden; <sup>2</sup> Konflikte, die hauptsächlich mit den institutionellen Bedingungen eines Pflegeheimes verbunden sind.

Zu diesen zentralen Konfliktursachen zählt auch das Aussehen des Bewohners, welches in der Interventionsgruppe zum Zeitpunkt vor der Intervention durchschnittlich bei jedem Angehörigen jede fünfte bis sechste Woche und in der Kontrollgruppe vor der Wartezeit ca. jede sechste Woche zu Konflikten führte. Nach der Intervention wurde dieser Grund in der

Interventionsgruppe deutlich seltener als Anlass für einen Konflikt genannt, während er in der Kontrollgruppe nach der Wartezeit deutlich häufiger als Konfliktauslöser genannt wurde. Bei den institutionell bedingten Konflikten sind der Umfang betreuenderischer und pflegerischer Leistungen sowie der Umgang mit der Wäsche die wichtigsten Konfliktursachen.

Wie erwartet konnten Konflikte, die hauptsächlich institutionell bedingt sind, nicht signifikant verändert werden. Die interpersonellen Konfliktquellen aber waren in der Interventionsgruppe nach der Intervention im Vergleich zu den Daten vor der Intervention signifikant geringer (von 0,58 auf 0,29 Konflikte pro Woche;  $U = 87,5$ ,  $p < 0,1$ ) während sie sich in der Kontrollgruppe nach der Wartezeit im Vergleich zu der Erhebung vor der Wartezeit fast verdoppelt haben (von 0,41 auf 0,8 Konflikte pro Woche). Siehe dazu: Tabelle 25.

**Tabelle 25: Konflikthäufigkeit vor und nach der Intervention bzw. der Wartezeit aus Sicht der Angehörigen**

		Prä		Post		Veränderung	
		M	SD	M	SD	Diff.	Sig.
<b>Konflikte aufgrund von Kommunikationsstörungen</b>	IG (N = 23)	0,58	1,12	0,29	0,49	0,29	$p < 0,1^1$
	KG (N = 12)	0,41	0,59	0,8	1,53	-0,39	
<b>Konflikte institutionell</b>	IG (N = 23)	0,51	0,72	0,60	1,35	-0,09	n.s. <sup>2</sup>
	KG (N = 12)	0,52	0,76	0,72	0,95	-0,19	
<b>Konflikte gesamt</b>	IG (N = 23)	1,11	1,79	0,97	1,89	0,15	n.s. <sup>3</sup>
	KG (N = 12)	1,01	1,5	1,51	2,43	-0,51	

Anm.: IG = Interventionsgruppe; KG = Kontrollgruppe; N = Fallzahlen, IG = Interventionsgruppe; KG = Kontrollgruppe; N = Fallzahlen; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Diff. = Differenz; Sig. = Signifikanz; n.s. = nicht signifikant; <sup>1</sup>  $U = 87,5$ ; <sup>2</sup>  $T = 0,393$ ,  $df = 33$ ; <sup>3</sup>  $U = 94$

Die beschriebenen Konflikthäufigkeiten stehen unter dem moderierenden Einfluss der Besuchshäufigkeit der Angehörigen. Angehörige die ihre Familienmitglieder im Heim täglich besuchen, können häufiger Konflikte mit den Pflegekräften erleben als Angehörige, die nur einmal im Monat ins Heim kommen. Um anzugeben wie häufig Besuche von den Angehörigen mit Konflikten verbunden sind, wurden die einzelnen Konflikthäufigkeiten durch die Anzahl der Besuche dividiert (vgl. Tabelle: 18).

In der Interventionsgruppe kommt es vor der Schulung bei 34% der Besuche zu Konflikten. Dieser Wert geht während der Schulung auf 30% zurück. In der Kontrollgruppe kommt es jedoch während der Wartezeit zu einem Anstieg der Konflikte pro Besuch von 30% auf 57%. Der Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe in der Veränderung während der Interventions- bzw. Wartezeitraums ist signifikant ( $U = 85$ ,  $p < 0,1$ ). Auch bei dieser

Variable „Konflikte pro Besuch“ kann zwischen „Konflikten aufgrund von Kommunikationsstörungen“, „institutionell bedingten Konflikten“ und „anderen Konflikten“ unterschieden werden. Auch hier zeigt sich, dass sich die „Konflikte aufgrund von Kommunikationsstörungen“ in der Interventionsgruppe reduzierten, während sie in der Kontrollgruppe zunahmen. Auch hier ist der Gruppenunterschied signifikant ( $U = 85,5$ ,  $p < 0,1$ ).

**Tabelle 26 : Konflikte nach Konfliktgruppen pro Besuch vor und nach der Intervention**

Konfliktkategorien		Prä		Post		Veränderung	
		M	SD	M	SD	Diff.	Sig.
Konflikte aufgrund von Kommunikationsstörungen	IG (N = 22)	0,15	0,18	0,10	0,17	0,05	$p < 0,1^1$
	KG (N = 12)	0,13	0,14	0,26	0,43	-0,13	
Konflikte institutionell	IG (N = 22)	0,18	0,16	0,16	0,24	0,01	n.s. <sup>2</sup>
	KG (N = 12)	0,14	0,19	0,32	0,52	-0,17	
Konflikte gesamt	IG (N = 22)	0,34	0,30	0,29	0,33	0,05	$p < 0,1^3$
	KG (N = 12)	0,30	0,35	0,57	0,92	-0,28	

Anm.: IG = Interventionsgruppe; KG = Kontrollgruppe; N = Fallzahlen, <sup>1</sup>  $U = 84,5$ ; <sup>2</sup>  $U = 88,0$ ; <sup>3</sup>  $U = 85,0$

### **Pflege- und betreuungsbedingte subjektive Belastung der Angehörigen**

Um subjektive Belastungen der Angehörigen erfassen zu können, wurden Fragen zur psychischen, sozialen und physischen Befindlichkeit aus dem Zarit Burden Interview gestellt. Erfragt wurden darüber hinaus Auswirkungen der Pflege- und Betreuungssituation, wie Zeitmangel für eigene Belange, Zukunftsängste, Schuldgefühle dem Pflegebedürftigen gegenüber (unter anderem wegen der stationären Unterbringung), finanzielle Belastungen, Anspannung im Kontakt zum Demenzkranken und Probleme bei der Kommunikation ihm. Es wurden die unterschiedlichen Belastungsdimensionen beschrieben, die Angehörigen sollten hierbei angeben, wie häufig sie selbst diese Belastungsempfindungen haben. Die Antwortskala reichte von 0 („dieses Belastungsempfinden habe ich (fast) nie“) bis zu 4 („dieses Belastungsempfinden habe ich (fast) immer“).

Angehörige der Interventions- und der Kontrollgruppe waren vor der Intervention bzw. vor der Wartezeit im Gruppenschnitt leicht bis mittelschwer belastet, die Kontrollgruppe war im Gruppenschnitt etwas stärker belastet als die Interventionsgruppe (IG:  $M = 1,25$ ; KG:  $M = 1,5$ ) (vgl. folgende Tabelle).

**Tabelle 27: Subjektive Belastung bei den Angehörigen vor und nach der Intervention**

		Prä		Post		Veränderung		
		M	SD	M	SD	Prä-Post Sig.	Diff.	Sig der Diff.
<b>Belastung</b>	IG (N = 23)	1,25	0,63	1,04	0,61	<b>p &lt; 0,1<sup>1</sup></b>	0,21	n.s. <sup>3</sup>
	KG (N = 12)	1,5	0,57	1,48	0,16	n.s. <sup>2</sup>	0,02	

Anm.: IG = Interventionsgruppe; KG = Kontrollgruppe; N = Fallzahlen; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Diff. = Differenz; Sig. = Signifikanz; n.s. = nicht signifikant, <sup>1</sup>T = 1,996; df = 22; <sup>2</sup>T = 0,207; df = 11; T = -1,183; df = 33

In der Interventionsgruppe ergab sich nach der Intervention ein signifikanter Rückgang der Belastung ( $p < 0,1$ ;  $T = 1,996$ ;  $df = 22$ ). In der Kontrollgruppe ist die Belastung auch leicht gesunken, so dass die Prä-Post-Differenz zwischen den beiden Gruppen nicht signifikant ist. Aufgrund der geringen Teststärke des T-Tests für unabhängige Stichproben und einer leichten Verbesserung in der Kontrollgruppe ist die Prä-Post-Unterschied zwischen den Gruppen jedoch nicht signifikant. Die geringe Verbesserung in der Kontrollgruppe könnte dadurch erklärt werden, dass ihre Teilnehmer als Wartekontrollgruppe zu dem zweiten Erhebungszeitpunkt bereits eine Art "Pseudointervention" bekommen haben, indem sie zur Schulung eingeladen worden und im Rahmen der gemeinsamen Informationsveranstaltung bereits über die Inhalte informiert worden waren. Möglicherweise handelt es sich bei diesem so geringen Rückgang aber auch um eine statistische Schwankung.

Die Intervention wird dennoch hinsichtlich der Reduktion des subjektiven Belastungsempfindens als wirksam bewertet.

### **Depressivität**

Aus der gerontologischen Forschung ist bekannt, dass Angehörige demenzkranker Menschen gegenüber gleichaltrigen Vergleichspersonen in der Allgemeinbevölkerung höhere Anteile an Depressivität aufweisen. Eine Untersuchung nennt hier eine Quote von ca. 36% (Small et al., 1997). Was die Prävalenz von Depressionen in der Allgemeinbevölkerung betrifft, leiden nach Angaben des Robert Koch-Instituts (2010) im Zeitraum von einem Jahr ca. 12% Personen im Alter von 18 bis 65 Jahren unter einer affektiven Störung (Depressive- und Angststörung) und der Anteil derjenigen, die irgendwann im Laufe ihres Lebens an einer Depression erkranken beträgt ca. 19%. Die Prävalenz von depressiven Störungen im höheren Alter (bei über 60-Jährigen) ist bisher nicht ausreichend beschrieben, mehrere Autoren sprechen jedoch von einem Anteil von 8 bis 16% (Helmchen & Kanowski 2000; Bickel, 2003). Im Rahmen der vorliegenden Studie stellte sich die Frage, wie hoch der Anteil an Depressionen bei der Studienteilnehmern ist und ob die Intervention sich positiv auf die

depressive Symptomatik auswirken kann. Eingesetzt wurde die Allgemeine Depressionsskala (ADS) (Hautzinger & Bailer, 1992), ein Screeninginstrument, welches die depressiven Merkmale wie Affekte (z. B. Traurigkeit, Weinen, Ängstlichkeit), körperliche Beschwerden (z. B. Niedergeschlagenheit), motorische Hemmung (z. B. Antriebslosigkeit) und negative Denkmuster (z. B. Selbstabwertung) erfragt. Bei einem ADS-Wert von > 23 Punkten wird laut den Autoren dieses Verfahrens davon ausgegangen, dass es sich um einen Hinweis auf eine ernsthafte, behandlungsbedürftige depressive Störung handelt.

Bei den statistischen Analysen wurde zunächst die Anzahl derjenigen Personen ermittelt, deren Testwerte über dem kritischen Wert (> 23 Punkte) liegen. Die Ergebnisse der Untersuchung vor der Intervention bzw. vor der Wartezeit zeigen deutlich, dass der Anteil von Personen mit einer wahrscheinlichen depressiven Störung in den beiden Gruppen deutlich höher als in der Allgemeinbevölkerung ist und vergleichbar mit dem der Angehörigen demenzkranker Menschen in der häuslichen Umgebung (35% in der Interventions- und 34% in der Kontrollgruppe). Nach der Intervention hat die Zahl der Personen, die über dem kritischen Wert von 23 liegen, in der Interventionsgruppe abgenommen. Dagegen erhöhte sich in der Wartegruppe die Zahl derjenigen, die als depressiv eingestuft werden, nach der Wartezeit.

**Tabelle28 : Depressive Symptomatik bei den Studienteilnehmern - Häufigkeiten**

		Prä	Post
		Anteil	
<b>Depressive Symptomatik (ADS-L &gt; 23 Pkt.)</b>	IG (N = 23)	34,8% (N = 8)	21,7% (N = 5)
	KG (N = 12)	33,3% (N = 4)	50% (N = 6)

Anm.: IG = Interventionsgruppe; KG = Kontrollgruppe; N = Fallzahlen; ADS-L = Allgemeine Depressionsskala

Betrachtet man die ADS-Gesamtwerte der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe im Verlauf, zeigt sich, dass die depressive Symptomatik in der Interventionsgruppe leicht gesunken (von 18,04 auf 17,65 Punkte im Gruppenschnitt), während sie nach der Wartezeit in der Kontrollgruppe sehr leicht angestiegen ist (von 21,25 auf 21,58 Punkte). Diese Veränderung sind jedoch nicht signifikant (vgl. Tabelle 29).

**Tabelle 29 : Depressive Symptomatik bei den Angehörigen vor und nach der Intervention**

		Prä		Post		Veränderung	
		M	SD	M	SD	Diff.	Sig.
<b>Depressive Symptomatik</b>	IG (N = 23)	18,04	10,55	17,65	8,67	-0,3333	n.s. <sup>1</sup>
	KG (N = 12)	21,25	9,05	21,58	9,61	0,3913	

Anm.: IG = Interventionsgruppe; KG = Kontrollgruppe; N = Fallzahlen; ADS-L = Allgemeine Depressionsskala, M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Diff. = Differenz; Sig. = Signifikanz; n.s. = nicht signifikant, <sup>1</sup>T = -0,347, df = 33

Mit Hilfe eines Chi-Quadrat-Test wurde überprüft ob die Prä-Post-Veränderung der Häufigkeiten von depressiven Symptomen innerhalb der Interventionsgruppe signifikant ist - in diesem Verfahren kam es jedoch zu keiner signifikanten Veränderung. Dies ließ sich unter anderem auch dadurch erklären, dass eine sinnvolle Berechnung aufgrund der geringen Fallzahlen an Personen, die vollständig gültig Antworten gaben, zu gering war.

**Tabelle 30: Veränderung der depressiven Symptomatik in der Interventionsgruppe**

		Prä		Post		Veränderung Sig.
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	
<b>Depressive Symptomatik (N = 23)</b>	<b>depressiv</b>	8	34,8	5	21,7	n.s. <sup>1</sup>
	<b>nicht depressiv</b>	15	65,2	18	78,3	

Anm.: IG = Interventionsgruppe; KG = Kontrollgruppe; N = Fallzahlen; Sig. = Signifikanz; n.s. = nicht signifikant, <sup>1</sup>Chi<sup>2</sup>: 0,48, df = 1

Zumindest zeigen die vorliegenden Daten eine Tendenz, die als Hinweis darauf gewertet werden kann, dass die Intervention auch in diesem Bereich positive Auswirkungen haben könnte.

### 2.6.3 Ergebnisse auf Mitarbeiterebene

Schwerpunkt der Mitarbeiterbefragung war der Einfluss der Intervention auf die Arbeitssituation der Befragten. Das Forschungsinteresse fokussierte hierbei auf die beruflichen Kompetenzen, die Arbeitsbelastung und Arbeitszufriedenheit, sowie auf das Verhältnis zu den Angehörigen. Im Folgenden werden diese Evaluationsbereiche einzeln dargestellt.

#### Arbeitsbelastung und erlebte Arbeitszufriedenheit

Zur Messung der Arbeitsbelastung der Mitarbeiter und deren erlebter (Un-)Zufriedenheit in der Arbeit wurde der BHD-Fragebogen zur Beanspruchung durch Humandienstleistungen vom Hacker und Reinhold (1999) eingesetzt, ein standardisiertes Instrument, das häufig in der

Belastungsforschung im Pflegesektor Anwendung findet. Der BHD-Fragebogen erfragt basierend auf Erkenntnissen der psychologischen Belastungsforschung subjektives Erleben und Befindlichkeit in den folgenden fünf Dimensionen: „arbeitsbedingte emotionale Erschöpfung“, „arbeitsbedingte intrinsische Motivation“, „erlebte (Un-)Zufriedenheit in der Arbeit“, „Aversion gegen Klienten“ (im Pflegeheim: Bewohner) und „reaktives Abschirmen“. Diese werden im Folgenden kurz beschrieben:

- Arbeitsbedingte *emotionale Erschöpfung* wird im Gegensatz zur einer "normalen" Ermüdung einerseits charakterisiert durch ein sehr hohes Ausmaß an Ermüdung, andererseits dadurch, dass sie durch ein Gefühl der inneren Leere und des Ausgebranntseins, durch unbegründete Angst, durch Stimmungsschwankungen, Gereiztheit, Widerwillen gegen die Arbeit, und durch das Gefühl des Überfordertseins in der Arbeit begleitet ist. Andauernde arbeitsbedingte emotionale Erschöpfung, wie sie oben beschrieben wird, gehört zur Kernsymptomatik des Burnout-Syndroms und gilt als Hauptursache für einen vorzeitigen Berufsausstieg bzw. Berufswechsel.
- Bei der arbeitsbedingten *intrinsischen Motivation* handelt sich um die individuelle Bewertung von Arbeitsinhalten als anregungsreich und positiv, welche die Arbeitsmotivation direkt beeinflussen. Zu den Hauptmerkmalen von Tätigkeiten mit hohem Motivierungspotential zählen Anforderungsvielfalt (Abwechslung der Anforderungen und Qualifikationsnutzung), Tätigkeitsspielraum (selbständiges Arbeiten), sinnvolle Aufgaben und soziale Rückmeldungen (Hacker & Reinhold, 1999).
- *Erlebte (Un-)Zufriedenheit* in der Arbeit umfasst allgemeine subjektive Urteile über die ausgeübte Tätigkeit, und darüber, wie die Arbeitenden ihre gesamte Arbeitssituation erleben. Im Einzelnen geht es hier um die Arbeitsumgebung, Entwicklungschancen, Arbeitsanforderungen, Idealismus für die Tätigkeit und um die Wahrscheinlichkeit, die Arbeitsstelle zu verlassen.
- Die *Aversion gegen Klienten* bezieht sich auf das emotionale Verhältnis zum Klienten (hier: zum Bewohner), wobei auf Gefühle und Reaktionen in direkten Interaktionen fokussiert wird, z.B. auf Geduld, Aggression, Wut, Gleichgültigkeit, Freundlichkeit.
- Die Dimension *reaktives Abschirmen* betrifft hauptsächlich defensive Bewältigungsmaßnahmen der Pflegenden (sogenannte Copingstrategien) im Umgang mit einer hohen Arbeitsbeanspruchung. Dazu gehören Entemotionalisierung in der Arbeit und Distanzierung gegenüber dem Bewohner im Interesse der eigenen Gesundheit und einer überlegten Arbeit.

Bei der Datenauswertung wurden die BHD-Werte in den einzelnen Belastungsdimensionen den drei Bereichen zugeordnet: "positive Ausprägung", "neutraler Bereich" und "kritische

Ausprägung". Hierzu wurden die Rohwerte - entsprechend des Vorgehens der Autoren Hacker & Reinhold (1999) - in sog. Stanin-Werte ("standard nine") umgewandelt, die auf einer Skala von 1 bis 9 dargestellt sind.

Die Studienergebnisse zur Dimension erlebte (Un-)Zufriedenheit in der Arbeit sind ernüchternd: Auch wenn die Gruppenmittelwerte vor und nach der Intervention bzw. vor und nach der Wartezeit für beide Gruppen noch im neutralen Bereich liegen, fanden sich weder in der Interventions-, noch in der Kontrollgruppe Personen, die mit ihrer Arbeitssituation zufrieden waren (vgl. nächste Tabelle). Die Mehrheit der Mitarbeiter (60% der Interventions- und 55% der Kontrollgruppe) war vor der Intervention bzw. vor der Wartezeit mit ihrer Arbeitssituation mittelmäßig zufrieden (im neutralen Bereich auf der Skala), doch ein hoher Anteil der Mitarbeiter (40% in der Interventions- und 45% in der Kontrollgruppe) erreichte in der Erhebung vor der Intervention bzw. vor der Wartezeit kritische Werte, d.h. war unzufrieden mit der Arbeitssituation.

Die subjektiv empfundenen Arbeitsbelastung und die erlebte Arbeits(un-)zufriedenheit vor und nach der Intervention bzw. vor und nach der Wartezeit zeigt Tabelle 31.

**Tabelle 31: Ausmaß der Arbeitsbelastung bei den Mitarbeitern vor und nach der Intervention**

Belastungsdimensionen der BHD-Skala		Mitarbeiteranteil nach Belastungsausprägung in %					
		Prä			Post		
		positiv	neutral	kritisch	positiv	neutral	kritisch
<b>Emotionale Erschöpfung</b>	IG (N = 38)	28	51	21	41	41	17
	KG (N = 20)	27	55	18	33	48	19
<b>Intrinsische Motivation</b>	IG (N = 38)	37	51	12	41	51	7
	KG (N = 20)	27	64	9	43	48	10
<b>Erlebte (Un)Zufriedenheit</b>	IG (N = 38)	0	60	40	0	65	35
	KG (N = 20)	0	55	45	0	67	33
<b>Klientenaversion</b>	IG (N = 38)	67	33	0	85	15	0
	KG (N = 20)	82	18	0	71	29	0
<b>Reaktives Abschirmen</b>	IG (N = 38)	56	33	12	44	46	10
	KG (N = 20)	59	32	9	62	29	10

Anm.: BHD - Skala = Skala zur Beanspruchung durch Humandienstleistungen

Nach der Intervention bzw. nach der Wartezeit zeigte sich ein Rückgang des Anteils von unzufriedenen Personen in beiden Gruppen (auf 35% in der Interventions- und auf 33% in der Kontrollgruppe), diese Veränderung war jedoch nicht signifikant (vgl. Tabelle 32).



**Tabelle 32: Arbeitsbelastung bei den Mitarbeitern vor und nach der Intervention**

Belastungsdimensionen der BHD - Skala		Prä		Post		Veränderung
		M	SD	M	SD	Prä-Post Sig.
Emotionale Erschöpfung	IG (N = 38)	33,7	12,6	31,7	12,4	p<0,05 <sup>1</sup>
	KG (N = 20)	32,3	9,2	31,0	9,0	n.s. <sup>2</sup>
Intrinsische Motivation	IG (N = 38)	21,9	8,2	19,8	7,6	p<0,01 <sup>3</sup>
	KG (N = 20)	20,5	4,7	20,6	6,8	n.s. <sup>4</sup>
Erlebte (Un)Zufriedenheit	IG (N = 38)	23,0	7,6	22,7	8,2	n.s. <sup>5</sup>
	KG (N = 20)	22,6	6,2	21,8	5,0	n.s. <sup>6</sup>
Klientenaversion	IG (N = 38)	7,8	3,5	7,2	2,8	n.s. <sup>7</sup>
	KG (N = 20)	7,3	2,7	7,4	2,4	n.s. <sup>8</sup>
Reaktives Abschirmen	IG (N = 38)	25,2	4,9	24,7	5,1	n.s. <sup>9</sup>
	KG (N = 20)	24,8	3,5	23,9	3,3	n.s. <sup>10</sup>

Anm.: BHD-Skala = Skala zur Beanspruchung durch Humandienstleistungen; IG = Interventionsgruppe; KG = Kontrollgruppe; N = Fallzahlen; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Sig. = Signifikanz; n.s. = nicht signifikant, <sup>1</sup> T = 2,100, df = 37; <sup>2</sup> T = 1,143, df = 19; <sup>3</sup> T = 2,737, df = 37; <sup>4</sup> T = -0,111, df = 19; <sup>5</sup> T = 0,421, df = 37; <sup>6</sup> T = 0,893, df = 19; <sup>7</sup> Wilcoxon-Test Z = -1,366; Wilcoxon-Test, Z = 0,052; <sup>8</sup> T = 1,00, df = 19; <sup>9</sup> T = 0,852, df = 37; <sup>10</sup> T = -2,392, df = 19

Dass die Zufriedenheitswerte sich nicht nur in der Interventions-, sondern auch in der Kontrollgruppe positiv veränderten, könnte damit zusammenhängen, dass auch die Personen der Kontrollgruppe in der Wartezeit insofern bereits eine Art "Pseudeointervention" erhielten, als sie schon an der Informationsveranstaltung teilgenommen hatten, die über die Inhalte der Schulung informierte. Außerdem führten einige der Mitarbeiter aus der Kontrollgruppe bereits Gespräche "zwischen Tür und Angel" mit den Untersucherinnen, die sich auf den Stationen aufhielten, um die Pflegedokumentation zu analysieren, bzw. die Bewohner zu untersuchen.

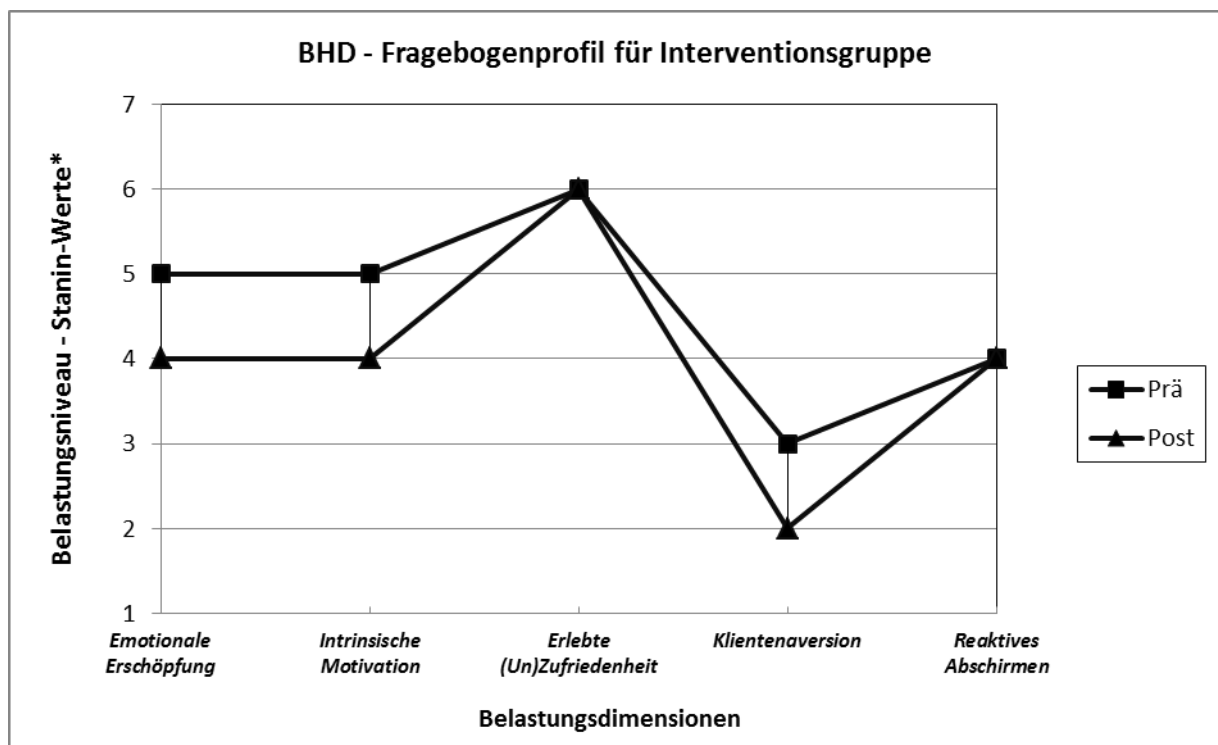
Signifikante positive Veränderungen wurden in zwei Belastungsdimensionen in der Interventionsgruppe erzielt: im Bereich der emotionalen Erschöpfung und der intrinsischen Motivation. So ist der Gruppenmittelwert (Rohwert) für „emotionale Erschöpfung“ in der Interventionsgruppe von 33,7 Punkten vor der Intervention auf 31,7 Punkte nach der Intervention gesunken. Diese Veränderung ist statistisch signifikant (T = 2,100, df = 37, p<0,05). Diese Veränderung bedeutete eine Verschiebung der Werte von der kritischen in die Richtung der positiven Ausprägung, wodurch der Anteil von Personen mit einer kritischen Ausprägung von 21% auf 17% sank. Gleichzeitig stieg dadurch der Anteil von Personen, deren Werte im positiv-Bereich liegen von 28% auf 41%. In der Dimension „intrinsische Motivation“ ging der Gruppenmittelwert in der Interventionsgruppe von 21,9 auf 19,8 zurück und ein Prä-Post-Vergleich mit Hilfe eines T-Test zeigt, dass auch diese Veränderung statistisch signifikant ist (T = 2,737, df = 37; p<0,01) (vgl. Tabelle 32). Auch hier

ist nach der Intervention der Anteil von Personen mit positiver Ausprägung gestiegen (von 37% auf 41%) und der Anteil der Personen mit der kritischen Belastungsausprägung von 12% auf 7% gesunken.

In den weiteren Dimensionen ergaben sich zwar keine signifikanten Veränderungen, grundsätzlich sanken aber in der Interventionsgruppe nach der Intervention die Mittelwerte für Belastung in allen Dimensionen, was allgemein für die Wirksamkeit der Intervention auf die arbeitsbedingte Belastung zu sprechen scheint. Die geringsten Prä-Post-Veränderungen sind in den Dimensionen „Arbeitszufriedenheit“ und „reaktives Abschirmen“ zu finden. Dies hängt wahrscheinlich damit zusammen, dass es sich bei diesen Dimensionen um Aspekte handelt, die nicht mit der durchgeführten Intervention veränderbar sind (z.B. Arbeitsbedingungen, Umgebung, Entwicklungschancen, Arbeitsanforderungen und Copingstrategien der Mitarbeiter).

Die Veränderung in der Dimension Klientenaversion spricht für eine Verbesserung in dieser Dimension, doch da die Einstellung der Mitarbeiter zu den Bewohnern ohnehin schon durchschnittlich positiv war, wirkten sich Verbesserungen nicht mehr so stark aus. Prä-Post-Vergleiche mit Hilfe eines T-Tests zeigen, dass die Veränderungen statistisch nicht signifikant sind.

Abbildung 3: BHD - Fragebogenprofil für Interventionsgruppe vor und nach der Intervention



Anm.: BHD -Fragebogen = Fragebogen zur Beanspruchung durch Humandienstleistungen; \*Belastungsniveau (Stanin - Werte) 1 bis 3 = positive Ausprägung, 4 bis 6 = neutraler Bereich, 7 bis 9 = kritische Ausprägung.

Zusammenfassend sprechen die Studienergebnisse dafür, dass Edukation<sup>PFLEGEHEIM</sup> insofern als Maßnahme zur Mitarbeiterpflege angesehen werden kann, als dadurch eine Burnout-Prophylaxe unterstützt werden kann - besonders effektiv bei der Förderung von intrinsischer Motivation und bei der Verringerung bzw. beim Entgegenwirken der emotionalen Erschöpfung.

### **Kompetenzen im Umgang mit demenzkranken Bewohnern und mit den Angehörigen**

Die Steigerung von beruflichen Handlungskompetenzen der Mitarbeiter im Umgang mit gerontopsychiatrisch Erkrankten, insbesondere mit Bewohnern mit Demenz, und im wertschätzenden Umgang mit den Angehörigen gehörte zu den wichtigsten Interventionszielen. Bei den Kompetenzen zum Umgang mit den Bewohnern handelte es sich wie bei den Angehörigen um Voraussetzungen für die einfühlsame Kommunikation wie Akzeptanz der Erkrankung, Verständnis für ein verändertes bzw. herausforderndes (kommunikatives) Verhalten des Bewohners, Ressourcenorientierung, Geduld und Sicherheit im Umgang mit den Betroffenen. Beim Umgang mit den Angehörigen ging es um Aspekte der wertschätzenden Kommunikation, die Fähigkeit der Mitarbeiter, die Situation von Angehörigen zu verstehen und zu akzeptieren und um Voraussetzungen einer gelingenden Zusammenarbeit.

Wiederum aufgrund der bereits durchgeführten Interviewstudie von Engel (2007) wurden Aussagen formuliert, die für hohe Kompetenzen im Umgang mit demenzkranken Bewohnern sprechen (z.B. „Ich kann mich damit abfinden, dass demenzkranke Bewohner vieles nicht mehr können und stelle mich darauf ein“) und solche, die für geringe Handlungskompetenz in der Kommunikation mit Demenzkranken sprechen (z.B. „Ich reagiere oft ungeduldig auf demenzkranke Bewohner“). Ebenso wurden Aussagen formuliert, die für einen wertschätzenden Interaktionsstil mit den Angehörigen sprechen (z.B. „Die Zusammenarbeit mit den Angehörigen demenzkranker Bewohner fällt mir leicht“), und solche, die auf einen wenig wertschätzenden Kommunikationsstil hinweisen (z.B. „Es fällt mir oft schwer das Verhalten von Angehörigen zu verstehen“). Ähnlich wie bei der Angehörigenbefragung wurde zur Messung von Kompetenzen bei den Mitarbeitern eine fünfstufige Skala verwendet, auf der "0" einen schlechtesten und "4" einen bestmöglichen Wert beschreibt. In einem Prä-Post-Vergleich ergeben sich signifikante Verbesserungen in der Interventionsgruppe (vgl. Tabelle 33), die in der Kontrollgruppe nicht auftreten. Diese Ergebnisse sprechen dafür, dass die Ziele einer Kompetenzsteigerung erreicht wurden.

**Tabelle 33: Berufliche Kompetenzen der Mitarbeiter vor und nach der Intervention**

Kompetenzen		Prä		Post		Veränderung
		M	SD	M	SD	Prä-Post Sig.
Im Umgang mit Angehörigen	IG (N = 38)	2,89	0,61	3,06	0,54	<b>p&lt;0,05<sup>1</sup></b>
	KG (N = 20)	3,03	0,57	2,88	0,59	n.s. <sup>2</sup>
Im Umgang mit Demenzkranken	IG (N = 38)	3,26	0,46	3,36	0,40	<b>p&lt;0,05<sup>3</sup></b>
	KG (N = 20)	3,37	0,41	3,35	0,40	n.s. <sup>4</sup>
Kompetenz gesamt	IG (N = 38)	3,15	0,44	3,28	0,40	<b>p&lt;0,01<sup>5</sup></b>
	KG (N = 20)	3,27	0,37	3,22	0,38	n.s. <sup>6</sup>

Anm.: IG = Interventionsgruppe; KG = Kontrollgruppe; N = Fallzahlen; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Sig. = Signifikanz; n.s. = nicht signifikant, <sup>1</sup>T = -2,453, df = 37; <sup>2</sup>T = 1,333, df = 19; <sup>3</sup>T = -2,443, df = 37; <sup>4</sup>T = -0,390, df = 19; <sup>5</sup>T = 0,810, df = 37; <sup>6</sup>T = -3,076, df = 19

Vor der Intervention bzw. vor der Wartezeit besaßen die Teilnehmer der beiden Gruppen im Gruppendurchschnitt ungefähr "gute" Kompetenzen, wobei die Kompetenzen im Umgang mit Demenzkranken deutlich besser als die im Umgang mit den Angehörigen waren (Umgang mit Demenzkranken IG: M = 3,26 und KG: M = 3,37 vs. Umgang mit Angehörigen IG: M = 2,89 und KG: M = 3,03). Nach der Intervention konnten in der Interventionsgruppe signifikante Verbesserungen der Kompetenzen verzeichnet werden, während es in der Kontrollgruppe nach der Wartezeit zu keinen signifikanten Veränderungen kam. Der Gesamtwert für berufliche Handlungskompetenzen im Umgang mit Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen konnte unter Interventionseinfluss signifikant von 3,15 auf 3,28 Punkte gesteigert werden (T = 0,810; df = 37; p<0,01).

### **Konflikte zwischen Angehörigen und den Mitarbeitern aus Sicht von Mitarbeitern**

Die teilnehmenden Mitarbeiter wurden ebenso wie die Angehörigen gefragt, wie häufig sie Unstimmigkeiten und Konflikte mit den Angehörigen der demenzkranken Heimbewohner aufgrund bestimmter Konfliktquellen erleben. Es handelte sich hierbei um Aussagen zu den gleichen Konfliktgruppen, zu denen auch Angehörige ihre Meinung lieferten (vgl. Seite 34). Auch hier wurde die Konflikthäufigkeit mit Hilfe einer sechsstufigen Skala mit den Antwortkategorien von "nie" bis "täglich" gemessen. Bedingt durch die Anzahl der Interaktionen der Mitarbeiter mit Angehörigen wurde erwartet, dass die Mitarbeiter wesentlich mehr Unstimmigkeiten und Konflikte als die besuchenden Angehörigen erleben. Die folgende Tabelle bezieht sich auf die Anzahl der Konflikte und Unstimmigkeiten zu einer bestimmten Konfliktquelle pro Mitarbeiter und pro Woche in einem Prä-Post-Vergleich.

Hinsichtlich der Häufigkeit der Konflikte vor der Intervention bzw. vor der Wartezeit zeigten sich Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe: Die Teilnehmer der Interventionsgruppe berichteten vor der Intervention von durchschnittlich fast 6 Konflikten

mit den Angehörigen pro Woche, also bei einer 5 bis 6-tägigen Arbeitswoche 1 x täglich (M = 5,81 Konflikte pro Woche) und die Teilnehmer der Kontrollgruppe gaben vor der Wartezeit einen Gruppendurchschnittswert von knapp 2 Konflikten in der Woche an (M = 1,93 Konflikte pro Woche). Diese Differenz kann hier nicht inhaltlich erklärt werden.

Nach der Intervention ist der Gesamtdurchschnittswert in der Interventionsgruppe ungefähr gleich geblieben, in der Kontrollgruppe stieg er in der Wartezeit von 2 auf knapp 5 Konflikte pro Woche (M = 4,88).

Die Konflikthäufigkeit war somit aus Sicht der Mitarbeiter deutlich höher als aus Sicht der Angehörigen (bei Angehörigen wurde vor der Intervention ein Gruppendurchschnittswert vom ungefähr 1 Konflikt pro Woche ermittelt).

**Tabelle 34: Wöchentliche Konflikte nach Konfliktquelle aus Sicht der Mitarbeiter vor und nach der Intervention**

Konfliktquelle		Prä		Post	
		M	SD	M	SD
<b>Umgang mit den Bewohnern<sup>1</sup></b>	IG (N =38)	0,72	1,64	0,61	1,61
	KG (N = 20)	0,4	0,33	0,55	1,53
<b>Umgang mit den Angehörigen<sup>1</sup></b>	IG (N =38)	0,5	1,57	0,52	1,56
	KG (N = 20)	0,19	0,25	0,45	1,55
<b>Rücksicht auf individ. Bedürfnisse<sup>1</sup></b>	IG (N =37)	0,81	1,88	0,65	1,62
	KG (N = 20)	0,19	0,21	0,66	1,51
<b>Aussehen des Bewohners<sup>1</sup></b>	IG (N =37)	0,57	1,58	0,53	1,58
	KG (N = 20)	0,19	0,25	0,52	1,54
<b>Betreuung<sup>2</sup></b>	IG (N =38)	0,65	1,6	0,6	1,55
	KG (N = 20)	0,15	0,17	0,5	1,54
<b>Pflege<sup>2</sup></b>	IG (N =37)	0,53	1,58	0,52	1,58
	KG (N = 20)	0,05	0,09	0,47	1,55
<b>Mahlzeiten<sup>2</sup></b>	IG (N =38)	0,71	1,59	0,96	1,91
	KG (N = 20)	0,23	0,31	0,52	1,54
<b>Verwaltungsregeln<sup>2</sup></b>	IG (N =36)	0,58	1,6	0,59	1,6
	KG (N = 20)	0,12	0,18	0,55	1,54
<b>Wäsche<sup>2</sup></b>	IG (N =37)	0,84	1,69	0,81	1,66
	KG (N = 20)	0,43	0,34	0,64	1,52
<b>Konflikte gesamt</b>	IG (N =38)	5,81	13,96	5,69	13,98
	KG (N = 20)	1,93	1,37	4,88	13,76

Anm.: IG = Interventionsgruppe; KG = Kontrollgruppe; N = Fallzahlen; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung, <sup>1</sup>Konflikte, die hauptsächlich durch Störungen der interpersonellen Kommunikation verursacht werden; <sup>2</sup>Konflikte, die hauptsächlich mit den institutionellen Bedingungen eines Pflegeheimes verbunden sind.

Zu den vor der Intervention bzw. vor der Wartezeit am häufigsten vorkommenden Konfliktursachen aus der Gruppe der institutionellen Konflikte zählte „Wäsche“ (Interventionsgruppe: M = 0,84 Konflikte pro Woche; Kontrollgruppe: M = 0,43 Konflikte pro Woche) und „Mahlzeiten“ (Interventionsgruppe: M = 0,71 Konflikte pro Woche; Kontrollgruppe: M = 0,23 Konflikte pro Woche). Unter den Konflikten, die hauptsächlich durch Störungen der interpersonellen Kommunikation verursacht werden, wurden „Rücksicht auf individuelle Bedürfnisse der Bewohner“ (Interventionsgruppe: M = 0,81 Konflikte pro Woche; Kontrollgruppe: M = 0,19 Konflikte pro Woche) und „Umgang mit den Bewohnern“ (Interventionsgruppe: M = 0,72 Konflikte pro Woche; Kontrollgruppe: M = 0,4 Konflikte pro Woche) von den Mitarbeitern als wichtigste Konfliktquellen genannt. Bei der Betrachtung der prozentualen Anteile der Konfliktquellen zeigte sich, dass auch die Mitarbeiter das Ausmaß von Konflikten aufgrund von interpersonellen Kommunikationsstörungen vor der Intervention bzw. vor der Wartezeit als sehr hoch bewerteten (IG: 44% und KG: 50% aller Konflikte) (vgl. Tabelle 35).

**Tabelle 35: Konflikte aus Sicht der Mitarbeiter nach Konfliktgruppen: der prozentuelle Anteil**

Konfliktkategorie		Anteil an Gesamtkonflikten
<b>Konflikte aufgrund von Kommunikationsstörungen</b>	IG	44%
	KG	50%
<b>Konflikte, die hauptsächlich institutionell bedingt sind</b>	IG	56%
	KG	50%
<b>andere Konflikte</b>	IG	0
	KG	0
<b>Konflikte gesamt</b>	IG	100%
	KG	100%

Anm.: IG = Interventionsgruppe; KG = Kontrollgruppe; N = Fallzahlen

Nach der Intervention ging der prozentuelle Anteil der Konflikte aufgrund von Kommunikationsstörungen in der Interventionsgruppe leicht zurück (von 44% auf 39%) und der Anteil an institutionell bedingte Konflikten stieg an (auf 58%) – dieselbe Veränderung der prozentualen Anteile von Konflikttypen wurde jedoch auch in der Kontrollgruppe beobachtet.

In einem Prä-Post-Vergleich wurde nun der Frage nachgegangen, ob es durch die Intervention zu signifikanten Veränderungen der Konflikthäufigkeit gekommen ist.

Die Konflikte aufgrund von interpersonellen Kommunikationsstörungen gingen in der Interventionsgruppe leicht zurück (von M = 2,57 auf M = 2,29), während sie in der

Kontrollgruppe deutlich anstiegen (von M = 0,96 auf M = 2,18). In der Testung mit einem U - Test zeigte sich jedoch, dass diese Veränderungen statistisch nicht signifikant sind.

### Subjektive Wahrnehmungen des Personals zum Verhalten von Angehörigen

Eine weitere Frage der Studie eruierte, wie sich das Verhältnis zwischen Angehörigen und Mitarbeitern unter Interventionseinfluss aus Sicht der Mitarbeiter veränderte. Erfragt wurde hier die subjektive Wahrnehmung der Mitarbeiter hinsichtlich des Verhaltens von Angehörigen gegenüber dem Personal, wie z.B. Höflichkeit und Achtung in interpersonellen Kommunikationssituationen, Verständnis und Sensibilität der Angehörigen für Situation und Aufgabenbereiche der Mitarbeiter. Die Antwortskala reicht von "0" bis "4", wobei "0" für eine schlechte subjektive Einschätzung des Verhaltens der Angehörigen steht und „4“ für eine sehr gute. Der Gruppenmittelwert in der Interventionsgruppe betrug vor der Intervention 2,79, was eine eher positive Einschätzung der Mitarbeiter abbildet, und nach der Intervention stieg er auf 2,93 Punkte. Die Einschätzung der Kontrollgruppe verschlechterte sich leicht im selben Zeitraum (von M = 2,84 auf M = 2,63).

**Tabelle 39: Wahrnehmungen der Mitarbeiter zum Verhalten von Angehörigen vor und nach der Intervention**

		Prä		Post		Veränderung	
		M	SD	M	SD	Diff.	Sig. der Diff.
<b>Verhalten v.</b>	IG (N = 38)	2,79	0,61	2,93	0,63	-0,2018	<b>p &lt; 0,01<sup>1</sup></b>
<b>Angehörigen</b>	KG (N = 20)	2,82	0,61	2,63	0,65	0,1833	

Anm.: IG = Interventionsgruppe; KG = Kontrollgruppe; N = Fallzahlen; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Diff. = Differenz; Sig. = Signifikanz; <sup>1</sup>T = 3,193, df = 56

Die Veränderung ist statistisch signifikant (1 T = 3,193, df = 56, p < 0,011). Das Ergebnis weist darauf hin, dass die Intervention insofern Auswirkungen auf das Mitarbeiter-Angehörigen-Verhältnis hat, als die Mitarbeiter das Verhalten der Angehörigen positiver bewerten. Dadurch dürften die Voraussetzungen für weitere konstruktive Interaktionen und erfolgreiche Aushandlungsprozesse gefördert werden.

### 2.6.4 Kursevaluation durch die teilnehmenden Angehörigen und Mitarbeiter

Die subjektive Zufriedenheit der Kursteilnehmer mit der Schulung stellt neben der Verhaltensbeobachtung auf Bewohnerebene und der Befragung mithilfe standardisierter Verfahren auf Angehörigen- und Mitarbeiterebene einen weiteren Aspekt der Ergebnisqualität der Schulung dar.

Daher wurde ein Fragebogen entwickelt der in den Unterkategorien „Zufriedenheit mit dem Ablauf“, „Auswirkungen auf den Bewohner mit Demenz“, „Auswirkungen auf den Personenkreis, dem man selbst angehört“ (Kreis der Angehörigen bzw. Kreis der Mitarbeiter), „Auswirkungen auf den jeweils anderen Personenkreis“ (Kreis der Mitarbeiter bzw. Kreis der Angehörigen), „Bewertung des Tandem-Konzepts“ und die „allgemeine subjektive Zufriedenheit der Kursteilnehmer“. Die Skala des Fragebogens reicht von 0 bis 4, wobei 0 für eine schlechte Bewertung steht und 4 für eine sehr positive.

Weiterhin wurden die Teilnehmer gebeten jeder Sitzung eine Schulnote zu geben aus denen nachträglich eine Gesamtnote errechnet wurde.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Teilnehmer mit der Schulung insgesamt sehr zufrieden sind. Insbesondere die Tandem-Gestaltung der Schulung wird von den Teilnehmern sehr positiv bewertet und erhält von allen Kategorien sowohl durch die Angehörigen (M: 3,8; SD 0,44) als auch durch die Mitarbeiter (M: 3,84; SD: 0,35) die höchsten Zufriedenheitswerte. Auch die Gesamtbewertung ist bei Angehörigen (M: 3,6; SD: 0,37) und Mitarbeitern sehr hoch (M: 3,62; SD: 0,34). Entsprechend positiv fällt auch die Bewertung in Form einer Schulnote aus. Angehörige und Mitarbeiter bewerten den Kurs sehr ähnlich. Der Mittelwert der Angehörigenbewertung beträgt 1,38 (SD: 0,43), bei den Mitarbeitern beträgt dieser Wert 1,30 (SD: 0,41). Die detaillierten Ergebnisse der Kursevaluation sind in Tabelle 36 (Angehörige) und Tabelle 37 (Mitarbeiter) aufgelistet.

**Tabelle 36: Kursbewertung der Angehörigen**

<b>Dimensionen</b>	<b>N</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>
<b>Bewertung: Zufriedenheit mit dem Ablauf</b>	27	2,73	4,00	3,73	0,33
<b>Bewertung: Auswirkungen auf Bewohner</b>	27	1,00	4,00	3,24	0,80
<b>Bewertung: Auswirkungen auf Mitarbeiter</b>	27	2,25	4,00	3,68	0,47
<b>Bewertung: Auswirkungen auf Angehörige</b>	27	2,00	4,00	3,41	0,67
<b>Bewertung: Zufriedenheit mit Tandem-Prinzip</b>	27	2,50	4,00	3,80	0,44
<b>Bewertung: Zufriedenheit Gesamt</b>	27	2,62	4,00	3,60	0,37
<b>Schulnote</b>	27	1,00	2,20	1,38	0,43



Zusätzlich wurden ermittelt, ob die am Trialog beteiligten Personengruppen der Ansicht waren, dass sie selbst, bzw. die jeweils anderen Trialog-Partner Nutzen aus der Schulung ziehen könnten. In drei Fragen wurden Angehörige und Mitarbeiter befragt ob sie der Aussage „Von dieser Schulung können Bewohner / Angehörige / Mitarbeiter auf der Station profitieren“ zustimmen. Sie konnten ihre Zustimmung auf einer 5-stufigen Skala von null bis vier

**Tabelle 37: Kursbewertung der Mitarbeiter**

Dimensionen	N	Min	Max	M	SD
<b>Bewertung: Zufriedenheit mit dem Ablauf</b>	40	2,45	4,00	3,70	0,34
<b>Bewertung: Auswirkungen auf Bewohner</b>	40	0,00	4,00	3,30	0,78
<b>Bewertung: Auswirkungen auf Mitarbeiter</b>	40	2,60	4,00	3,61	0,42
<b>Bewertung: Auswirkungen auf Angehörige</b>	40	2,00	4,00	3,49	0,59
<b>Bewertung: Zufriedenheit mit Tandem-Prinzip</b>	40	3,00	4,00	3,84	0,35
<b>Bewertung: Zufriedenheit Gesamt</b>	40	2,68	4,00	3,62	0,34
<b>Schulnote</b>	40	1,00	2,67	1,30	0,41

ausdrücken. Sowohl Angehörige als auch Mitarbeiter sehen für alle drei am Trialog beteiligten Personengruppen großen Nutzen in der Schulung. Den höchsten Nutzen sehen Angehörige für die Mitarbeiter (M: 3,81; SD: 0,40) und Mitarbeiter für die Angehörigen (M: 3,52; SD: 0,72). Im Einzelnen sind die Ergebnisse dieser Fragen in Tabelle 38 dargestellt.

**Tabelle 38: Profiteure der Schulung**

„Wer profitiert von der Schulung?“	Bewertung aus Sicht der Angehörigen (N = 27)		Bewertung aus Sicht der Mitarbeiter (N = 40)	
	M	SD	M	SD
„Die Bewohner“	3,44	0,75	3,30	0,72
„Die Angehörigen“	3,59	0,70	3,52	0,72
„Die Mitarbeiter“	3,81	0,40	3,38	0,74

### **2.6.5 Ergebnisse aus den Kleingruppenarbeit-Sitzungen**

In den Modulen „Kleingruppenarbeit“ wurden in den Kleingruppen konkret vorgegebene Fragestellungen gemeinsam diskutiert und Lösungen erarbeitet. Dabei ging es einerseits um Kommunikationssituationen mit den demenzkranken Bewohnern, andererseits auch um eine grundsätzliche Verbesserung der Infrastruktur einer Einrichtung, die die Voraussetzung für eine Ermöglichung, Förderung, und Intensivierung des Dialogs zwischen Bewohnern, Angehörigen und Mitarbeitern darstellen.

Durch die Kleingruppenarbeit wurde deutlich, dass eine Förderung des Dialogs nicht nur eine Kommunikationsveränderung der Akteure im Alltag voraussetzt, sondern auch die Schaffung von Ermöglichungsstrukturen in der Einrichtung.

Die Notwendigkeit folgender Ermöglichungsstrukturen in einer Einrichtung wurde in den insgesamt 40 Kleingruppensitzungen der vorliegenden Interventionsstudie erarbeitet:

- Alle Angehörigen betonten in den Kleingruppenarbeiten, dass es in den Einrichtungen an Transparenz der Zuständigkeitsstrukturen fehle: So wüssten sie nicht, wer ihr fester Ansprechpartner sei, wenn sie spezielle Sorgen, Probleme oder Beschwerden hätten. Auf die Frage nach einer idealen Lösung wünschten sie sich einen festen „Angehörigenansprechpartner“ für alle Belange. Dieser sollte einerseits feste Sprechzeiten haben, so dass sie immer genau wüssten, wann sie ihre Anliegen vorbringen könnten, andererseits für eine verlässliche Informationsweitergabe in beide Richtungen Sorge tragen. Auch die Mitarbeiter wünschten sich feste Zuständigkeitsstrukturen für die Kommunikation zwischen Angehörigen und der Einrichtung, weil es für sie häufig sehr schwierig und anstrengend sei, wenn Angehörige in Zeiten größter Arbeitsbelastung ein Gespräch mit ihnen wünschten.
- Grundsätzlich wünschten sich die Angehörigen außerdem mehr Einblicke in die Ziele und Planungen der Pflege. Dies betonten sie insbesondere in dem Kleingruppenmodul, in dem anhand eines Beispiels eine Pflegeplanungssitzung für einzelne Bewohner mit den jeweiligen Angehörigen und den zuständigen Pflegekräften durchgeführt wurde. Auch die Mitarbeiter bewerteten diese gemeinsame Pflegeplanung als hilfreich und positiv.
- Viele der teilnehmenden Angehörigen äußerten, dass sie sich gerne an Aktivitäten und Arbeiten im Heim beteiligen würden – auch um die Mitarbeiter zu entlasten –, doch wünschten sie, dass die Organisation und Aufgabenverteilung von der

Einrichtung übernommen würde. Auch von Seiten der Mitarbeiter würde eine koordinierte und geplante ehrenamtliche Mitarbeit der Angehörigen gerne gesehen.

- Gemeinsame Fortbildungen, Schulungen oder Möglichkeiten des Erfahrungsaustauschs mit den Mitarbeitern sind nach Ansicht der Angehörigen äußerst hilfreich und förderlich, denn einerseits könnten Angehörige auf diese Weise zu kompetenteren Kommunikationspartnern für die Pflegekräfte werden und deren Arbeit besser nachvollziehen, auf der anderen Seite stärke dies die Beziehungsqualität der Teilnehmenden. Auch die Mitarbeiter schätzten gemeinsame Schulungen, Fortbildungen und Möglichkeiten des Erfahrungsaustauschs mit den Angehörigen als sehr positiv ein, weil sie ihre Arbeit sehr erleichtern würden: So könnten sie mehr individuelles Wissen von dem Bewohner erwerben und außerdem könnten Pflege- und Versorgungsprobleme besprochen und nach gemeinsamen Lösungen gesucht werden, was die Pflegekräfte sehr stark entlasten würde, weil sie die Verantwortung für die Lösung des Problems nicht mehr allein tragen müssten. Gemeinsame Fortbildungen könnten nach Ansicht der Mitarbeiter auch dazu beitragen, dass Angehörige ein besseres Verständnis für andere demenzkranke Bewohner aufbrächten und leichter deren herausforderndes Verhalten akzeptieren bzw. auch deren Bedürfnisse respektieren könnten.

### **3 Abschließende Experten-Gruppendiskussion zur Implementierung von EduKation<sup>PFLEGEHEIM</sup>**

Diese abschließende Untersuchung zielte auf die Beantwortung der Fragestellungen, wie und unter welchen Bedingungen das Fortbildungs- und Schulungskonzeptes EduKation<sup>PFLEGEHEIM</sup> effektiv und nachhaltig in den Alltag eines Pflegeheimes implementiert werden kann. Da Pflegedienstleitungen, Wohnbereichsleitungen und Qualitätsbeauftragte eine zentrale Rolle bei der Implementierungsplanung neuer Projekte in Pflegeheimen innehaben, gelten sie im vorliegenden Projekt als Experten für die interessierenden Fragen, mit welcher zeitlichen Gestaltung, von wem und unter Verwendung welcher Ressourcen EduKation<sup>PFLEGEHEIM</sup> durchgeführt werden könnte und wie häufig es sinnvollerweise wiederholt werden müsste. Aufgrund der geringen Anzahl der Expertinnen, die an der Gruppendiskussion teilnahmen<sup>10</sup>,

---

<sup>10</sup> Die Teilnahme an dieser Experten-Gruppendiskussion war mit einem hohen zeitlichen Aufwand für die Expertinnen verbunden, die ja zunächst an einer 1,5-tägigen Fortbildung teilnehmen mussten, bevor sie im Rahmen des Fokusinterviews Stellung zu dem Programm geben konnten. Aufgrund geringer zeitlicher

können die hier erzielten Ergebnisse nur als erste Exploration gewertet werden, die Hinweise darauf geben können, welche Bedeutung EduKation<sup>PFLERGEHEIM</sup> für die Organisationsentwicklung eines Pflegeheims haben, und wie es in den Pflegeheimalltag implementiert werden könnte. Die Darstellung der Ergebnisse dieser Experten-Gruppendiskussion ist somit nicht mit dem Anspruch auf Repräsentativität verbunden.

### **3.1 Die Teilnehmerinnen**

Im Rahmen der Telefonrecherche, durch die die teilnehmenden Einrichtungen aus der ersten und zweiten Teilstudie rekrutiert wurden (siehe Kap. III, 1 und Kap. III, 2) konnten auch die beiden Einrichtungen gefunden werden, die bereit waren eine bzw. zwei Personen aus der Leitungsebene zur Teilnahme an der abschließenden Experten-Gruppendiskussion freizustellen.

#### **Die Einrichtungen, in denen die Experten tätig sind**

Die eine der Einrichtungen verfügt insgesamt über 100 Bewohnerplätze, die auf fünf Wohnbereiche aufgeteilt sind: einer dieser Bereiche ist ein segregativer Dementenwohnbereich, bei einem Bereich handelt es sich um eine sog. „Pflegeoase“, die übrigen Stationen sind integrative Wohnbereiche, in denen sowohl demenzkranke als auch nicht demenzkranke Bewohner leben.

Die zweite Einrichtung verfügt über 93 Bewohnerplätze, die sich auf vier Wohnbereiche erstrecken: bei zwei dieser Bereiche handelt es sich um integrative Wohnbereiche, in denen insgesamt 45 Bewohner leben, ein Bereich ist ein gerontopsychiatrischer Wohnbereich, ein Bereich ein allgemein-psychiatrischer Bereich.

#### **Die Experten**

Bei den drei Experten handelt es sich um Frauen, die nach ihrer Ausbildung zur Altenpflegerin unterschiedliche Weiterbildungsmaßnahmen abgeschlossen haben: Zwei Teilnehmerinnen haben zusätzlich die Weiterbildung zur geprüften Fachkraft Gerontopsychiatrie absolviert, eine der beiden darüber hinaus eine Weiterbildung zur Pflegedienstleitung, die dritte

---

Ressourcen stand nur ein sehr enges Zeitfenster für diese Abschlussphase zur Verfügung, und aufgrund geringer finanzieller Ressourcen war der Gestaltungsspielraum für diese Abschlussphase ohnehin sehr eingeschränkt.

Teilnehmerin hat Weiterbildungsmaßnahmen zur Altentherapeutin und zur Qualitätsbeauftragten abgeschlossen.

Die Expertinnen sind 44, 48 bzw. 50 Jahren alt, arbeiten seit 11, 12 bzw. 15 Jahren in ihrer jeweiligen Einrichtung und haben die Funktionen einer Pflegedienstleitung, Wohnbereichsleitung bzw. einer Qualitätsbeauftragten.

### 3.2 Methode

Das Design der vorliegenden qualitativen Studie sah vor, dass die drei Expertinnen zunächst an einem Train-the-Trainer-Kurs für EduKation<sup>PFLEGEHEIM</sup> teilnahmen und anschließend an einer moderierten thematisch fokussierten Gruppendiskussion.

Der Train-the-Trainer-Kurs, der von der Erstautorin der vorliegenden Studie geleitet wurde, erstreckte sich insgesamt über 12 Unterrichtseinheiten (á 45 min) und umfasste ein inhaltlich-thematisches Modul, in dem das Wissen über die Inhalte von EduKation<sup>PFLEGEHEIM</sup> vermittelt wurde, und ein methodisches Modul, in dem es sowohl um die Fragen der Planung und Vorbereitung als auch um didaktische Fragen der Gestaltung und Durchführung der fünf Seminareinheiten und der Kleingruppenarbeiten ging. Die Teilnehmerinnen erhielten ein ausführliches Handout über die Inhalte aller fünf Sitzungen und lernten das Schulungsmaterial von EduKation<sup>PFLEGEHEIM</sup> kennen.

Nach Abschluss des Train-the-Trainer-Kurses wurden die drei Expertinnen im Rahmen eines Fokusinterviews zu den interessierenden Fragen der Implementierung befragt. Dieses Gespräch, das von der Zweitautorin der Studie moderiert und geleitet wurde, wurde digital aufgezeichnet, wörtlich transkribiert und einer zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse unterzogen.

Die Gruppendiskussion wurde als strukturiertes Leitfadeninterview geführt, in dem die Interviewerin den Gesprächsfluss fokussiert auf die Leitfragen lenkte, die in Tabelle 39 aufgeführt sind:

**Tabelle 39: Leitfragen der Gruppendiskussionen**

1. Unterscheidet sich das Fortbildungs- und Schulungskonzept EduKation <sup>PFLEGEHEIM</sup> von anderen Schulungs- bzw. Fortbildungsprogrammen, die in ihrer Einrichtung durchgeführt werden? Und wenn ja: Wie beurteilen Sie diese Spezifika von EduKation <sup>PFLEGEHEIM</sup> ?
2. Wer könnte in Pflegeeinrichtungen EduKation <sup>PFLEGEHEIM</sup> durchführen? Welche Funktion sollte diese Person innehaben? Welche Qualifikation sollte diese Person haben?
3. Welche logistischen Herausforderungen würde eine Implementierung von EduKation <sup>PFLEGEHEIM</sup> bedeuten?

### 3.3 Ergebnisse

Alle Aussagen der Interviewteilnehmerinnen wurden thematisch entsprechend der drei Fragestellungen geordnet, zusammengefasst und durch Abstraktion reduziert. Die Ergebnisse werden gemäß der Leitfadenstruktur dargestellt:

#### **Spezifika, durch die sich EduKation<sup>PFLEGEHEIM</sup> von bisherigen Fortbildungen unterscheidet, und deren Beurteilung**

Alle Interviewpartnerinnen betonen, dass das Prinzip der Tandem-Schulung insofern völlig neuartig sei, als es in ihrer Einrichtung eine Schulung oder Fortbildung mit einem solchen didaktischen Konzept noch nicht gegeben habe und auch sie selbst keine Kenntnis von einer derartigen Tandem-Schulung hätten. Eine Teilnehmerin sagt dazu: „Sehr interessant ist die neue Kombination gemeinsam mit Angehörigen und Mitarbeitern“ (Frau C, Z 1-2) und eine andere Teilnehmerin bestätigt dies: „Das hat es bisher noch nie gegeben, dass man alle genau die, die es betrifft, an einen Tisch holt. Bis jetzt haben wir Angehörigenachmittage, man hat einmal mit einem Angehörigen ein bestimmtes Thema besprochen, aber man hat noch nie alle zusammen an einen Tisch geholt.“ (Frau A, Z. 14-17)

Als ebenso neuartig wurden von den drei Expertinnen die Arbeit in Kleingruppen bezeichnet, in denen sich Angehörige und Mitarbeiter über ein vorgegebenes Thema konkret austauschen können. Eine Teilnehmerin bezeichnet dies als Workshopcharakter, den sie sehr positiv hervorhebt: „Ich finde gut - diesen Workshopcharakter, dass jeder das Gefühl hat, dass er auch etwas mit erarbeitet – das finde ich interessant“ (Frau C, Z. 3-4)

Von bisherigen Schulungen unterscheidet sich EduKation<sup>PFLEGEHEIM</sup> außerdem dadurch, dass sich das Curriculum nicht nur über die Vermittlung sachlicher Informationen erstreckt, sondern auch Aspekte zur Sprache kämen, die die Teilnehmenden teilweise sehr persönlich betreffen und emotional bewegen würden. So würden sowohl Angehörige als auch Mitarbeiter mit ihren eigenen Gefühlen wie Trauer und Belastung und mit ihren eigenen Affekten wie Aggression oder Ekel konfrontiert. Eine Teilnehmerin bezeichnet das als „Tiefe“ der Fortbildung, wenn sie sagt: „Das Seminar geht schon sehr in die Tiefe[...], weil sich alle auch sehr emotional mit der Sache auseinander setzen müssen.“ (Frau C, Z.8-9). Auch für Mitarbeiter sei es sicherlich eine gute Erfahrung, durch die Schulung die Möglichkeit zu haben, über ihre Perspektive sprechen zu können. „Was uns nämlich aufgefallen ist: die Mitarbeiter genießen auch mal eine solche Fortbildung, wo sie selbst auch mal im Mittelpunkt stehen“ (Frau B, Z.

186-187) sagt eine Teilnehmerin und eine andere ergänzt: „und hier geht es ja sogar eine ganze Sitzung inhaltlich um den Mitarbeiter! Wann hat der Mitarbeiter schon einmal solch ein Forum! Das hat er ja nie! Und da geht es wirklich einmal um die Probleme der Mitarbeiter“ (Frau A, Z. 191 - 192) Später betont sie daher: „Man kann die Schulung ja auch als Mitarbeiterpflege sehen – und das ist ja auch ein zunehmendes Problem in gen.“ (Frau A, Z. 299)

Als weiteren Aspekt, durch den sich EduKation<sup>PFLEGEHEIM</sup> von anderen Schulungen und Fortbildungen unterscheidet, sahen sie die klare Struktur und den logischen Aufbau des Curriculums. Das Programm überzeuge sie aufgrund seines Aufbaus, sagt eine Teilnehmerin und führt dazu aus: „Und ich finde auch gerade diesen Aufbau so gut strukturiert. Einstieg über die Theorie, über die Erkrankung und die ganzen einzelnen Sichtweisen der Betroffenen - und dann diese Gruppenarbeiten“ (Frau A, Z.94-96).

Und schließlich betont eine Teilnehmerin, dass die Angehörigen durch EduKation<sup>PFLEGEHEIM</sup> eine ganz neue Rollenzuweisung bekämen: Sah sie die Angehörigen bisher als den externen Kunden, der die Qualität der Arbeit kontrolliert und den man immer zufrieden stellen muss, bekämen der Angehörige nun die Rollen von Personen, die auch lernen und sich anpassen müssten, die Anleitung zur Integration und Mitarbeit bekämen. Die anderen beiden Teilnehmerinnen bestätigen diese Einschätzung, dass es durch die Schulung zu einer anderen, eher kollegialeren Rollenzuweisung für die Angehörigen käme. Eine Teilnehmerin sagt dazu: „Es bedeutet ja, die Angehörigen miteinbeziehen – denn es ist ja nicht nur eine Schulung! Es ist ja persönlich, es ist emotional, so hat man noch nie mit den Angehörigen bis jetzt gesprochen!“ (Frau A, Z.30-32)

Zusammenfassend beurteilen die Teilnehmerinnen das Konzept von EduKation<sup>PFLEGEHEIM</sup> als sehr neuartig. Eine Teilnehmerin bringt dies sehr plakativ auf den Punkt, wenn sie sagt: „Die Fortbildung ist für mich seit langem einmal etwas, was ich noch nicht gehört habe. Oder nicht so gezielt. Denn in viele Fortbildungen geht man mit einer bestimmten Erwartung rein und kommt enttäuscht raus und denkt sich: na, da war ja nicht viel Neues dabei. [...] Und das ist jetzt endlich `mal etwas, wo ich mir denke: In dieses Gebiet haben wir uns noch nicht gegeben. Die Konstellation ist anders, als wir es bis jetzt gemacht haben.“ (Frau B, Z. 80-84) und an anderer Stelle sagt sie: „Mir zeigt die Schulung, welche Sachen man als nicht mehr wichtig erachtet, weil man selber im täglichen Geschäft drin ist und von dem mir jetzt erst deutlich wird. Das wissen die anderen noch gar nicht! [...] Die Angehörigen wissen nicht das,

was wir wissen. Und auch die Mitarbeiterinnen wissen nicht alles, was wir wissen.“ Frau B, Z. 87-90 ).

### **Die geeignete Kurs-Leitung in Pflegeheimen**

Zunächst diskutierten die Expertinnen hinsichtlich der Fragestellung, wer die geeignete Leitung von EduKation<sup>PFLEGEHEIM</sup>-Kursen sei, ob dies besser ein externer Dozent sein sollte, der von außen in die Einrichtung komme oder ein Mitarbeiter aus der Einrichtung.

Für einen externen Dozenten spräche nach Ansicht aller drei Expertinnen, dass er möglicherweise von den Mitarbeitern eher als Experte anerkannt würde und damit größeren Einfluss auf sie nehmen könnte. Zwei Teilnehmerinnen betonten ihre Erfahrung, dass externe Dozenten „bei den Mitarbeitern meist eine andere Gewichtigkeit als wir im Haus“(Frau B, Z.188-189) hätten. Auch würde es externen Dozenten möglicherweise leichter fallen, die Angehörigen in dieser neuen, eher gleichberechtigten Rolle anzusprechen. Eine der Teilnehmerinnen sagte: „Für mich wäre das schon ungewohnt. Denn der Angehörige war bisher eben der Kunde [...]. Und jetzt soll ich ihm so etwas sagen. Die sind ja bisher noch so unantastbar für uns!“ (Frau A, Z. 46-48). Und schließlich sei ein externer Dozent bestimmten Personen gegenüber nicht voreingenommen, weil er sie nicht näher kennen würde. Eine Teilnehmerin führte dies näher aus: „Bei uns ist das so: Wenn da jetzt etwas besprochen wurde, haben wir gleich bestimmte Bilder im Kopf: Ach, ja, das ist wie der Angehörige, ach ja, so ist auch die Mitarbeiterin! Das hast Du als externer Dozent nicht. Du bist da viel freier – du hast den Kopf frei. Du gehst da rein, machst Deine Sache und hast nicht irgendetwas schon immer gleich im Kopf.“ (Frau A, Z.200-203)

Doch sie fanden auch einige Argumente gegen einen externen Dozenten. Als erste Argumentation sprächen ihres Erachtens die Kosten gegen einen externen Dozenten, der ja immer wieder ins Haus kommen müsste, um EduKation<sup>PFLEGEHEIM</sup> auf den verschiedenen Stationen bzw. Wohnbereichen in regelmäßigen Abständen anzubieten. Aber als wesentlich gewichtiger hielten sie das Argument, dass eine interne Kursleitung im Haus für die Angehörigen und für die Mitarbeiter eine größere Verbindlichkeit ausstrahlen würde und die Rolle eines dauerhaften Ansprechpartners einnehmen könnte. Eine Teilnehmerin stellte sich vor, dass eine Kursleitung aus der Einrichtung „auch dann weiterhin sichtbar ist, also, bei Feiern oder bei Angehörigentreffs. Da wüssten sie [die Angehörigen] dann, da ist jemand, wo man auch noch mal was nachfragen kann. Und vielleicht ist das genauso auch für die Mitarbeiter. Man



hätte dann so eine Art Vermittler“ (Frau C, Z.175-178) Diesen Gedanken griff eine andere Teilnehmerin auf und betonte, dass eine hausinterne Kursleitung stärker ihren Vorstellungen von Kommunikationsförderung in der eigenen Einrichtung entspräche, weil es ihres Erachtens für alle Beteiligten eine andere Vertrauensbasis darstellen würde, wenn es in der Einrichtung eine Person gäbe, die sich um die Kommunikation zwischen Angehörigen und Mitarbeitern kümmern würde.

Sollte eine Mitarbeiterin aus der eigenen Einrichtung die Kursleitung übernehmen, sollte sie – so die Meinung der Expertinnen – bestimmte Voraussetzungen erfüllen. So sollte sie keinesfalls aktuell in der Pflege tätig sein, da sie als Pflegekraft nicht die notwendige Distanz zu den an der Fortbildung teilnehmenden Pflegekräften hätte, und auch von den Angehörigen immer als eine von „den anderen“ angesehen würde. Auch sollte es nicht eine direkte Vorgesetzte der Pflegekräfte sein.

Als notwendige Voraussetzung der Kursleitung bezeichneten sie die Erfahrung im Umgang und der Pflege demenzkranker Menschen. Denn ohne praktische Erfahrung mit den Inhalten der Schulung könnte sie weder den Angehörigen noch den Mitarbeitern ein zuverlässiges Bildungsangebot machen. Mit dieser Einschätzung griffen sie auf ihre Erfahrungen mit Fortbildungen in ihrer Einrichtung zurück: „Das ist immer so bei den Fortbildungen: Wenn ein Dozent da steht, und der kann aus der Praxis sprechen und nicht nur aus dem Lehrbuch, denn hängen bleibt eigentlich immer, wenn jemand etwas aus der Praxis erzählen kann. Das ist hilfreich!“ (Frau B, Z. 74-76). Außerdem müsste die Kursleitung über entsprechende Schlüsselqualifikationen verfügen. Die Expertinnen nannten hier als Beispiele „psychische Stabilität“, „sicheres Auftreten“, „Zuverlässigkeit“ und „Verschwiegenheit“.

Eine Expertin sagte, dass ihres Erachtens EduKation<sup>PFLEGEHEIM</sup> von einem Mitarbeiter einer Einrichtung durchgeführt werden könnte, der - wie sie selbst - früher als Altenpfleger Erfahrung in der Pflege Demenzkranker gemacht habe und jetzt beispielsweise die Position als Qualitätsbeauftragter innehatte und in dieser Funktion ohnehin Schulungen und Fortbildungen in der eigenen Einrichtung durchführe.

### **Logistische Herausforderungen bei der Implementierung von EduKation<sup>PFLEGEHEIM</sup>**

Alle Expertinnen erachteten es als große Herausforderung EduKation<sup>PFLEGEHEIM</sup> in den Alltag eines Pflegeheims zu implementieren. Sehr plakativ brachte es eine Teilnehmerin auf den Punkt, als sie sagte: „Das ist schon ein mächtiger Einschnitt, das geht sehr in die Tiefe, das

haben wir bisher noch nie gemacht!“ (Frau A, Z.17-18) Und später sagte dieselbe Teilnehmerin: „Das ist bestimmt eine Herausforderung, dass man das praktisch umsetzt!“ (Frau A, Z.100).

Zunächst diskutierten die Expertinnen, in welchem Zeitraum die fünf Sitzungen von EduKation<sup>PFLEGEHEIM</sup> durchgeführt werden sollten und kamen alle drei sehr schnell zu dem Schluss, dass die Sitzungen in einer höheren Frequenz als einem monatlichen Rhythmus stattfinden sollten, da sich die Schulung sonst über ein halbes Jahr erstrecken würde. Einen wöchentlichen Rhythmus hielten sie dagegen für unrealistisch und kaum umsetzbar. Nach längerer Diskussion kamen sie zu dem Schluss, dass zeitliche Modelle in der jeweiligen Einrichtung diskutiert werden und schließlich unterschiedliche Versionen ausprobiert werden müssten, und sie jetzt hierzu keine zuverlässigen Aussagen machen könnten.

Einigkeit erzielten sie auch sehr schnell hinsichtlich der Einschätzung, dass es sicherlich nicht gelingen würde alle Angehörigen ihrer demenzkranken Bewohner zur Teilnahme an EduKation<sup>PFLEGEHEIM</sup> zu bewegen. Doch dies werteten sie nicht als Gegenargument gegen die Implementierung der Schulung, denn ihres Erachtens würde es überhaupt keine Intervention geben, die von allen Angehörigen angenommen und akzeptiert würde. Aus den Erfahrungen aus der Interventionsstudie, von denen sie im Rahmen des Train-the-Trainer-Kurses Kenntnis bekamen, schlussfolgerten sie, dass sie die Angehörigen persönlich ansprechen würden, um zu der Schulung einzuladen. Dies entspräche auch ihren Erfahrungen mit unpersönlichen Einladungen, die wenig Resonanz bei den Angehörigen fänden. So sagte eine Expertin: „Also, Aushänge und so weiter – das haben wir ja schon ausprobiert – das funktioniert ja nicht. Also, wenn man die Angehörigen selber antrifft, dann kann man es ihnen ja direkt selber geben – aber die vielen, die nicht kommen, die schreiben wir an. Ja, gut: anrufen - das wäre mal was Neues, das haben wir bisher auch noch nicht gemacht.“ (Frau C, Z.132-135)

Die Frage, ob die Fortbildung für die Mitarbeiter freiwillig oder verpflichtend sein sollte, wurde von den drei Expertinnen kontrovers diskutiert, auch hier müssten ihres Erachtens Modellvorhaben zeigen, wie praktikabel das eine oder das andere Vorgehen sei.

Auf die Frage, wie oft eine Schulung für einen Station bzw. einen Wohnbereich wiederholt werden müsste, präsentierten die Expertinnen zunächst die Daten in ihrer Einrichtungen als Grundlage: In einer Einrichtung mit 100 Bewohnerplätzen in fünf Wohnbereichen verstürben durchschnittlich 35 Bewohner pro Jahr, d.h. durchschnittlich ein Drittel der Bewohner. Pro

Wohnbereich sollte die Schulung daher – so die Expertinnen – ca. einmal im Jahr bzw. einmal in eineinhalb Jahren wiederholt werden. Dies würde jedoch die Kapazität eines Mitarbeiters, der die Edukation<sup>PFLEGEHEIM</sup>-Schulungen zusätzlich zu seinen bisherigen Aufgaben übernehmen sollte, völlig überfordern. Eine Teilnehmerin sagte: „Ich alleine könnte das für unsere Einrichtung nicht. Denn es gibt ja auch noch andere Sachen und ich mache ja auch andere Schulungen.“ (Frau C, Z.244-245)

Schließlich spielten sie noch die Möglichkeit gedanklich durch, zwei Stationen bzw. Wohnbereiche in einer Schulung gemeinsam fortzubilden, doch schlossen sie ihre Überlegungen zur konkreten Umsetzung, dass dies in der jeweiligen Einrichtung diskutiert und mit den übrigen Fortbildungsprojekten koordiniert werden müsste, und dass Modellvorhaben schließlich verlässliche Aussagen liefern könnten.

Auf die abschließende Frage, ob sich Ihres Erachtens der Aufwand für dieses Programm lohne, antworteten sie alle drei zustimmend. Eine Teilnehmerin sagte dazu: „Ich stelle mir das total spannend vor – mich täte es wirklich interessieren. Natürlich muss man erst einmal sacken lassen und dann konkret überlegen, wie das bei uns aussehen könnte [...] Wobei es in der heutigen Zeit für ein Haus wichtiger denn je ist, dass sich immer etwas tut. Kundenzufriedenheit – davon hängt ja unser Job ab!“ (Frau B, Z.268 und 275-276). Auch eine andere Teilnehmerin äußerte ähnliche Überlegungen: „Also, ich würde das gerne umsetzen – lieber heute als morgen! Bloß ist für mich noch nicht klar: Wie?“ (Frau A, Z.264)

### **III Zusammenfassung der Ergebnisse – Stellungnahme zu den Hypothesen**

Die in den Teilstudien erzielten Ergebnisse werden im Folgenden zusammenfassend dargestellt, strukturiert nach den forschungsleitenden Hypothesen (siehe Kap. II, 3), zu denen hier Stellung genommen wird.

**H1.** Die erste Hypothese besagt, dass die Kommunikationsbeziehungen zwischen den Angehörigen von demenzkranken Pflegeheimbewohnern und den professionellen Mitarbeitern des Pflegeheims häufig durch Spannungen und Konflikte geprägt sind.

Die Ergebnisse der ersten Teilstudie geben bereits einen deutlichen Hinweis darauf, dass das Verhältnis von Angehörigen demenzkranker Pflegeheimbewohner und professionellen Mitarbeitern des Pflegeheims häufig stark durch Spannungen und Konflikte geprägt ist. Drei der vier Angehörigen der Fokusgruppe berichten von zahlreichen Situationen, in denen sie mit den Mitarbeitern der Einrichtungen, in denen ihre demenzkranken Angehörigen leben, Kon-

flikte erleben, die teilweise sogar so eskalieren, dass sie von der Einrichtungsleitung zu einem Konfliktlösungsgespräch in das Heim geladen werden, zu dem sie eine weitere Person aus ihrem Bekanntenkreis mitnehmen aus Angst diese Situation nicht alleine bewältigen zu können. Auch die im Rahmen einer Fokusgruppe befragten fünf Pflegekräfte bestätigen das häufige Auftreten von Konflikten zwischen Angehörigen und Mitarbeitern. Die Daten der zweiten Teilstudie untermauern diese Aussagen zusätzlich durch quantifizierbare Daten: Durchschnittlich bei jedem zweiten Besuch in der Einrichtung (in der Kontrollgruppe) bis dritten Besuch (in der Interventionsgruppe) erlebt ein Angehöriger einen Konflikt mit den Mitarbeitern der Station (siehe Tabelle 26).

**H2.** In der zweiten Hypothese wird die Annahme formuliert, dass mangelnde Empathie für den jeweiligen anderen Kommunikationspartner, fehlende Möglichkeiten des kommunikativen Austauschs und unterschiedliche Voraussetzungen von Angehörigen und Mitarbeitern für den Umgang mit den demenzkranken Bewohnern die Kommunikationsprozesse zwischen Angehörigen und Mitarbeitern erschweren und erfolgreiche Aushandlungsprozesse verhindern.

Als Hinweise für die Bestätigung dieser Annahmen lassen sich die Ergebnisse der ersten Teilstudie interpretieren. So berichten die Angehörigen aus der Fokusgruppe, dass sie sich mit ihren Bedürfnissen und Problemen in der Einrichtung häufig nicht gesehen fühlen. Dies ist ihrer Meinung nach dann der Fall, wenn ihre Bitten und Wünsche nicht effektiv an das Mitarbeiter-Team weitergegeben werden oder ihnen wichtige Informationen, die sie dringend zu erhalten wünschen, vorenthalten werden. Und auch die Pflegekräfte aus der Fokusgruppe berichten, dass viele Angehörige die Situation nur aus ihrem eigenen Blickwinkel betrachten würden und nicht die Perspektive der Mitarbeiter einnehmen könnten. Die quantitativen Daten der zweiten Teilstudie stützen auch diese Hinweise, denn sie zeigen, dass ca. jeder zweite Konflikt, den ein Angehöriger mit Mitarbeitern des Hauses hat, aufgrund von Kommunikationsstörungen entsteht (siehe Tabelle 26). Dennoch sind es nicht nur Kommunikationsstörungen, die Quellen für Konflikte zwischen Angehörigen und Mitarbeitern darstellen. Genauso häufig entzünden sich Spannungen an Gründen, die im Rahmen dieser Arbeit als „institutionelle Konfliktquellen“ bezeichnet werden. Hierunter werden Ursachen verstanden, die in infrastrukturellen Bedingungen der Einrichtung begründet sind und nicht durch Aushandlungsprozesse zwischen Angehörigen und Mitarbeitern aufgelöst werden können, z.B. Fehler beim Wäschereinigungs- und Lieferdienst, schlechte Qualität der Speisen, etc. Auch in

der Fokusgruppe betonen Angehörige, dass einige der Konfliktquellen solche seien, für die sie nicht die Mitarbeiter verantwortlich machen würden, wenngleich sie dennoch Ärger bei ihnen auslösten.

Dass häufig die Möglichkeit zum kommunikativen Austausch zwischen Angehörigen und Mitarbeitern fehlt, scheinen die Aussagen von beiden Kommunikationsparteien zu bestätigen, die konstatieren, dass sie nicht ausreichend Informationen von den jeweils anderen erhielten: Angehörige beklagen sich, dass sie nicht über wichtige den Bewohner betreffende Belange informiert werden, wie z.B. eine Veränderung der medikamentösen Behandlung oder Verletzungen des Bewohners, Mitarbeiter konstatieren, dass ihnen bedeutsame biografische Informationen vorenthalten würden, die ihnen die Arbeit mit den demenzkranken Bewohnern häufig sehr erleichtern könnten.

Ebenso machen die qualitativen Interviewdaten deutlich, dass sowohl Angehörige als auch Mitarbeiter davon auszugehen scheinen, dass den jeweils anderen eine wichtige Voraussetzung für den angemessenen Umgang mit dem jeweiligen demenzkranken Bewohner fehlt: Für Angehörige besteht diese zentrale Voraussetzung in dem biografischen Wissen der individuellen Lebensgeschichte des Demenzkranken, das professionelle Pflegekräfte nicht in dem Umfang haben können wie sie selbst. Und aus der Sicht der Mitarbeit ist das professionelle medizinische, pflegerische Wissen um Demenzerkrankungen zentrale Voraussetzung für einen angemessenen Umgang mit Demenzkranken, über das Angehörige nicht in dem Ausmaß verfügen wie sie.

Diese zweite Hypothese wird zwar durch die Daten der qualitativen ersten Studie gestützt, doch handelt es sich hierbei eben nicht um repräsentative Daten, weshalb ihre Aussagekraft nur die von Hinweisen ist.

**H3.** Die dritte Hypothese formuliert die Annahme, dass eine Fortbildungs- bzw. Schulungsmaßnahme diesen Hindernissen erfolgreicher Kommunikation, die in der zweiten Hypothese ausformuliert werden, entgegen wirken kann. Der Erfolg einer solchen Maßnahme sollte sich demnach in einer Verbesserung der Kommunikationsbeziehung äußern.

Bestätigung findet diese Annahme durch einige Ergebnisse der zweiten Teilstudie. So zeigen die Befragungen der Angehörigen, dass die Anzahl der von den Angehörigen wahrgenommenen „Konflikten aufgrund von Kommunikationsstörungen“ in der Interventionsgruppe deutlich abnimmt, und diese Veränderung im Vergleich zu der gemessenen Veränderung in der Kontrollgruppe statistisch signifikant ist (siehe Tabelle 26).

Die Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung weisen in dieselbe Richtung: Mitarbeiter der Interventionsgruppe zeigen durch ihr Antwortverhalten nach der Intervention eine größere kommunikative Kompetenz im Umgang mit Angehörigen als vor der Intervention. Wiederum handelt es sich im Vergleich zu den Veränderungen in der Kontrollgruppe um ein statistisch signifikantes Ergebnis (siehe Tabelle 33). Auch erleben die Mitarbeiter nach der Intervention Angehörige als verständnisvoller, sensibler und respektvoller im Umgang mit ihnen. Auch diese Effekte sind – im Vergleich zu den Entwicklungen in der Kontrollgruppe - statistisch signifikant (siehe Tabelle 39). Diese veränderte Einschätzung mag einerseits daher kommen, dass die Angehörigen, die ja gleichzeitig mit ihnen an der Schulung teilgenommen haben, ihr Verhalten gegenüber den Mitarbeitern tatsächlich verändert haben und/oder daran, dass die Mitarbeiter aufgrund ihrer veränderten Wahrnehmung das Verhalten den Angehörigen anders interpretieren.

**H4.** Sollten die Spannungen und Konflikte zwischen Angehörigen und Mitarbeitern tatsächlich das Befinden aller Dialog-Partner beeinträchtigen – so die Annahme der vierten Hypothese -, dann sollte eine Schulung, die zu einer Reduktion der empfundenen Konflikte führt, sich positiv auf das Befinden der Dialog-Partner auswirken. Im Rahmen der vorliegenden Interventionsstudie wurde das Befinden der drei Dialog-Partner wie folgt operationalisiert: Auf Bewohnerebene wurde hierzu „Wohlbefinden“ erhoben, auf Angehörigenebene „Zufriedenheit mit der Einrichtung“ und „Belastungsempfinden“, und auf Mitarbeiterebene „Arbeitszufriedenheit“.

Ein Vergleich der Veränderungen der DCM-Beobachtungsdaten in der Interventionsgruppe mit den Veränderungen der DCM-Beobachtungsdaten in der Kontrollgruppe zeigt, dass sich „Wohlbefinden“, vor dem Hintergrund der DCM-Theorie - verstanden als Affekt- und Kontaktlage des Demenzkranken - bei den Bewohnern der Interventionsgruppe statistisch signifikant verbessert hat (siehe Tabelle 15). Fragt man nach dem Zusammenhang von Schulungsteilnahme von Angehörigen und Mitarbeitern und dem Wohlbefinden von Bewohnern, können folgende Ergebnisse eine Erklärung liefern: Sowohl Angehörige als auch Mitarbeiter, die an der Intervention teilgenommen haben, schätzen nach der Intervention ihr eigenes Kommunikationsverhalten im Umgang mit den demenzkranken Bewohnern als deutlich kompetenter ein als vor der Intervention. Diese Veränderung ist statistisch signifikant. Durch ihren kompetenteren Umgang mit den Demenzkranken verbessert sich, so die Schlussfolgerung aus den vorliegenden Daten, das Wohlbefinden der Demenzkranken.

Die Ergebnisse auf Angehörigenebene machen deutlich, dass auch das Belastungserleben der Angehörigen in der Interventionsgruppe signifikant abnimmt. Die Zufriedenheit mit der Einrichtung wird jedoch durch die Teilnahme an der Schulung nicht beeinflusst. Dies kann unterschiedlich erklärt werden: Zum einen ist der Wert der Zufriedenheit mit der Einrichtung bei den Angehörigen bereits schon vor der Intervention relativ hoch, zum anderen scheint es auch andere – außerhalb der kommunikativen Beziehung zu den Mitarbeitern liegende – Ursachen für mögliche Unzufriedenheit zu geben. Die bereits erwähnten „Konflikte aufgrund institutioneller Konfliktquellen“ sind ein Beispiel für diese.

Entsprechend des BHD-Fragebogen zur Beanspruchung durch Humandienstleistungen (Hacker und Reinhold (1999)) wurde die Arbeitsbelastung und Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter in den Dimensionen „arbeitsbedingte emotionale Erschöpfung“, „arbeitsbedingte intrinsische Motivation“, „erlebte (Un-)Zufriedenheit in der Arbeit“, „Aversion gegen Bewohner“ und „reaktives Abschirmen“ erhoben. Es konnte gezeigt werden, dass sich die Arbeitsbelastungen in der Dimension „emotionale Erschöpfung“ in der Interventionsgruppe statistisch signifikant reduzierte und die Arbeitszufriedenheit in der Dimension „intrinsische Motivation“ statistisch signifikant verbesserte. Keine signifikanten Veränderungen ergaben sich in den Dimensionen „Klientenaversion“, doch waren hier die Werte bereits vor der Intervention schon so positiv, dass eine signifikante Verbesserung durch die Intervention unwahrscheinlich war. Die Tatsache, dass das hohe Ausmaß an erlebter Unzufriedenheit und an defensiven Copingstrategien im Umgang mit erlebter Arbeitsbelastung durch die Teilnahme an der Schulung nicht beeinflusst werden kann, spricht ebenfalls für das Vorliegen anderer – durch die eine Verbesserung der Kommunikation mit den Angehörigen nicht beeinflussbare – „extrinsische“ Belastungsquellen.

**H5.** Es liegt auf der Hand, dass die erzielten Effekte die Dialog-Beziehungen in einer Einrichtung nicht auf Dauer beeinflussen werden: Im Laufe der Zeit verändern sich die Dialog-Partner, mit den neuen Bewohnern, die in eine Einrichtung ziehen, kommen neue Angehörige ins Heim und neue Mitarbeiter nehmen in der Einrichtung ihr Beschäftigungsverhältnis auf. Auch die Expertinnen, die im Rahmen der abschließenden Gruppendiskussion zu Fragen der Implementierung von EduKation<sup>PFLERGEHEIM</sup> interviewt wurden (siehe Kap. III, 3), teilten die Auffassung, dass die Schulung in regelmäßigen Abständen, nach ihrer Einschätzung alle 12 – 18 Monate für eine Station bzw. Wohngruppe wiederholt werden müsste. Auf die weitergehende Frage, wer diese regelmäßigen Schulungen übernehmen sollte, diskutierten sie zu-

nächst die Vor- und Nachteile eines externen und eines hausinternen Leiters, und plädierten schließlich stärker für den internen Kursleiter, weil dieser zu einem verbindlichen Ansprechpartner für die Angehörigen im Haus werden könnte. Bei den Überlegungen, welche Berufsgruppe geeignet für die Übernahme dieser Funktion erscheint, waren sie unschlüssig. Sicher waren sie sich aber, dass es keine Person sein sollte, die aktuell in der Pflege beschäftigt ist. Außerdem sollte diese Person erfahren sein im Umgang mit Demenzkranken, über ausreichend inhaltliches gerontopsychiatrisches Wissen verfügen und gewisse Schlüsselqualifikationen besitzen, wie Selbstsicherheit und Integrität. Um verlässliche Aussagen über die Möglichkeit einer Implementierung von EduKation<sup>PFLEGEHEIM</sup> in den Alltag einer Pflegeeinrichtung machen zu können, müsste man zunächst – so schlussfolgerten sie Expertinnen – Erfahrungen im Rahmen von Modellprojekten sammeln.

#### **IV Diskussion**

Alle Studienteilnehmer, die im Rahmen des vorliegenden Forschungsprojektes mit dem Konzept von EduKation<sup>PFLEGEHEIM</sup> vertraut wurden, d.h. die Teilnehmer der ersten pilotierenden Studie, die Teilnehmer der Interventionsstudie und die Expertinnen, die abschließend an einer Gruppendiskussion teilnahmen, bewerteten das Programm vor dem Hintergrund ihrer Erfahrungen aus dem Alltag in einem Pflegeheim als hilfreich und wirksam. In einer abschließenden Kursevaluation sollten alle Teilnehmer der Interventionsstudie ihre subjektive Bewertung von EduKation<sup>PFLEGEHEIM</sup> durch die Vergabe einer Schulnote zum Ausdruck bringen. Die Angehörigen vergaben hierbei die Durchschnittsnote 1,4 die Mitarbeiter 1,3 (siehe Tabelle 37).

Deutlich wurde im Verlauf der Studie aber auch, dass eine Interventionsmaßnahme, die auf die Verbesserung der Kommunikation zwischen den Dialog-Partnern einer Pflegeheimstation zielt, die Aushandlungs- und Abstimmungsprozesse der Kommunikationspartner nur zum Teil zu beeinflussen vermag. Das Handeln der Akteure ist nur teilweise modifizierbar durch Einstellungs- und Haltungsveränderungen. Ein anderer – großer – Teil ist bestimmt durch institutionelle und gesellschaftliche Rahmenbedingungen. Wenn Pflegekräfte beispielsweise unter enormem Zeitdruck stehen, weil die durch Krankheit ausgefallenen Kollegen nicht ersetzt werden können, dann sind ihre kommunikativen Handlungsspielräume extrem begrenzt. Ihr kommunikatives Handeln wird dann weniger zugehend und weniger einfühlsam



sein, unabhängig von ihrer Haltung und Einstellung gegenüber den demenzkranken Bewohnern und deren Angehörigen.

Auch während der Schulung, insbesondere im Rahmen der Kleingruppenarbeit, in der die Teilnehmer gemeinsam Problemlösungen erarbeiten sollten, wurde deutlich, dass sich manche Probleme, die das Miteinander der Akteure im Alltag erschweren, nur auf institutioneller Ebene lösen lassen.

Die Kursleiterin bot daher jeder Einrichtung nach Abschluss der Kurse an, die von den Teilnehmern diskutierten Probleme und die von ihnen erarbeiteten Lösungsansätze der Leitungsebene vorzustellen. Alle drei teilnehmenden Einrichtungen nahmen das Angebot an und meldeten anschließend zurück, dass sie diese Rückmeldungen als wertvolle Anregungen zur weiteren Organisationsentwicklung ansehen würden.

Dies zeigt ganz deutlich, dass eine Weiterqualifikation und Weiterentwicklung der Alltagsakteure nur in einer lernenden Organisation erfolgreich gelingen kann. Insofern kann qualifizierte und kompetente Angehörigenarbeit in Pflegeheimen und eine konzeptionell durchgeführte Förderung der Kommunikation unter den Trailog-Partnern die Ergebnisqualität in Pflegeheimen für alle Beteiligten spürbar verbessern.

## V Ausblicke

### 1 Leitlinien zur Implementierung eines gemeinsamen Schulungsprogramms für Angehörige von gerontopsychiatrisch erkrankten bzw. demenzkranken Altenpflegeheimbewohnern und den Mitarbeitern des Altenpflegeheims.

1. Eine gemeinsame Schulung für Angehörige von gerontopsychiatrisch erkrankten bzw. demenzkranken Altenpflegeheimbewohnern und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Altenpflegeheims, die dem Konzept von Edukation<sup>PFLEGEHEIM</sup> entspricht<sup>11</sup>, verbessert
  - sowohl die kommunikative Kompetenz der Angehörigen als auch die der Mitarbeiter im Umgang mit dem gerontopsychiatrisch erkrankten bzw. demenzkranken Altenpflegeheimbewohner,
  - die Beziehung zwischen den Angehörigen und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Altenpflegeheims, im Sinne einer Abnahme der Konflikthäufigkeit,
  - die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Altenpflegeheims
  - das Wohlbefinden der gerontopsychiatrisch erkrankten bzw. demenzkranken Altenpflegeheimbewohner, deren Angehörige gemeinsam mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die sie versorgen, an dem Fortbildungsprogramm teilgenommen haben.

Eine regelmäßige Durchführung einer solchen Schulung in Pflegeheimen wird daher empfohlen.

2. Es sollte durch die Heimleitungen sicher gestellt werden, dass die Schulung von einer Fachkraft durchgeführt wird, die über die entscheidenden fachlichen und didaktischen Kompetenzen sowie die erforderlichen Schlüsselqualifikationen (soziale Kompetenz, Kommunikationsfähigkeit, Problemlösungskompetenz und Durchsetzungsfähigkeit) verfügt.

---

<sup>11</sup> d.h. mindestens 10 Zeitstunden umfasst, Wissen vermittelt zu den Themen „gerontopsychiatrische Erkrankungen bei Heimbewohnern (mit besonderem Schwerpunkt auf Demenzerkrankungen) und deren Symptome“, „angemessene Kommunikationsformen und Umgang mit demenzkranken Heimbewohnern“, „die Situation der Angehörigen von gerontopsychiatrisch erkrankten bzw. demenzkranken Altenpflegeheimbewohnern“, „die Situation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Altenpflegeheims“, „konkretes Gestalten eines gelingenden Miteinanders im Heimalltag und konstruktiver Umgang im Konfliktfall“, und die Möglichkeit zum gemeinsamen Austausch zwischen den Angehörigen und den Mitarbeitern bietet

3. Es wird empfohlen die durchführende Fachkraft speziell für diese Aufgabe fortzubilden. Idealerweise nimmt sie zur Vorbereitung an dem 20 Unterrichtseinheiten umfassenden Multiplikatorenseminar von Prof. Dr. Sabine Engel teil, in dem Fachkräfte beruflich zur Durchführung des evaluierten Schulungsprogramms „EduKation<sup>PFLEGEHEIM</sup>“ weitergebildet werden.
4. Die Fachkraft, die die Schulung in einem Pflegeheim durchführt, ist entweder Mitarbeiterin bzw. Mitarbeiter dieser Einrichtung (z.B. gerontopsychiatrische Fachkraft, Fachkraft des Sozialdienstes, Qualitätsbeauftragte/r oder eine Person einer anderen Position, die über die entsprechenden fachlichen und überfachlichen Qualifikationen verfügt), oder sie ist Mitarbeiterin bzw. Mitarbeiter eines anderen Pflegeheims (nach dem Prinzip des „Referentenaustauschs zwischen Einrichtungen“, wie es bei manchen Trägern bereits erfolgreich praktiziert wird) oder sie ist eine externe Fachkraft, die nicht in einem Pflegeheim angestellt ist, sondern in einer anderen Institution, z.B. einer Angehörigenberatungsstelle, der Alzheimer-Gesellschaft oder einer Bildungseinrichtung, etc. Es wird empfohlen, dass die Heimleitungen entscheiden, welche dieser drei Alternativen für ihr Pflegeheim die passende Variante darstellt.
5. Es kann erwogen werden, zwei oder mehrere Stationen bzw. Wohngruppen einer Einrichtung für eine gemeinsame Schulung zusammenzulegen, wenn die so entstehende Teilnehmerzahl eine effektive Schulung und gelingende Arbeit mit gemischten Kleingruppen nicht gefährdet.
6. Für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sollte die Teilnahme an der Schulung verpflichtend sein. Den Angehörigen sollte die Teilnahme persönlich empfohlen und nahegelegt werden.
7. Es wird empfohlen, die gemeinsame Schulung für Angehörige von gerontopsychiatrisch erkrankten bzw. demenzkranken Altenpflegeheimbewohnern und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Altenpflegeheims in jeder Einrichtung ein- bis zweimal im Jahr durchzuführen.

## 2 Weiterer Forschungsbedarf

In Deutschland gab es bislang keine wissenschaftlich abgesicherten Interventionsmaßnahmen, die sich gleichzeitig mit der Verbesserung der Kommunikation zwischen den Bewohnern, den Mitarbeitern und den Angehörigen in den stationären Altenhilfeeinrichtungen befassen. Die wenigen, empirisch fundierten Interventionen zur Kommunikation in Heimen fokussieren ausschließlich auf Probleme aus Perspektive der Bewohner und des Pflegepersonals - nicht aber der Angehörigen (Heinemann-Knoch, 2005). Im Gegensatz dazu gibt es in der Arbeit mit pflegenden Angehörigen im häuslichen Bereich bereits mehrere empirisch abgesicherte Trainings, welche die Kommunikation zwischen an Demenz erkrankten Familienmitgliedern und deren Angehörigen fördern (Engel, 2006; Haberstroh et al., 2009).

Im Ausland wurden bereits einzelne spezifische Interventionsprogramme zur Integration von Familienangehörigen in Seniorenheimen durch Verbesserung der Kommunikation entwickelt und diskutiert (vgl. Pillemer et al., 1998; Pillemer et al., 2003). Eine US-Amerikanische Studie konnte die positive Wirkung eines Kommunikationstrainings sowohl bei den Angehörigen als auch bei den professionell Pflegenden nachweisen. Zu den wichtigsten Erfolgen der beschriebenen Intervention gehörten eine verbesserte Einstellungen zu den anderen Akteuren, weniger Konflikte und positive Auswirkungen auf die Mitarbeiterfluktuation (Pillemer et al., 2003).

In der vorliegenden Studie konnte gezeigt werden, dass auch EduKation<sup>PFLEGEHEIM</sup> positive Auswirkungen auf die Konflikte in Pflegeheimen hat, die kommunikative Kompetenz von Angehörigen und Mitarbeitern verbessert wird – und dass dies darüber hinaus zu einer Steigerung des Wohlbefindens der Bewohner führt.

Weiterer Forschungsbedarf besteht jedoch hinsichtlich der Fragestellung, wie EduKation<sup>PFLEGEHEIM</sup> nachhaltig und effektiv in den Alltag von Pflegeheimen implementiert werden kann. Eine Train-the-Trainer-Ausbildung, durch die Multiplikatoren fortgebildet werden können, wurde für die letzte Projektphase (Gruppendiskussion mit Experten, Kap. II, 3) bereits entwickelt, doch müsste im Rahmen eines sich nun anschließenden Modellprojektes erforscht werden, wie die Implementierung praktisch gestaltet werden könnte.

## **VI Einschränkungen der Studie**

Aufgrund einiger Hürden, die die Versorgungsforschung in Pflegeheimen erschweren (große Heterogenität der Stationen und Wohngruppen, die somit auch nur schwer vergleichbar sind; häufig unzureichend diagnostizierte Demenzerkrankungen, so dass viele Angehörige sich von dem Schulungsangebot nicht angesprochen fühlten; Norovirusinfektionen auf Stationen, die auch die Teilnahme von Pflegekräften und Angehörigen an den Schulungssitzungen erschwerten; Angehörige, die aufgrund von Alter und eigener Krankheit nicht mehr an einer Schulung teilnehmen konnten, Zeitarbeitskräfte auf Stationen, die nicht an Schulungen teilnahmen, weil sie schon bald in eine anderen Einrichtung wechselten) und dem zeitlich festgelegten Rahmen des vorliegenden Forschungsprojektes von 14 Monaten, kam es zu einigen Einschränkungen bei dieser Studie. So konnten nicht alle vier Stationen 6 Wochen vor Interventionsbeginn (t0) untersucht werden, sondern nur zwei Stationen. Daher ist die Wartekontrollgruppe deutlich kleiner als die Interventionsgruppe, und bei manchen Berechnungen sind die Stichproben klein. In manchen Bereichen erzielen die durch die Intervention erzielten Ergebnisse daher auch kein statistisch signifikantes Niveau.

Die Ergebnisse der ersten, qualitativen Teilstudie und der Expertengruppendiskussion haben ausschließlich explorativen Charakter und können aufgrund mangelnder Repräsentativität nicht den Anspruch auf Allgemeingültigkeit erheben. Dennoch geben sie deutliche Hinweise, die teilweise durch die Daten der Interventionsstudie bestätigt werden.

## VII Literatur

- Alzheimer Europe Report 2/2008 (2009) *Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz am Lebensende*. Alzheimer Europe, Deutsche Alzheimer Gesellschaft, Schweizerische Alzheimervereinigung
- Amrhein, L. (2002) *Machtbeziehungen und soziale Konflikte in der stationären Altenpflege*. In: Backes, Gertrud M.; Clemens, Wolfgang (Hrsg.): *Zukunft der Soziologie des Alter(n)s*.: Leske+Budrich, Opladen, S 183–218
- Barth, M. (2002) *Qualitätsentwicklung und -sicherung in der Altenpflege*. Elsevier, Urban & Fischer Verlag
- Bernhardt, B. (2008) *Die Statuspassage "Einzug ins Pflegeheim" aus der Perspektive pflegender Angehöriger: Welche Konsequenzen resultieren für den Auftrag der sozialen Arbeit in stationären Einrichtungen als Beitrag zur Bewältigung dieses kritischen Lebensereignisses?* GRIN Verlag OHG
- Beschwerde- und Schlichtungsstelle Pflege. *Tätigkeitsbericht (1.1.2007 – 31.12.2007)* (2008) <http://www.stadtseniorenrat.nuernberg.de/pdf/8.taetigkeitsb.pdf> (Stand: 14.05.2009)
- Bickel, H. (2002) *Stand der Epidemiologie*. In: Hallauer JF, Kurz A (Hrsg) *Weißbuch Demenz. Versorgungssituation relevanter Demenzerkrankungen in Deutschland*. Thieme Verlag, Stuttgart, S 10–14
- Bickel, H. (2003) *Epidemiologie psychischer Erkrankungen im Alter*. In: H. Förstl (Hrsg.) *Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und - psychotherapie*. Stuttgart: Thieme.
- Bradford Dementia Group (Hrsg.) (2008) *Dementia Care Mapping (DCM) 8 – Handbuch*. Private Universität Witten/Herdecke gGmbH
- Brosius, H-B, Koschel, F. & Haas, A. (2009) *Methoden der empirischen Kommunikationsforschung*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2002) *Vierter Altenbericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen und Stellungnahme der Bundesregierung*. BMFSFJ, Berlin
- Engel, S. (2006) *Alzheimer und Demenzen - Unterstützung für Angehörige*. Trias-Verlag, Stuttgart

- Engel, S. (2006) *Was Angehörige Demenzkranker wissen sollten über Demenzerkrankungen, das Leben mit einem Demenzkranken, ihre eigene Situation. Kursbuch zur Fortbildung „EduKation“*. Erlangen
- Engel, S. (2006) *Was Angehörige Demenzkranker wissen sollten über Demenzerkrankungen, das Leben mit einem Demenzkranken, ihre eigene Situation. Curriculum zur Fortbildung „EduKation“*. Erlangen
- Engel, S. (2007) *Belastungserleben bei Angehörigen Demenzkranker aufgrund von Kommunikationsstörungen. Habilitationsschrift*. Reihe Erlanger Beiträge zur Gerontologie. Lit Verlag, Berlin.
- Engel, S. (2008) *Angehörigenberatung - Verbesserung der Situation pflegender Angehöriger als ein zentrales Arbeitsfeld der Gerontopsychologie*. In: Oswald W-D., Gatter, G., Fleischmann U-M.(2008) *Gerontopsychologie. Grundlagen und klinische Aspekte zur Psychologie des Alterns*. Springer, Wien, New York
- Europäische NEXT-Studie (nurses' early exit study). Langjährige Belastungsforschung bei Pflegepersonal. [www.next-study.net](http://www.next-study.net) (Stand: 14.05.2009).
- Förstl, H., Burns, A., Zeffass, R. (2003) *Alzheimer-Demenz: Diagnose, Symptome und Verlauf*. In: Förstl H. (Hrsg.) *Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie*. Stuttgart (S. 324-345).
- George, W., George, U. (2003) *Angehörigenintegration in der Pflege*. Ernst Reinhardt Verlag München Basel
- Gode, J. (2009) *Mision possible: die Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. „Wir werden zu einer neuer Betrachtung Pflegebedürftiger und zu einer neuen Pflege kommen“*. Kuratorium Deutsche Altershilfe, Zeitschrift Pro Alter 1/09, S 50-52
- Gsottschneider, A., Baumann, U., Messer, R. (2006) *Integration von Angehörigen in Seniorenheimen*. Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie, 19 (3), S 161-177.
- Habermas, J. (1981) *Theorie des kommunikativen Handelns*. 2 Bde. Frankfurt am Main.
- Haberstroh, J. et al. (2009) *Evaluation eines Kommunikationstrainings für Altenpfleger in der stationären Betreuung demenzkranker Menschen (Tandem im Pflegeheim)*. Z Gerontol Geriat 42:108-116
- Haberstroh, J. et al. (2008) *Qualifizierungsmaßnahmen zur Steigerung der Lebensqualität demenzkranker Menschen über eine Förderung der Kommunikation und Kooperation in der*

- ambulanten Altenpflege (Quadem)*. Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie, 21 (3), S 191-197
- Hacker, W. & Reinhold, S. (1999). Fragenbogen zur Beanspruchung durch Humandienstleistungen. Frankfurt, Swets
- Haider, Ch. (2006) *Zwischen Dasein wollen und Dasein müssen. Eine empirische Untersuchung zum Erleben Angehöriger von Altenheimbewohnern während der Zeit des Heimaufenthalts*. Der Andere Verlag, Tönning
- Hautzinger, M. & Bailer, M. (1993) *Allgemeine Depressionsskala. Manual*. Göttingen: Beltz Test GmbH.
- Heinemann-Knoch, M. et al. (2005) *Kommunikationsschulung in der stationären Altenpflege. Ergebnisse der Evaluation eines Modellprojekts zur Entwicklung der Kommunikationskultur und zur Transfersicherung*. Z Gerontol Geriat 38:40-46
- Helmchen, H. & Kanowski, S. (2000) Gegenwärtige Entwicklung und zukünftige Anforderungen an die Gerontopsychiatrie in Deutschland. Expertise im Auftrag der Sachverständigenkommission
- Höfert, R. (2006) *Von Fall zu Fall - Pflege in Recht. Rechtsfragen in der Pflege von A - Z*. Springer, Heidelberg
- <http://www.alzheimerforum.de/aai/HA-VeranstaltungenAP/Queisser.pdf> (Download am 06.05.09)
- Innes, A. (2004) *Die Dementia Care Mapping Methode (DCM). Anwendung und Erfahrungen mit Kitwoods person-zentriertem Ansatz*. Verlag Hans Huber, Bern
- Jaeger, M. (2008) *Burnout*. Aus: Menschen pflegen, Band 1, Kapitel 9.3. In: Zeitschrift Heilberufe 12/2008, S. 25.
- Katsching, H. (2002) *Zur Geschichte der Angehörigenbewegung in der Psychiatrie*. Psychiatrische Praxis; 29: 113-115.
- Kerres & Seeberger (Hrsg.) (2001) *Lehrbuch Pflegemanagement II*. Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York
- Kitwood, T. (2004) *Demenz - Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen*. Hans Huber, Bern Göttingen Toronto Seattle
- Kruse, A. (2005) *Lebensqualität demenzkranker Menschen*. Zeitschrift für medizinische Ethik, 51 (1), S. 41-57
- Kruse, A. (2007) *Das letzte Lebensjahr. Zur körperlichen, psychischen und sozialen Situation des alten Menschen am Ende seines Lebens*. Verlag W. Kohlhammer. Stuttgart



- Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) (2000) *Familiäre Kontakte und die Einbeziehung von Angehörigen in die Betreuung und Pflege in Einrichtungen*. KDA-Verlag, Köln
- Landschek, I. (2008) *Meine Eltern müssen ins Heim*. Zeitschrift Heilberufe 2/2008, S. 16
- Lind, S. (2005) *Gemeinsame Sorge - geteilte Sorge: Zur Kommunikation zwischen Pflegekräften und Angehörigen von Demenzkranken*. *Pflegeimpuls* 5+6/2005
- Maercker, A. (2002) *Psychologie des höheren Lebensalters*, S. 2-53, In: Maercker, A. (Hrsg.) (2002) *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie*. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg New York
- Mayer, B (2007) *Die Dynamik der Konfliktlösung*. Stuttgart
- Mayring, P. (2008) *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Beltz Verlag, Weinheim und Basel
- Mead, G.H. (1991) *Geist, Identität und Gesellschaft*. 8. Auflage, Frankfurt am Main.
- Müller-Hergl, Ch. (2000) *Demenz zwischen Angst und Wohlbefinden: Positive Personenarbeit und das Verfahren des Dementia Care Mapping*. In: *Demenz und Pflege*. Tackenberg, Peter; Abt-Zegelin, Angelika (Hrsg.). Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag GmbH, S. 248-262
- Neubauer, G., Gatterer G. (2007) *Pflegende Angehörige in stationären Einrichtungen*. In: Gatterer G (Hrsg.) (2007) *Multiprofessionelle Altenbetreuung. Ein praxisbezogenes Handbuch*. Springer Wien New York. 295-319
- Peters, M. (2006) *Psychosoziale Beratung und Psychotherapie im Alter*. Vandenhoeck & Rupprecht. Göttingen
- Pillemer, K., Hegeman, C.R., Albright, B., Henderson, C. (1998) *Building bridges between families and nursing home staff: The Partners in caregiving program*. *The Gerontologist*, 38, S 499-503
- Pillemer, K., Sutor, J., Henderson, C. R., Meador, R., Schultz, L., Robison, J., Hegeman, C.R. (2003) *A Cooperative Communication Intervention for Nursing Home Staff and Family Members of Residents*. *The Gerontologist*, Vol 43, Special Issue II, S 96-106
- Prüfleitfaden für Einrichtungen der Pflege und Behindertenhilfe in Bayern*. (2009) Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (Hrsg.) Version: 5.1. Stand: 25.01.2009. München
- Queißer, G. (2001) *Angehörige - nur ein Störfaktor bei stationärer Betreuung Demenzkranker?* 3. Symposium der Alzheimer Angehörigen-Initiative in Berlin am 22.09.01 in der Urania.

- Rabbe, H. (2009) „Man kann nicht nicht kommunizieren“. *Über die Bedeutung der Kommunikation in sich veränderten Unternehmen*. Kuratorium Deutsche Altershilfe, Z Pro Alter 1/09: 18-21
- Reggentin, H. (2005) *Belastungen von Angehörigen in Wohngruppen im Vergleich zu häuslicher und stationärer Versorgung*. Z Gerontol Geriat 38: 101-107
- Reid, R. C., Chappell, N. L., Gish, J.A. (2007) *Measuring family perceived involvement in individualized long-term care*. Dementia February 2007 vol. 6 no. 1, S 89-104, doi: 10.1177/1471301207075640
- Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2010) *Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 51. Depressive Erkrankungen*. Berlin.
- Roth, G. (2007) Dilemmata der Altenpflege: Die Logik eines prekären sozialen Feldes. Zeitschrift Berliner Journal für Soziologie, Volume 17, Number 1/März 2007, S 77-96
- Rudnitzki, G. (2008) *Abschied oder Abschiebung? Altenhilfeeinrichtungen als Bühnen für die Inszenierung von Familiendramen oder als Leistungsstruktur im Dienste alter Menschen?* In: Bauer A, Gröning K (Hrsg.) *Gerechtigkeit, Geschlecht und demografischer Wandel*. Mabuse Verlag, Frankfurt am Main, S. 135-143
- Schmidt W., Schopf C. (2005) *Beschwerden in der Altenpflege. Analyse ausgewählter Dokumente*. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Dortmund
- Schmidt, R. (2005) *Geteilte Verantwortung: Angehörigenarbeit in der vollstationären Pflege und Begleitung von Menschen mit Demenz*. In: Otto, U. (Hrsg.): *Mit Netzwerken professionell zusammenarbeiten. Soziale Unterstützung flankieren, moderieren, qualifizieren*. Bd. 1. dgvt-Verlag, Tübingen: 2005, (S 575-616)
- Schneekloch, U., Müller, U. (1997). *Hilfe- und Pflegebedürftige in Heimen. Endbericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen“*. Schriftreihe des BMfFSJ, Band 147.2., Kohlhamer. Stuttgart Berlin Köln.
- Schulz von Thun, F. (1981) *Miteinander reden 1. Störungen und Klärungen*. Allgemeine Psychologie der Kommunikation. Reinbek bei Hamburg.
- Small, G.W., Rabins, P.V., Barry, P.P., Buckholtz, N.S., DeKosky, S.T., Ferris, S.H. et al. (1997) *Diagnosis and Treatment of Alzheimer Disease and Related Disorders: Consensus Statement of the American Association for Geriatric Psychiatry, the Alzheimer's Association, and the American Geriatrics Society*. Journal of the American Medical Association,

- Statistisches Bundesamt (2005). *1. Bericht: Pflegestatistik 2003. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung -Deutschlandergebnisse*. Zweigstelle Bonn. Quelle:  
<http://www.destatis.de/download/d/solei/bericht03deutschl.pdf> (Stand: 14.05.2009).
- Thiele, C. (2000) *Ausgewählte gerontopsychologische Modelle zum Übergang ins Seniorenheim*. Salzburger Beiträge zur Erziehungswissenschaft.  
[www.sbg.ac.at/erz/salzbuerger\\_beitraege/herbst2000/thiele\\_sbg\\_2000\\_2.doc](http://www.sbg.ac.at/erz/salzbuerger_beitraege/herbst2000/thiele_sbg_2000_2.doc) (Download: 02.05.09)
- Thiele, C., Feichtinger, L., Baumann, U., Mitmansgruber, H. & Somweber, M. (2002) *Umzug ins Seniorenheim - Erfahrungen von Senioren und Angehörigen*. *Z Gerontol Geriat* 35: 556-564
- Watzlawick, P. & Beavin J-H, Jackson, D. (2007) *Menschliche Kommunikation : Formen, Störungen, Paradoxien*. Huber, Bern
- Wettstein, A. (2005) *Umgang mit Demenzkranken und Angehörigen*. Zitiert nach: Allenbach-Guntern, C. (2007) *Pflegeinterventionen zur Verminderung der Belastung von pflegenden Angehörigen demenzkranker Menschen. Eine systematische Literaturreview*.  
[http://doc.rero.ch/lm.php?url=1000,41,22,20070913103931-XU/Diplom\\_Allenbach.pdf](http://doc.rero.ch/lm.php?url=1000,41,22,20070913103931-XU/Diplom_Allenbach.pdf). (Download am 03.05.06)
- Weyerer, S. (2005) *Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Robert Koch-Institut in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt. Heft 28 - Altersdemenz. Berlin: Robert Koch-Institut
- Wilkening, K. & Kunz, R. (2003) *Sterben im Pflegeheim. Perspektiven und Praxis einer neuer Abschiedskultur*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Wingchen, J. (2006) *Kommunikation und Gesprächsführung für Pflegeberufe: Ein Lehr- und Arbeitsbuch*. Schlütersche
- Zimber, A. & Teufel, S. (1999) Wie gut bin ich eigentlich? Fragebogen zur Erfassung beruflicher Handlungskompetenzen. *Altenpflege* 1999; 24 (10); 45-48.
- Zimber, A. (2003) *Kranke Pflege. Belastungen im Pflegeberuf und ein möglicher Ansatz zur Gesundheitsförderung*. Dr. med. Mabuse, Zeitschrift im Gesundheitswesen, Nr. 142, S 38-40.



Herausgeber:

Institut für Psychogerontologie  
Universität Erlangen-Nürnberg

Nägelsbachstr. 25  
91052 ERLANGEN, GERMANY

Telefon:  
+49 9131 85-26526

Telefax:  
+49 9131 85-26554

E-Mail:  
[psycho@geronto.uni-erlangen.de](mailto:psycho@geronto.uni-erlangen.de)

[www.geronto.fau.de](http://www.geronto.fau.de)