

Abschlussbericht

zum Modellprojekt „Implementierung des SET-Konzeptes in die Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz in stationären Pflegeeinrichtungen in Rheinland-Pfalz“

Katharina Klabunde, Dr. Barbara Romero, Günther Robl und Dr. Katharina Geschke

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Universitätsmedizin Mainz

Kontakt: kgeschke@uni-mainz.de

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	2
Abbildungsverzeichnis.....	3
Tabellenverzeichnis.....	4
Abkürzungsverzeichnis.....	5
1. Einleitung.....	6
1.1. Projekthintergründe.....	6
1.2. Projektziel.....	7
2. Forschungsstand.....	7
3. Projektablauf.....	12
4. Beschreibung der Einrichtungen.....	14
5. Implementierung des SET-Konzeptes in den Einrichtungen.....	15
6. Evaluation: Methode.....	17
6.1. Fragestellung 1: Evaluation der Umsetzung des SET-Konzeptes.....	17
6.1.1. Datenerhebung.....	18
6.1.2. Stichprobe.....	18
6.2. Fragestellung 2: Arbeitsbezogene Belastung und Zufriedenheit der Mitarbeitenden der Pflegeeinrichtungen.....	19
6.2.1. Instrumente.....	19
6.2.2. Stichprobe.....	20
7. Evaluation: Ergebnisse.....	20
7.1. Fragestellung 1: Evaluation der Umsetzung des SET-Konzeptes.....	20
7.2. Fragestellung 2: Arbeitsbezogene Belastung und Zufriedenheit der Mitarbeitenden der Pflegeeinrichtungen.....	30
8. Diskussion.....	36
Literatur.....	42
Anhang 1.....	44
Anhang 2.....	49
Anhang 3.....	50

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Geplanter zeitlicher Ablauf des Modellprojektes „Implementierung des SET-Konzeptes in die Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz in stationären Pflegeeinrichtungen in Rheinland-Pfalz“	12
Abbildung 2 Verteilung der zumindest einmaligen Teilnahme an Betreuungsangeboten in der Stichwoche zu T0 und T1	25
Abbildung 3 Anteil an BWmD in %, die zu T0 und T1 0, 1-3, 4-6, 7-9 und mehr als 10 Gruppenangebote in der Stichwoche wahrgenommen haben.....	27
Abbildung 4 Anteil an BWmD in %, die zu T0 und T1 0, 1, 2-4 oder 5-7 Einzelbetreuung in der Stichwoche bekamen	28
Abbildung 5 Anteil an BWmD in %, die zu T0 und T1 0, 1-3, 4-6, 7-9 und mehr als 10 Betreuungsangebote (sowohl Einzel- als auch Gruppenangebote) in der Stichwoche wahrgenommen haben.....	29
Abbildung 6 Ergebnisse der Skalen und einzeln zu betrachtenden Items des BelaDem zu T0 (n=210) und T1 (n=39) in %.....	34

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Zeitlicher Umfang der Einführung des SET-Konzeptes in den fünf Einrichtungen: Zahl der Arbeitstage der das Konzept einführenden Personen pro Programmteil.....	17
Tabelle 2 Anteil der Mitarbeitenden aller Berufsgruppen, die an den einführenden Seminaren teilgenommen haben	21
Tabelle 3 Anteil der BWmD mit Demenzdiagnose und Dauerreitermarkierung je Einrichtung und gesamt zu den Zeitpunkten T0 und T1 in %.....	22
Tabelle 4 Anteil der BWmD mit Dauerreitermarkierung je Einrichtung und gesamt zu den Zeitpunkten T0 und T1 in %.....	23
Tabelle 5 Anteil der BWmD mit dokumentiertem Demenzschweregrad je Einrichtung und gesamt zu den Zeitpunkten T0 und T1 in %	23
Tabelle 6 Anteil an BWmD in %, die in der Stichwoche zu den Zeitpunkten T0 und T1 zumindest einmal Gruppen- und/oder Einzelangebote besuchten	25
Tabelle 7 Anteil der BWmD in %, bei denen eine Bewohnerbesprechung zu T1 durchgeführt wurde, pro Einrichtung und über alle Einrichtungen hinweg	30
Tabelle 8 Mittelwerte (MW) und Standardabweichungen (SD) der Antworten auf die selbst entwickelten Items zu T0 und T1	31
Tabelle 9 Verteilung der Antworten zu T0 auf die selbst entwickelten Items, die zu beiden Zeitpunkten gestellt wurden, von den Mitarbeitenden, die zu beiden Zeitpunkten geantwortet haben	32
Tabelle 10 Verteilung der Antworten zu T1 auf die selbst entwickelten Items, die zu beiden Zeitpunkten gestellt wurden, von den Mitarbeitenden, die zu beiden Zeitpunkten geantwortet haben	32
Tabelle 11 Ergebnisse der Skalen und einzeln zu betrachtenden Items des BelaDem zu T0 und T1 in %.....	33
Tabelle 12 Ergebnisse der Skalen und einzeln zu betrachtenden Items des BelaDem zu T0 und T1 in % von den Mitarbeitenden, die zu beiden Messzeitpunkten die Items beantworteten	35

Abkürzungsverzeichnis

ATZ	Alzheimer Therapiezentrum
AWO	Arbeiterwohlfahrt e. V.
BelaDem	Fragebogen zum Belastungserleben im Umgang mit Demenz in der stationären Altenhilfe
BI	Begutachtungsinstrument des Medizinischen Dienstes
BW	Bewohnende
BWmD	Bewohnende mit Demenz
GPS	Gemeinnützigen Gesellschaft für Paritätische Sozialarbeit
MA	Mitarbeitende
MASTD	Ministeriums für Arbeit, Soziales, Transformation und Digitalisierung
MmD	Menschen, die mit einer Demenz leben
MSAGD	Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie
RLP	Rheinland-Pfalz
SET	Selbsterhaltungstherapie
T0	Erhebungszeitpunkt vor der Einführung der SET
T1	Erhebungszeitpunkt nach Beendigung der Implementierung
VK	Vollzeitkräfte

1. Einleitung

1.1. Projekthintergründe

Die Selbsterhaltungstherapie (SET) ist ein (neuro)psychologisch fundiertes Konzept zur Behandlung und Betreuung von Menschen, die mit einer Demenz leben (MmD). Sie wurde von Barbara Romero in den achtziger und neunziger Jahren an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der TU München entwickelt (Romero & Eder, 1992).

Seit 1998 ist die SET Teil der Behandlungsprogramme weiterer Krankenhäuser (Romero & Wenz, 2018). Besondere Bedeutung bekam dabei das von Romero konzipierte und 1999 gegründete Alzheimer Therapiezentrum Bad Aibling. Zu den Krankenhausstationen, die die SET in ihre Arbeit integriert haben, gehören u. a. der gerontopsychiatrische Bereich der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Mainz und die Tagesklinik-II mit dem Schwerpunkt dementielle Erkrankungen der Gemeinnützigen Gesellschaft für Paritätische Sozialarbeit (GPS) in Mainz.

In Einrichtungen der Altenpflege wurde die SET zuerst in drei Pflegeeinrichtungen der Franziska Schervier Altenhilfe gGmbH eingeführt: seit 2006 in Mainz und seit 2018 in Köln und in Frechen (Robl & Romero, 2013). In allen drei Häusern wurde die Demenzversorgung gemäß SET-Kriterien zertifiziert (ZertSozial, Stuttgart). Im Rahmen einer SET-Fachveranstaltung im Juni 2022 in Mainz (Netzwerk Demenz Mainz berichtete: <http://www.netzwerk-demenz-mainz.de/newsletter>) wurden Erfahrungen mit der Anwendung des SET-Konzeptes u. a. in den Pflegeeinrichtungen dargestellt. In der Folgezeit begannen drei Häuser der Arbeiterwohlfahrt e. V. (AWO) in Rheinland-Pfalz (RLP) die Implementierung des SET-Konzeptes, die 2024 erfolgreich abgeschlossen wurde. Der konzeptuelle Rahmen für die Pflege und Betreuung von MmD in der stationären Langzeitpflege auf Grundlage der SET wurde 2023 aktualisiert (Robl & Romero, 2023). Dabei wurde Sorge dafür getragen, Belastungen für die Mitarbeitenden (MA), die z. B. durch eine verzichtbare Dokumentation oder Assessments entstehen, zu reduzieren.

In RLP wurde im Rahmen der Initiative „Menschen pflegen“ bereits 2003 zusammen mit dem damaligen Medizinischen Dienst der Krankenversicherung das Modellprojekt „Optimierung der Versorgung von Menschen mit Demenzerkrankungen in stationären Pflegeeinrichtungen in Rheinland-Pfalz“ ins Leben gerufen. Ziel war eine angemessene, alltagsnahe und biografieorientierte Versorgung der Bewohnenden mit Demenz. In acht stationären Pflegeeinrichtungen erfolgten u. a. Wohnraumanpassungen, Milieugestaltung und Schulungen der MA. Hier konnte gezeigt werden, dass es in bestehenden Pflegeeinrichtungen möglich ist, auch unter den gegebenen Bedingungen (gleicher Pflegesatz, gleiches Personal, keine zusätzlichen finanziellen Mittel) und im laufenden Betrieb grundlegende strukturelle und inhaltliche Veränderungen vorzunehmen und einen milieuthérapeutisch ausgerichteten Wohnbereich für Bewohnende mit Demenz einzurichten, was zu mehr Wohlbefinden der Bewohnenden und der MA führte (Seitz, 2005).

Im Jahr 2020 wurde ebenfalls mit Förderung des damaligen Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie (MSAGD) in RLP das Modellprojekt „Förderung der Demenzkompetenz in stationären Altenpflegeeinrichtungen – Professionalisierung der MA durch fachliche Qualifizierung und Stärkung der Resilienz“ in fünf Pflegeeinrichtungen

durchgeführt. Ziel hier war einerseits eine Sensibilisierung für die positiven Auswirkungen gesundheitsfördernder und entlastender psychischer Maßnahmen sowohl auf Leitungs- als auch auf MA-Ebene und andererseits eine Verbesserung der Demenzkompetenz der in den Demenzbereichen tätigen Pflegekräfte durch fachliche Qualifizierung und Stärkung der Resilienz durch sechs Workshop-Angebote.

1.2. Projektziel

Vor diesem Hintergrund wurde das Modellprojekt „Implementierung des SET-Konzeptes in die Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz in stationären Pflegeeinrichtungen in Rheinland-Pfalz“ von den Autorinnen und dem Autor dieses Abschlussberichtes entwickelt und die folgenden Ziele formuliert:

1. Implementierung des SET-Konzeptes in ausgewählten interessierten Pflegeeinrichtungen in RLP
2. Rekrutierung und Schulung von Multiplikatoren, die zukünftig neue MA in das SET-Konzept einführen und für eine Nachhaltigkeit im eigenen Haus Sorge tragen
3. Begleitende Evaluation zur Umsetzung des Konzeptes und zur Zufriedenheit der MA der Pflegeeinrichtungen

2. Forschungsstand

In Deutschland lebten Ende 2023 ca. 1,8 Millionen MmD. Nach Schätzungen könnten im Jahr 2050 bis zu 2,7 Millionen Menschen im Alter 65+ an Demenz erkrankt sein (Blotenberg et al., 2023). Das Demenzsyndrom ist durch eine deutliche Beeinträchtigung in mehreren kognitiven und emotionalen Bereichen gekennzeichnet. Diese werden meist durch fortschreitend verlaufende Gehirnerkrankungen verursacht und nehmen dementsprechend im Verlauf zu. Gerade Auffälligkeiten im Sozialverhalten und Symptome wie Apathie, Reizbarkeit, Aggressivität und Ängstlichkeit führen bei den betreuenden Personen – sowohl bei Angehörigen als auch bei professionell Tätigen – häufig zu Überforderung (Berner et al., 2025; Güther et al., 2021). Es gibt Hinweise darauf, dass die Arbeit mit MmD mit einem hohen arbeitsbezogenen Belastungserleben der Pflegenden einhergeht (Edvardsson et al., 2009).

Gleichzeitig zeigten beispielsweise Bettina Kuske et al. (2009) in einer randomisierten kontrollierten Studie, dass Schulungsprogramme zur Pflege von MmD das Wissen und die Kompetenz des Pflegepersonals erhöhen und die Notwendigkeit des Einsatzes körperlicher Fixierungen verringern können. S. Zwijsen et al. (2015) zeigten in einem in den Niederlanden durchgeführten Programm, in welchem Pflegekräfte zum Umgang mit psychischen und Verhaltenssymptomen von MmD geschult wurden, signifikante Verbesserungen bzgl. der Arbeitszufriedenheit. Eine weitere Studie deutet darauf hin, dass die Arbeitsbelastung der MA der Pflege und sozialen Betreuung durch gezielte Schulungen zum Umgang mit MmD reduziert werden kann (Kohler et al., 2017). In einer australischen randomisiert-kontrollierten Studie konnte gezeigt werden, dass die gezielte Schulung von Pflegekräften und Unterstützung durch eine geschulte Fachkraft zum einen die Selbstwirksamkeit der Pflegenden signifikant erhöht und Stress reduziert sowie gleichzeitig psychische und

Verhaltenssymptomen der MmD reduziert (McCabe et al., 2015). Gezielte Schulungen können somit die Kompetenz, Selbstwirksamkeit und Arbeitszufriedenheit von Pflegepersonen erhöhen und Stress reduzieren sowie gleichzeitig dazu beitragen, dass psychische und Verhaltenssymptome der MmD reduziert werden.

Ein Konzept zur Arbeit mit MmD ist die SET (Romero & Eder, 1992), die (neuro)psychologisch fundiert auf die Ressourcen und Bedürfnisse der MmD fokussiert. Die SET umfasst dabei Techniken, die auch in der S3-Leitlinie Demenzen (Deutsche Gesellschaft für Neurologie e. V. & Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, 2026) als evidenzbasiert anerkannt sind, wie bspw. körperliche Aktivierung, Musiktherapie, Ergotherapie und kognitive Stimulation. Die meisten eigenen Untersuchungen liegen zur Wirkung des SET-basierten Behandlungsprogramms im Alzheimer Therapiezentrum (ATZ) Bad Aibling vor. Die Ergebnisse zeigen unter anderem eine Verbesserung der Alltagsfunktionen sowie eine Reduktion der psychischen und Verhaltenssymptome bei den MmD (Romero & Wenz, 2001; Schiffczyk et al., 2013). Es gibt zudem erste Hinweise darauf, dass sich die Einführung der SET in der stationären Vollzeitpflege positiv auf die Bewohnenden auswirkt (Romero et al., 2021). Das Seniorenpflegeheim St. Bilhildis in Mainz hat im Rahmen eines vom MSAGD RLP geförderte Modellprojekt eine SET-OASE für Menschen mit schwerer Demenz etabliert (Romero et al., 2021). Die Ergebnisse der begleitenden Pilotuntersuchung zeigen, dass die Programmteilnehmenden im 6- und/oder 12-Monats-Verlauf ihre motorischen, kommunikativen und alltagspraktischen Kompetenzen besser erhalten konnten als Bewohnende in vergleichbaren Kontrollgruppen. Da zudem sowohl die MA als auch die Angehörigen die neue Einrichtung positiv bewerteten, wurde das vom MSAGD RLP geförderte Modellprojekt in einen dauerhaften Betrieb übernommen.

SET als demenzspezifisches Konzept zur Pflege und Betreuung von MmD

Das (neuro)psychologisch fundierte SET-Konzept wurde in mehreren Publikationen dargestellt (Romero, 2004; Romero & Geschke, 2019; Romero & Wenz, 2018). Im Folgenden werden die zentralen Merkmale des Konzeptes erläutert. Eine respektvolle und wertschätzende Grundhaltung der Pflegenden und Betreuenden wird dabei vorausgesetzt.

1. Ressourcen- und Bedürfnisorientierung

Das Konzept verfolgt folgende Hauptziele:

- möglichst langer Erhalt der individuellen Fähigkeiten, der Selbstständigkeit und der sozialen Kompetenzen durch Aktivierung und soziale Teilhabe
- Vermeidung bzw. Reduktion belastender Erlebens- und Verhaltensweisen
- Erhalt des Wohlbefindens und einer subjektiv guten Lebensqualität sowie Stärkung des Selbstwertgefühls und der Zuversicht

Zur Erreichung dieser Ziele werden als effektive Maßnahmen insbesondere die Anpassung der Lebensbedingungen empfohlen, vor allem im Hinblick auf:

- die Kommunikation,
- die Aktivitäts- und Erlebnismöglichkeiten sowie
- das materielle Umfeld.

2. Anpassung der Lebensbedingungen an die Bedürfnisse der Betroffenen

Anpassung der Kommunikation

Die Kommunikation stellt einen zentralen Erfahrungsbereich dar, der im Umgang mit MmD eine wichtige unterstützende Rolle einnimmt. Empfehlenswert sind bestätigende sowie an den Bedürfnissen und Ressourcen orientierte Kommunikationsformen, die u. a. durch folgende Merkmale gekennzeichnet sind:

- Bestätigender Kommunikationsstil: Die Sichtweisen und/oder Gefühle der MmD werden aufgegriffen und bestätigt, nicht korrigiert oder kritisiert. Die Bestätigung kann durch Zustimmung, Anerkennung oder das Ausdrücken von Verständnis erfolgen.
- Nutzung und Förderung vorhandener kommunikativen Fähigkeiten
- Anpassung von Kommunikationsform und -inhalten: Sowohl die Art der Kommunikation (z. B. Sprachtempo, Satzlänge, nonverbale Elemente) als auch die Inhalte werden an die individuellen Bedürfnisse, Ressourcen und Grenzen der MmD angepasst.

Anpassung der Aktivitäten und Erlebnismöglichkeiten

Während sich für MmD erlebnisarme, unstrukturierte und inhaltsleere Zeit häufig als Stressfaktor auswirkt, kann die Teilnahme an Betreuungsangeboten und strukturierten sozialen Kontakten eine vielfach positive Wirkung entfalten. Die Nutzung vorhandener Kompetenzen trägt zu deren Erhalt bei und stabilisiert die Selbstständigkeit. Darüber hinaus können Erfolgserlebnisse sowie die Erfahrung, sich sozial und aktiv einbringen zu können, das Wohlbefinden steigern und depressive Symptome, Aggressionen sowie Unruhe reduzieren.

Geeignet sind Aktivitäten und Erlebnismöglichkeiten, die die Betroffenen weder über- noch unterfordern und sich möglichst an ihren individuellen Interessen und biografischen Bezügen orientieren.

Anpassung des materiellen Umfeldes

Durch eine Gestaltung des materiellen Umfeldes, die den individuellen Präferenzen und Bedürfnissen entspricht, können das Wohlbefinden, die soziale Teilhabe sowie die Förderung vorhandener Kompetenzen unterstützt werden.

Konzeptueller Rahmen für die Anwendung der SET in der Pflege und Betreuung von MmD in der stationären Langzeitpflege

Die Grundlagen der SET-Anwendung im Bereich der stationären Langzeitpflege wurden in mehreren Publikationen dargestellt (Robl & Romero, 2013, 2015; Romero, 2025; Romero & Robl, 2011; Romero et al., 2021). Eine Kurzfassung des Manuals wurde im Rahmen der Implementierung allen Einrichtungen dieses Modellprojektes zur Verfügung gestellt und konnte um spezifische Angaben zu den jeweiligen Rahmenbedingungen des Hauses ergänzt werden (Robl & Romero, 2023).

Das SET-Konzept beinhaltet Empfehlungen für mehrere Bereiche der Pflege und Betreuung von MmD:

1. Erkennen individueller Bedürfnisse, Ressourcen, Grenzen und Interessen

Hierzu gehören:

- Kenntnis der Demenzdiagnose, des Demenzschweregrades sowie der krankheitsspezifischen Symptome
- insbesondere Kenntnis neuropsychiatrischer Symptome sowie anderer potenziell gefährdender und/oder belastender Erlebens- und Verhaltensweisen
- Kenntnis relevanter biografischer Daten
- Kenntnis aktueller Bedürfnisse, Ressourcen, Vorlieben und Abneigungen.

Um detailliertes und für die betroffenen Personen besonders relevantes Wissen zu erlangen, werden halbstandardisierte Erhebungsinstrumente eingesetzt. Durch geeignete Dokumentationsformen sowie Maßnahmen zur Optimierung der Kommunikation zwischen den MA – insbesondere auch berufsgruppenübergreifend – wird die Weitergabe und Nutzung dieses Wissens gefördert.

2. Anpassung der individuellen Kommunikationsformen, der Aktivitäten und Erlebnismöglichkeiten im Alltag sowie des materiellen Umfeldes auf Grundlage der gewonnenen Erkenntnisse.

3. Strukturierte Bewohnerbesprechungen

Als Instrument zum Gewinnen und Teilen relevanten Wissens über die MmD sowie zur Planung individueller Anpassungsmaßnahmen dienen Bewohnerbesprechungen (BW-Besprechungen). In einer interdisziplinären Teamsitzung werden dabei die aktuellen Bedürfnisse eines Bewohnenden ausführlich erörtert, um Pflege- und Betreuungsformen entsprechend anzupassen.

Diese strukturiert vorbereiteten und durchgeführten Besprechungen sollten mindestens einmal jährlich stattfinden. Darüber hinaus werden weitere Arbeitsformen empfohlen, die die Anpassung der Pflege- und Betreuung an die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen im Alltag unterstützen (z. B. regelmäßige interdisziplinäre Teamsitzungen oder ein Monitoring der Teilnahme von MmD an Aktivitäten).

4. Soziale Teilhabe, Aktivitäten und Erlebnismöglichkeiten

Eine wichtige Voraussetzung dafür, dass Aktivitäten und Erlebnismöglichkeiten an die individuellen Bedürfnisse von MmD angepasst werden können, ist ein breites Spektrum entsprechender Angebote. Insbesondere ist sicherzustellen, dass die Angebote für Menschen in unterschiedlichen Demenzstadien geeignet sind und zugleich individuellen Interessen entsprechen können.

Darüber hinaus ist darauf zu achten, dass alle MmD einen guten Zugang zu den Angeboten erhalten, d. h., dass sie entsprechend ihren Bedürfnissen eingeplant, motiviert und begleitet werden.

Es erscheint wünschenswert, dass MmD an mindestens vier strukturierten Angeboten pro Woche teilnehmen (Gruppen- oder Einzelbetreuung).

5. Anpassung des materiellen Umfeldes

Zur Pflege und Betreuung im Sinne des SET-Konzeptes gehört auch eine an die Bedürfnisse der MmD angepasste Gestaltung der individuellen Zimmer sowie der Gemeinschaftsräume. So können z. B. persönliche Fotos und eigene Möbelstücke im Zimmer das Gefühl, „zu Hause zu sein“, stärken. Entsprechend gestaltete Gemeinschaftsräume können darüber hinaus Impulse für soziale Kontakte oder zur Beschäftigung geben.

6. Einbeziehung von Angehörigen

Die Einbeziehung von Angehörigen stellt ein wichtiges Element des SET-Konzeptes dar und wird auch im Rahmen einer stationären Pflegeeinrichtung gezielt gefördert.

7. Zusammenarbeit mit kooperierenden Ärzten, Therapeuten und Krankenhäusern

Konzepte zur strukturierten Zusammenarbeit mit wichtigen externen Kooperationspartnern sind ebenfalls Bestandteil des SET-Konzeptes. Dabei werden sowohl die Kommunikation zwischen den beteiligten Akteuren gefördert als auch deren Einbindung in Behandlung, Pflege und Betreuung unterstützt.

SET und andere Konzepte zur Pflege und Betreuung von MmD in Pflegeeinrichtungen

Zu den Konzepten, die derzeit in der Begleitung von MmD häufig angewandt werden, gehören das „Modell der fördernden Prozesspflege“ von Krohwinkel, der personenzentrierte Ansatz von Tom Kitwood (Kitwood, 2022), das Validation-Konzept (Richard, 2001), der psychobiografische Ansatz nach Böhm (Böhm, 2018) sowie MAKS® (motorisch, alltagspraktisch, kognitiv, sozial) (Graessel et al., 2011).

Es ist nicht Anliegen dieses Beitrags, eine umfassende Vergleichsanalyse dieser Ansätze vorzunehmen. Vielmehr soll darauf hingewiesen werden, dass sich die praktischen Empfehlungen, die sich aus den genannten Konzepten ableiten, in wesentlichen Teilen überlappen, da sie auf mehreren Jahrzehnten Forschung und guter Praxis beruhen. Unterschiede zeigen sich vor allem in der Schwerpunktsetzung, im inhaltlichen Umfang und nur teilweise in kontrovers diskutierten Empfehlungen.

Charakteristika des SET-Konzeptes im Vergleich zu anderen Ansätzen

1. Das SET-Konzept formuliert und begründet theoretisch praktische Empfehlungen, die alle zentralen Lebensbereiche von MmD betreffen (Gestaltung der Kommunikation, der Aktivitäten und Erlebnismöglichkeiten, der Pflege und Betreuung, des materiellen Umfeldes sowie der Einbindung von Angehörigen und externen Kooperationspartnern). Andere Ansätze fokussieren stärker auf bestimmte Lebensbereiche, etwa die Validation auf Kommunikationsformen oder MAKS® auf stimulierende Gruppenaktivitäten. In die Begleitung von MmD nach dem SET-Konzept können solche fokussierten Ansätze – sofern individuell geeignet – integriert werden.

2. Im Rahmen des SET-Konzeptes wird darauf Wert gelegt, dass relevante medizinische Diagnosen bekannt sind und in die Pflege- und Betreuungsplanung einbezogen werden. Die Berücksichtigung dieser wichtigen Informationen zu Ursachen von Auffälligkeiten und zur Prognose bedeutet jedoch nicht, dass Betroffene auf ihre Diagnosen reduziert werden sollen. Auf Grundlage des Validation-Konzeptes und des personenzentrierten Ansatzes wird die medizinische Perspektive hingegen teilweise vermieden oder kritisch betrachtet.

3. Die meisten Empfehlungen zu geeigneten Umgangs- und Kommunikationsformen zeigen keine Unterschiede zwischen den aktuellen Konzepten. Zu den wenigen kontrovers diskutierten Themen gehört die Frage, ob bestätigende Reaktionen auf falsche Äußerungen oder auch das Formulieren objektiv nicht zutreffender Aussagen mit einer respektvollen Haltung vereinbar sind. Wie an anderer Stelle begründet (Romero & Wenz, 2018), können nach dem SET-Konzept in bestimmten Situationen auch faktisch nicht korrekte Aussagen gegenüber MmD als Ausdruck von Respekt und Fürsorge empfohlen werden. Eine andere

Position wird häufig auf Grundlage der Validation und des personenzentrierten Ansatzes vertreten.

4. „Probieren geht über Studieren“: Bei der Anwendung des SET-Konzeptes wird empfohlen, viele Regeln flexibel und an konkreten Erfahrungen orientiert umzusetzen. So kann beispielsweise das Dilemma, ob ein Tisch mit dem altvertrauten Kaffeeservice (nach Böhm) oder eher reizarm ohne ablenkende Elemente gedeckt werden sollte, am besten durch praktisches Ausprobieren im Einzelfall gelöst werden.

5. Die Anforderungen an Pflege und Betreuung, die sich aus der Anwendung des SET-Konzeptes ergeben, werden an die realen Möglichkeiten der Einrichtungen, insbesondere an die personelle Situation, angepasst. Dadurch sind sie in einigen Einrichtungen leichter umsetzbar als formale Anforderungen, die sich beispielsweise aus dem Böhm-Konzept ableiten.

Zusammenfassend erscheint es sowohl für MmD als auch für die MA von Vorteil, wenn Pflege und Betreuung im Rahmen eines strukturierten Konzeptes erfolgen, das alle relevanten Lebensbereiche berücksichtigt und zugleich flexibel angewendet werden kann.

3. Projektablauf

Die Durchführung des Projektes war für den Zeitraum Q3 2023 bis Q2 2025 geplant (s. Abbildung 1). In Hinblick darauf, dass die Abschlussveranstaltung des Projektes für Oktober 2025 geplant war, wurde im Mai 2025 die Laufzeit des Projektes bis 30.11.2025 kostenneutral verlängert.

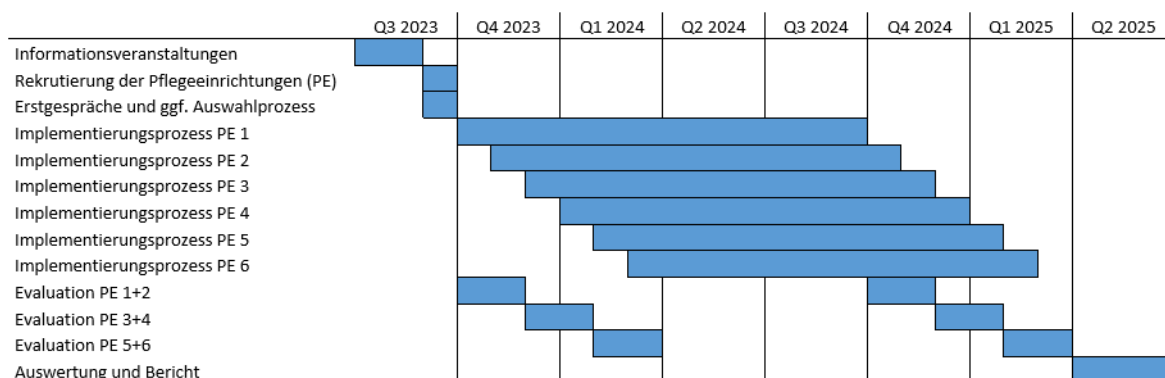


Abbildung 1 Geplanter zeitlicher Ablauf des Modellprojektes „Implementierung des SET-Konzeptes in die Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz in stationären Pflegeeinrichtungen in Rheinland-Pfalz“

Rekrutierung interessierter Einrichtungen (Q3 2023)

Alle stationären Langzeit-Pflegeeinrichtungen in Rheinland-Pfalz wurden über den E-Mail-Verteiler des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Transformation und Digitalisierung (MASTD) RLP zu zwei Informationsveranstaltungen eingeladen und mehrfach an die Veranstaltung erinnert. Außerdem wurden ein Bericht und eine Ankündigung mit Kontaktmöglichkeiten in der Zeitschrift CAREkonkret veröffentlicht, in welchen auf das Projekt und die

Informationsveranstaltungen aufmerksam gemacht wurden. Die Informationsveranstaltungen für interessierte Pflegeeinrichtungen fanden am 17.08.2023 in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Mainz sowie am 08.09.2023 als Onlineveranstaltung statt. An den Veranstaltungen nahmen MA aus insgesamt 15 Einrichtungen teil. Im Anschluss an die Informationsveranstaltungen bekamen die an dieser teilnehmenden Einrichtungen Bewerbungsbögen zugesendet, welche sie bei Interesse innerhalb einer zweiwöchigen Frist ausgefüllt zurücksendeten. Aus den eingegangenen zehn Bewerbungen wurden sechs Einrichtungen entsprechend des Projektantrags beim MASTD RLP ausgewählt. Auswahlkriterien hierfür waren ein möglichst geringer Anteil von Zeitarbeitskräften unter den MA der Pflege und sozialen Betreuung und eine stabile Leitungssituation, um die Nachhaltigkeit der Implementierung zu gewährleisten. Außerdem wurde darauf geachtet, dass die ausgewählten Einrichtungen unterschiedlichen Trägern zugehörig waren.

Folgende sechs Einrichtungen wurden in Rücksprache mit dem MASTD RLP ausgewählt und diesen die Auswahl am 25.09.2023 mitgeteilt:

- Caritas-Altenzentrum St. Bonifatius, Haus St. Matthias, Am Schwanenweiher 6b, 67105 Schifferstadt
- AWO Seniorenzentrum Vierwindenhöhe, Vierwindenhöhe 14-16, 56170 Bendorf
- Senioren-Wohn- und Pflegestift, Waldparkresidenz Altrip, Moltkestraße 62, 67122 Altrip
- Vereinigte Hospitien, Altenwohn- und Pflegeheim Stift St. Irminen, Irminenfreihof 2, 54290 Trier
- Alten- und Pflegeheim des Hospitalfonds Montabaur gGmbH, Dillstr. 1, 56410 Montabaur
- Stiftung Zivilhospital, Altenzentrum Oppenheim, Jakob-Steffan-Platz 1, 55276 Oppenheim

Implementierung des SET-Konzeptes in den Einrichtungen (Q4 2023 bis Q2 2025)

Die Implementierungen konnten in allen sechs Einrichtungen wie geplant starten. Die Schulungen, die den ersten Schritt der Implementierung darstellen, fanden im Zeitraum vom 23.10.2023 bis 21.03.2024 in den sechs Einrichtungen statt und wurden ohne relevante Verzögerung abgeschlossen.

Der zweite Block der Implementierung, in dem SET-relevante Elemente der Versorgung in partizipativer Zusammenarbeit mit den MA und entsprechend dem Bedarf optimiert wurden, fand im Zeitraum vom 27.11.2023 bis 20.11.2024 statt. Eine Einrichtung stieg aufgrund von Personalmangel nach dem zweiten Block aus dem Projekt aus. Nach Auskunft der Einrichtungsleitung habe der Personalmangel nicht mit der SET-Implementierung zusammengehungen.

Der dritte Block mit Supervision und Unterstützung bei der Verschriftlichung und Integration des SET-Konzeptes in die eigenen Versorgungsprozesse erfolgte mit den fünf verbleibenden Einrichtungen vom 10.10.2024 bis 24.04.2025, mit einer Verzögerung von ca. 2 Monaten in der letzten Einrichtung, aufgrund von hoher Arbeitsbelastung und Schwierigkeiten in der Terminfindung seitens der Einrichtung.

Rekrutierung und Schulung von Multiplikatoren

Während der Implementierung wurden in den fünf Einrichtungen SET-Multiplikatoren identifiziert. Sie wurden auf ihre Aufgabe vorbereitet, zukünftig neue MA in das SET-Konzept einzuführen und für eine Nachhaltigkeit im eigenen Haus Sorge zu tragen.

Evaluation des Projektes (Q4 2023 bis Q2 2025)

Begleitend zu der Implementierung fand eine Evaluation mit Datenerhebungen in den Einrichtungen zu Beginn der Implementierung sowie nach Abschluss der Implementierung statt. Wie geplant fand die Datenerhebung zu Beginn der Implementierung im Zeitraum vom 30.10.2023 bis 19.03.2024 statt. Durch die Verzögerung des dritten Implementierungsblocks in der letzten Einrichtung verzögerten sich auch hier die Datenerhebung und Evaluation, sodass der zweite Evaluationsblock vom 20.11.2024 bis 20.05.2025 stattfand. Das Projekt wurde in den fünf verbliebenen Einrichtungen somit mit Verzögerung in Q2 2025 abgeschlossen.

Veranstaltungen im Rahmen des Projektes

Fachhaustauschtreffen

Am 22.07.2025 fand auf Initiative der MA der Projekteinrichtungen ein Fachhaustausch-Treffen statt. An diesem haben MA aus insgesamt sechs Pflegeheimen, die nach dem SET-Konzept arbeiten, davon drei der Projekteinrichtungen, teilgenommen. Dabei wurden die Erfahrungen mit der Anwendung des SET-Konzeptes diskutiert. Die Teilnehmerinnen meldeten zurück, dass sie den Austausch als bereichernd empfanden und weiterhin in Kontakt bleiben und Erfahrungen miteinander teilen möchten.

Abschlussveranstaltung

Am 22.10.2025 fand die Abschlussveranstaltung des Projektes statt, bei der Ergebnisse der Evaluationsstudie vorgestellt wurden und MA der teilnehmenden Einrichtungen über ihre Erfahrungen mit der Anwendung des SET-Konzeptes berichteten.

4. Beschreibung der Einrichtungen

In den fünf Einrichtungen, in denen das SET-Konzept implementiert wurde, arbeiteten zu Beginn des Projektes zwischen 19,06 Vollzeitkräfte (VK; im Sinne von Vollzeitäquivalenten) und 58,09 VK in der Pflege und zwischen 4,06 VK und 8,17 VK in der sozialen Betreuung.

In allen Einrichtungen gab es Gemeinschaftsräume, in welchen sich Bewohnende mit Demenz (BWmD) aufhalten konnten. Diese waren mit Gegenständen ausgestattet, welche die Sinne anregen oder Selbstbeschäftigung fördern konnten, wie bspw. Zeitungen, Puppen oder Tastobjekte. Die Einrichtungen verfügten zudem alle mit einer Ausnahme über einen Außenbereich, in welchem sich BWmD ohne Begleitung aufhalten konnten.

5. Implementierung des SET-Konzeptes in den Einrichtungen

Die Implementierung des SET-Konzeptes war jeweils für circa ein Jahr geplant. Als Grundlage diente das SET-Implementierungskonzept, das von Romero und Robl entwickelt und in der bisherigen Praxis angewandt wurde (Robl & Romero, 2015, 2023; Romero & Robl, 2011). Romero und Robl haben das SET-Konzept auch in aktuellen Projekteinrichtungen eingeführt. Die Vermittlung von Wissen und die Zusammenarbeit mit den MA der Einrichtungen bei der Umsetzung des Konzeptes geschahen jeweils vor Ort. Den MA wurden schriftliche Unterlagen übermittelt, hierunter vor allem ein Konzept zur Anwendung der SET in Pflegeheimen, einschließlich Merkblättern zu geeigneten Kommunikationsformen sowie zur Vorbereitung und Strukturierung der BW-Besprechungen. Im Rahmen der Implementierung wurde das übermittelte Konzept an die individuellen Bedürfnisse der jeweiligen Einrichtung angepasst.

Im ersten Fortbildungsblock wurde in Form von interaktiven Seminaren Wissen zum Thema Demenz und zu Möglichkeiten, BWmD zu unterstützen, aus der SET-Perspektive vermittelt. Kenntnisse zu Grundlagen des SET-Konzeptes, des so verankerten Verständnisses der Demenzfolgen und der Empfehlungen für geeignete Formen der Kommunikation und Tagesgestaltung stellen eine Voraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung des Konzeptes dar. Für MA der Pflege und sozialen Betreuung war ein Umfang von 2,5 Tagen vorgesehen, für MA der Hausleitung, Verwaltung und Hauswirtschaft von 0,5 Tagen. Damit ausreichend viele MA die einführenden Seminare besuchen konnten, wurden diese bei Bedarf wiederholt. Für Arbeitstreffen mit Kooperationspartnern (Ärztinnen und Ärzte, Therapeutinnen und Therapeuten) waren zusätzlich 0,5 Arbeitstage eingeplant. Hier wurde die Gestaltung der Zusammenarbeit an der Grundlage des SET-Konzeptes erläutert. Bei der Umsetzung der Implementierung wurde der Umfang dieses ersten Fortbildungsblocks an die Bedürfnisse der Einrichtungen angepasst. In einer Einrichtung wurde in Rücksprache mit den MA, die sich bereits vertraut mit den Inhalten der Fortbildung zeigten, der Umfang der einführenden Seminare um einen Tag reduziert. Insgesamt hat die Durchführung der Seminare und Arbeitstreffen mit den Kooperationspartnern in den fünf bis zum Ende verbliebenen Einrichtungen 39 Arbeitstage in Anspruch genommen, im Durchschnitt 7,8 Arbeitstage pro Einrichtung.

Im zweiten Schritt wurden konkrete einrichtungsbezogene Ziele zur Umsetzung des SET-Konzeptes in partizipativer Zusammenarbeit mit den MA und entsprechend dem Bedarf entwickelt. Angesprochen waren hier die Einrichtungsleitung, Pflegedienstleitung, Sozialdienstleitung sowie die Qualitätsmanagementbeauftragten. Es gab Arbeitstreffen bei Start, zur Halbzeit und am Schluss. Pro Einrichtung ergab das im Durchschnitt 2,5 Arbeitstage. Themen waren u. a.: Definition und Erkennbarkeit der Zielgruppe des SET-Programms, Einsatz von Assessmentinstrumenten, Struktur und Organisation der BW-Besprechungen, Klärung der Dokumentationsorte, Zugriffsmöglichkeiten der einzelnen Gruppen von MA auf die Dokumentation, Informationsfluss zu Hauswirtschaft und Verwaltung, Gestaltung der Räumlichkeiten, Gestaltung des Betreuungsangebots, Einsatz von Betreuungsassistenten, Planungslisten für soziale Betreuung, Einbindung von Therapeutinnen und Therapeuten, Kooperation mit gerontopsychiatrischen Krankenhaus-Stationen, Kontaktpflege zu Angehörigen, Konzepterstellung, Fachbegleitungen.

In einem dritten Schritt wurden strukturierte BW-Besprechungen als ein wichtiges Element der SET-bezogenen Prozesse bei den MA der Pflege und sozialen Betreuung (sowie ggf. der

Hauswirtschaft und Verwaltung) eingeführt und angewandt. Die Schulung zur Einführung (zu Sinn, Zielsetzung, Ablauf, Assessments, Vor- und Nachbereitung) dauerte jeweils einen halben Arbeitstag und wurde nach Bedarf im Haus mehrfach wiederholt. Im Folgenden wurden pro Wohnbereich zwei BW-Besprechungen im ersten Halbjahr der Implementierung durchgeführt, Dauer jeweils einen halben Arbeitstag. Die MA wurden dazu angehalten, alle neuen und nach und nach die bestehenden BWmD in den SET-Prozess mittels einer BW-Besprechung aufzunehmen. Es konnte erwartet werden, dass bis Ende des Implementierungsjahres (fast) alle BWmD in den SET-Prozess aufgenommen worden waren. Gegen Ende der Implementierung wurde zudem pro Wohnbereich ein Audit zu einem BWmD angesetzt (u. a. Diagnose, Ressourcen, Auffälligkeiten mit entsprechenden Maßnahmen, Teilhabe an einem Gruppenangebot, Besichtigung des Zimmers), Dauer: je einen halben Arbeitstag.

In der letzten, vierten, Implementierungsphase wurden die MA durch Supervision, abschließende BW-Besprechungen und bei der Verschriftlichung und Integration des SET-Konzeptes in die eigenen Versorgungsprozesse unterstützt. Der Umfang von diesem Teil des Programms betrug insgesamt 10,5 Arbeitstage, im Durchschnitt 2,1 Arbeitstage pro Einrichtung.

Detaillierte Angaben zum Umfang der Arbeitstage, die in den einzelnen Einrichtungen bei der Umsetzung des Implementierungsprogramms von den das SET-Konzept einführenden Personen erbracht wurden, sind in Tabelle 1 abgebildet. Die Zahlen vermitteln Hinweise dazu, im welchen Umfang die Einrichtungen bei der Einführung des Konzeptes in Anspruch genommen wurden. Dabei ist zu bedenken, dass einzelne MA jeweils nur an einem Teil des gesamten Programms teilgenommen haben. So haben z. B. die MA der Pflege und Betreuung am ersten Fortbildungsblock maximal im Umfang von 2,5 Tagen teilgenommen. Die höhere Zahl der für den ersten Schritt ausgewiesenen Arbeitstage hängt vor allem damit zusammen, dass die einführenden Seminare wiederholt für mehrere Gruppen durchgeführt wurden. Gleichzeitig bestand für die MA ein wesentlicher Teil des Arbeitsaufwands, der mit der Konzept Einführung zusammenhing, in der selbständigen Umsetzung des Konzeptes. Dieser Teil des Arbeitsaufwandes lässt sich nicht in Zahlen abbilden. Einige Einblicke in die damit verbundene Belastung der MA gaben die hierfür geführten Gespräche und Befragungen (s Kapitel 7.2).

Tabelle 1 Zeitlicher Umfang der Einführung des SET-Konzeptes in den fünf Einrichtungen: Zahl der Arbeitstage der das Konzept einführenden Personen pro Programmteil

Einrichtung	Arbeitstage der Dozenten beim 1. Schritt der Implementierung	Arbeitstage der Dozenten beim 2.+3. Schritt der Implementierung	Arbeitstage der Dozenten beim 4. Schritt der Implementierung	Arbeitstage der Dozenten Gesamt
2	6,5	9,5	1	17
3	5,5	6,5	2	14
4	9,0	8,5	2,5	20
5	9,0	9,5	2,5	21
6	9,0	11,5	2,5	23
Gesamt:	39,0	45,5	10,5	95

(Schritte 1 bis 4, vergl. Erklärung im Text)

6. Evaluation: Methode

Es wurde eine prä-post-Erhebung mit dem ersten Erhebungszeitpunkt vor der Einführung der SET (T0) und dem zweiten Erhebungszeitpunkt nach Beendigung der Implementierung (T1) durchgeführt.

Im Sinne der Übersichtlichkeit werden Stichprobe, Untersuchungsgegenstand und die Ergebnisse für Fragestellung 1 (Evaluation der Umsetzung des SET-Konzeptes) und Fragestellung 2 (Arbeitsbezogene Belastung und Zufriedenheit der MA der Pflegeeinrichtungen) getrennt dargestellt.

6.1. Fragestellung 1: Evaluation der Umsetzung des SET-Konzeptes

Zur Bewertung, wie erfolgreich die Implementierung des SET-Konzeptes gelungen ist, wurden im Rahmen der Evaluation Antworten auf die folgenden Fragen gesucht:

1. Welcher Anteil der MA nahm an den Schulungen, die im Rahmen der Implementierung durchgeführt wurden, teil?
2. Wurden SET-Multiplikatoren rekrutiert und geschult?
3. Wurde ein schriftliches Konzept zur Anwendung des SET-Konzeptes in der stationären Langzeitpflege übernommen und an die Bedingungen der jeweiligen Einrichtung angepasst?
4. Ist das Vorliegen der Demenzdiagnose oder einer relevanten kognitiven Beeinträchtigung im Dokumentationssystem durch einen Dauerreiter oder in einer anderen Form markiert?
5. Ist der Schweregrad der Demenz bzw. der relevanten kognitiven Beeinträchtigung dokumentiert?

6. Sind die folgenden Daten zu BWmD dokumentiert:

- Familienstand
- Beruf
- frühere Interessen und Gewohnheiten
- prägende Erfahrungen?

7. An wie vielen Gruppenangeboten haben die BWmD in der Stichwoche teilgenommen und wie oft waren sie in dieser Woche einzelbetreut?

Als Stichwoche wurde die Woche direkt vor dem Erhebungstag bestimmt. In begründeten Fällen, wie z. B. Krankheit eines BWmD, wurde eine andere, möglichst zeitnahe Woche bestimmt.

8. Bei welchem Anteil der BWmD wurde in den letzten 12 Monaten BW-Besprechungen durchgeführt?

6.1.1. Datenerhebung

Die Daten zu Frage 1 wurden anhand der Anwesenheitslisten erhoben. Die Angaben zu den Fragen 2 bis 4 wurden von MA der Einrichtungen und von den Dozenten, die das Konzept implementiert haben, gemacht. Die Daten zu den Fragen 5 bis 8 wurden der Routedokumentation der Einrichtungen entnommen und in anonymisierter Form mit Unterstützung durch einen MA der jeweiligen Einrichtung anhand der digitalen Dokumentation für jeden BWmD erhoben.

6.1.2. Stichprobe

Das SET-Konzept wurde im Rahmen des Projektes in fünf Einrichtungen implementiert. Bei der Auswertung wurden die Daten dieser fünf Einrichtungen einbezogen. Die Daten der sechsten, ausgeschiedenen, Einrichtung, die nur zu T0 erhoben wurden, wurden nicht berücksichtigt.

In den fünf einbezogenen Einrichtungen lebten insgesamt zu T0 zwischen 66 und 135 BW auf je zwei bis sechs Wohnbereichen und zu T1 zwischen 65 und 134 BW auf je zwei bis fünf Wohnbereichen.

In die Untersuchung wurden BW, die den folgenden Kriterien entsprachen, eingeschlossen:

- Es lag eine ärztlich gesicherte und im Dokumentationssystem dokumentierte Demenzdiagnose vor oder es lag eine relevante kognitive Beeinträchtigung vor.
Die relevante kognitive Beeinträchtigung wurde operationalisiert als mindestens 7,5 Punkte-Wert (gewichtet) im Begutachtungsinstrument (BI) des Medizinischen Dienstes, Modul 2 (Kognitive und kommunikative Fähigkeiten).
- Der BW lebte seit mindestens 3 Monaten in der Einrichtung.

Angaben zur Identifikation der Zielgruppe der BWmD wurden der Routedokumentation entnommen.

Im Weiteren werden alle BW, die diesen Kriterien entsprachen, als BW mit Demenz (BWmD) bezeichnet, obwohl nicht bei allen eine medizinische Demenzdiagnose vorlag.

Zu T0 erfüllten diese Kriterien in den fünf Einrichtungen je zwischen 30 und 68 BW, insgesamt umfasste die Stichprobe zu T0 N = 268 BWmD. Zu T1 erfüllten in den fünf Einrichtungen zwischen 30 und 71 BW die o. g. Kriterien, mit N = 262 BWmD insgesamt.

Zu T0 wurden 36,6% der BWmD über alle fünf Einrichtungen hinweg aufgrund des gewichteten BI-Wertes in die Stichprobe eingeschlossen, bei 63,4% der ausgewählten BWmD lag eine medizinisch gestellte Demenzdiagnose vor. Zu T1 wurden 30,9% aufgrund des BI-Wertes und 69,1% der BWmD aufgrund einer medizinisch gestellten Diagnose eingeschlossen.

6.2. Fragestellung 2: Arbeitsbezogene Belastung und Zufriedenheit der Mitarbeitenden der Pflegeeinrichtungen

6.2.1 Instrumente

Zur Evaluation der Zufriedenheit der MA der Pflegeeinrichtungen wurden zum einen auf Ebene der MA im Sinne einer indirekten Veränderungsmessung selbst entwickelte Items zur Arbeitszufriedenheit zu T0 und T1 verwendet. Zum anderen wurde eine direkte Veränderungsmessung zu T1 durchgeführt, in der mittels selbst entwickelter Items nach Veränderungen in der Arbeit mit BWmD sowie deren Angehörigen gefragt wurde (s. Tabelle 8). Diese Abfragen erfolgte auf eine fünfstufigen Likert-Skala mit den Antwortmöglichkeiten trifft gar nicht zu (= 0), trifft wenig zu (= 1), trifft teils-teils zu (= 2), trifft ziemlich zu (= 3) und trifft völlig zu (= 4).

Des Weiteren wurde der Fragebogen zum Belastungserleben im Umgang mit Demenz in der stationären Altenhilfe (BelaDem) (Schwab, 2013, s. Anhang 1) zu T0 und T1 verwendet. Der BelaDem beinhaltet 16 potenziell belastende Situationen für Pflegenden und Betreuenden im Umgang mit MmD. Die Pflegenden bzw. Betreuenden schätzen jede Situation (z. B. Bedrohungsgefühl durch MmD, laute Geräusche durch MmD) hinsichtlich der Schwere der Belastung auf einer sechsstufigen („gar nicht“ bis „sehr stark“, Wertebereich 0-5) und hinsichtlich der Auftretenshäufigkeit auf einer vierstufigen („nie“ bis „sehr oft“, Wertebereich 1-4) Likert-Skala ein. Zur Auswertung wird für jedes Item das Produkt aus dem Belastungswert und der Wurzel des Wertes der Auftretenswahrscheinlichkeit berechnet. Die entstehenden Indizes werden mit 10 multipliziert, um Prozentwerte zu errechnen. Diese werden in vier Skalen, „Aggressives Verhalten“, „Hilflosigkeit“, „Quantitative Anforderungen“ und „Akustische Störungen“, zusammengefasst, vier Items (Item 6, 12, 13 und 16: „Ruhigstellen“, „Probleme teilen“, „Apathisches Verhalten“, „Umgang mit Angehörigen“) werden einzeln betrachtet (Auswertungsbogen, s. Anhang 2). Je höher der Prozentwert, desto höher ist die Belastung der Pflegepersonen.

Ergänzend fanden zu T1 in jeder Einrichtung Fokusgruppeninterviews zur Erhebungen der Zufriedenheit, der Veränderungen durch die Einführung der SET in der Einrichtung und der fördernden und hemmenden Faktoren während der Implementierung statt (Interviewleitfaden, s. Anhang 3). Die Fokusgruppeninterviews wurden als Audio aufgenommen, transkribiert und entsprechend der inhaltlich-strukturierenden Inhaltsanalyse (Kuckartz & Rädiker, 2020) analysiert.

6.2.2. Stichprobe

Die Stichproben zur Beantwortung der Fragestellung 2 (Arbeitsbezogene Belastung und Zufriedenheit der MA der Pflegeeinrichtungen) unterschieden sich zwischen T0 und T1 wesentlich voneinander. Zu T0 wurden die entsprechenden Fragebögen allen MA der Pflege und sozialen Betreuung der fünf einbezogenen Heime vorgelegt, die an den einführenden Seminaren zur SET teilgenommen haben. Hier beantworteten N = 210 MA den Fragebogen. Um möglichst viele MA mit der schriftlichen Befragung zu erreichen, wurden die Fragebögen den MA jeweils zu Beginn der Seminare vorgelegt. Zu T1 gelang es nur 39 MA der Pflege und Betreuung für diese Befragung zu rekrutieren. Von diesen haben 35 MA die Fragebögen sowohl zu T1 als auch zu T0 ausgefüllt. Eine Befragung in größeren Gruppen war mit der Arbeitsbelastung der MA schwer zu vereinbaren.

Die Fokusgruppeninterviews fanden mit fünf bis zehn MA der Pflege und sozialen Betreuung, sowie in drei Einrichtungen auch MA der Verwaltung, Technik und Hauswirtschaft statt. Die Zusammensetzung der Gruppe wurde mit dem in der Einrichtung für die Koordination des SET-Projektes zuständigen MA besprochen und umgesetzt. Dabei sollten von allen Wohnbereichen MA der Pflege, MA der sozialen Betreuung und wenn möglich MA der Verwaltung, Technik und Hauswirtschaft anwesend sein. Die gewünschte Größe entsprach acht bis zwölf Personen, wobei aufgrund von Krankheitsausfällen in einigen Einrichtungen am Erhebungstag nur kleinere Gruppengrößen zustande kamen.

7. Evaluation: Ergebnisse

7.1. Fragestellung 1: Evaluation der Umsetzung des SET-Konzeptes

Ad 1. Welcher Anteil der MA nahm an den Schulungen, die im Rahmen der Implementierung durchgeführt wurden, teil?

Insgesamt arbeiteten über alle Berufsgruppen hinweg, inkl. Verwaltungsmitarbeitenden u.a., in den fünf Einrichtungen 630 MA.

Wie sich anhand der Anwesenheitslisten feststellen ließ, wurden im Rahmen der einführenden Seminare 194 MA der Pflege und sozialen Betreuung sowie 31 MA der Hauswirtschaft, Technik und Verwaltung, also zusammengenommen 225 MA geschult.

Tabelle 2 Anteil der Mitarbeitenden aller Berufsgruppen, die an den einführenden Seminaren teilgenommen haben

Einrichtung	Anteil der Mitarbeitenden aller Berufsgruppen, die an den einführenden Seminaren teilgenommen haben
2	40,0%
3	44,9%
4	40,2%
5	33,5%
6	29,6%
Gesamt:	35,7%

An der Etablierung strukturierter BW-Besprechungen und der Optimierung der SET-relevanten Elementen der Versorgung (wie z. B. Beschäftigungsangebote) haben wechselnde Gruppen von MA aus der Pflege und der sozialen Betreuung teilgenommen. Bei den zweiten und dritten Schritten des Implementierungsprogramms wurden 15 Einführungen in die BW-Besprechung mit 133 MA, 37 BW-Besprechungen mit 242 MA und 17 bewohnerbezogene Audits mit 45 MA durchgeführt, wobei einzelne MA mehrmals teilnahmen. Die Beteiligung an der letzten Phase des Programms (u. a. Supervision, Bewertung der Implementierung) wurde nicht vollständig namentlich dokumentiert.

Ad 2. Wurden SET-Multiplikatoren rekrutiert und geschult?

In allen fünf Einrichtungen wurden MA bestimmt, die die Aufgabe übernommen haben, in Zukunft als SET-Multiplikatoren neue MA in die Anwendung des SET-Konzeptes in der Einrichtung einzuführen. Sie nahmen an dem Implementierungsprogramm in ihrer Einrichtung teil und wurden darüber hinaus individuell und gezielt auf diese Aufgabe vorbereitet.

Zusätzlich wurden in allen Einrichtungen MA bestimmt, die als SET-Beauftragte die stetige Umsetzung des SET-Konzeptes leitend unterstützen.

Ad 3. Wurde ein schriftliches Konzept zur Anwendung des SET-Konzeptes in der stationären Langzeitpflege übernommen und an die Bedingungen der jeweiligen Einrichtung angepasst?

Die schriftliche Fassung des SET-Konzeptes wurde von allen fünf Einrichtungen übernommen und inhaltlich an die Situation der Einrichtung angepasst.

Ad 4. Ist das Vorliegen einer Demenzdiagnose oder einer relevanten kognitiven Beeinträchtigung im Dokumentationssystem durch einen Dauerreiter oder in einer anderen Form markiert?

Zur besseren Identifizierung der BWmD im Arbeitsalltag sollten diese im Dokumentationssystem durch einen Dauerreiter markiert sein.

4.1. Wurden BW mit medizinischer (Verdachts-)Diagnose Demenz mit einem Dauerreiter markiert?

In drei der fünf Einrichtungen (entsprechend den Nummern 2, 3 und 5) wurde ein Dauerreiter zur Markierung bei einer bestehenden medizinisch gestellten Demenzdiagnose sowohl zu T0 als auch zu T1 verwendet und bei nahezu 100% dieser Zielgruppe eingesetzt (s. Tabelle 3).

Tabelle 3 Anteil der BWmD mit Demenzdiagnose und Dauerreitermarkierung je Einrichtung und gesamt zu den Zeitpunkten T0 und T1 in %

Einrichtung	Anteil der BWmD mit Demenzdiagnose und mit Dauerreitermarkierung zu T0	Anteil der BWmD mit Demenzdiagnose und mit Dauerreitermarkierung zu T1
2	100%	100%
3	100%	100%
4	0%	100%
5	97,3%	100%
6	0%	0%
Gesamt Mittelwert	64,7%	83,4%

(BWmD = alle Bewohnende, die den Einschlusskriterien entsprachen, obwohl nicht bei allen eine medizinische Demenzdiagnose vorlag; T0 = erster Erhebungszeitpunkt vor der Einführung der SET; T1 = zweiter Erhebungszeitpunkt nach Beendigung der Implementierung)

4.2. Wurde eine Dokumentationsform zur Markierung von BWmD eingeführt?

Im Rahmen der Implementierung wurde angestrebt, auch BW ohne Demenzdiagnose, jedoch mit Auffälligkeiten im BI Modul 2 (Kognitive und kommunikative Fähigkeiten) mit mindestens 7,5 Punkte-Wert (gewichtet), durch eine entsprechende Markierung in der Dokumentation zu kennzeichnen. Die Einrichtungen setzten diese Vorgabe unterschiedlich um. In den Einrichtungen 2, 3 und 5 wurde zu T1 zusätzlich zum Diagnose-Dauerreiter ein BI-Dauerreiter verwendet, mit dem Auffälligkeiten im BI Modul 2 markiert wurden (s. Tabelle 4). In einer Einrichtung (Nr. 4) wurde ein SET-Dauerreiter eingeführt, mit dem BWmD gekennzeichnet wurden. In diesen vier Einrichtungen (2, 3, 4 und 5) wurden zu T1 alle BWmD (100%) mittels Dauerreiter markiert. Eine Einrichtung (Nr. 6) hat auf die Einführung eines Dauerreiters verzichtet und sich entschieden, BWmD anhand der dokumentierten Protokolle der BW-Besprechungen im Dokumentationssystem zu identifizieren.

Zu T0 lag somit bei 41,0% der BWmD eine Markierung mittels Dauerreiter vor, zu T1 bei 82,4% der BWmD. Dieser Unterschied ist signifikant ($\chi^2(1)=94,16$; $p<0,001$), hing jedoch davon ab welcher Anteil der BWmD auch eine medizinische Demenzdiagnose hatte.

Tabelle 4 Anteil der BWmD mit Dauerreitermarkierung je Einrichtung und gesamt zu den Zeitpunkten T0 und T1 in %

Einrichtung	Anteil der BWmD mit Dauerreitermarkierung zu T0	Anteil der BWmD mit Dauerreitermarkierung zu T1
2	67,6%	100%
3	93,3%	100%
4	0%	100%
5	57,1%	100%
6	0%	0%
Gesamt Mittelwert	41,0%	82,4%

(BWmD = alle Bewohnende, die den Einschlusskriterien entsprachen, obwohl nicht bei allen eine medizinische Demenzdiagnose vorlag; T0 = erster Erhebungszeitpunkt vor der Einführung der SET; T1 = zweiter Erhebungszeitpunkt nach Beendigung der Implementierung)

Ad 5. Ist der Schweregrad der Demenz bzw. der relevanten kognitiven Beeinträchtigung dokumentiert?

Zur besseren Information der MA über das Ausmaß der kognitiven Auffälligkeiten sollen Angaben zum Schweregrad der Demenz bzw. der relevanten kognitiven Beeinträchtigung (weiter im Text zur Abkürzung als Demenzschweregrad bezeichnet) in der Strukturierten Informationssammlung (SIS) oder an einer anderen Stelle außerhalb von vorliegenden Arztbriefen oder dem BI dokumentiert sein. Zu T0 lag bei 0,7% der BWmD ein so dokumentierter Schweregrad vor, zu T1 bei 72,5% der BWmD. Dieser Unterschied ist signifikant ($\chi^2(1)=292,30$; $p<0,001$).

Tabelle 5 Anteil der BWmD mit dokumentiertem Demenzschweregrad je Einrichtung und gesamt zu den Zeitpunkten T0 und T1 in %

Einrichtung	Anteil der BWmD mit dokumentiertem Demenzschweregrad zu T0	Anteil der BWmD mit dokumentiertem Demenzschweregrad zu T1
2	1,5%	100%
3	0%	93,3%
4	0%	83,0%
5	1,6%	38,7%
6	0%	50,0%
Gesamt Mittelwert	0,7%	72,5%

(BWmD = alle Bewohnende, die den Einschlusskriterien entsprachen, obwohl nicht bei allen eine medizinische Demenzdiagnose vorlag; T0 = erster Erhebungszeitpunkt vor der Einführung der SET; T1 = zweiter Erhebungszeitpunkt nach Beendigung der Implementierung)

Ad 6. Sind die folgenden Daten zu BWmD dokumentiert:

Familienstand

Beruf

frühere Interessen und Gewohnheiten

prägende Erfahrungen?

Die Dokumentation des Familienstandes unterschied sich zwischen T0 mit 98,9% und T1 mit 94,7% dokumentierten Fällen nicht signifikant ($\chi^2(1)=6,31$; $p=0,012$). Bei der Dokumentation des Berufes zeigte sich zwischen T0 mit 78,7% und T1 mit 89,3% ein signifikanter Unterschied ($\chi^2(1)=10,24$; $p=0,001$). Ebenso zeigte sich bei der Dokumentation von (früheren) Interessen und Gewohnheiten zwischen T0 mit 85,4% und T1 mit 96,9% dokumentierten Fällen ein signifikanter Unterschied ($\chi^2(1)=20,28$; $p<0,001$) wie auch bei der Dokumentation von prägenden biographischen Erfahrungen mit zu T0 69,0% und zu T1 80,2% dokumentierten Fällen ($\chi^2(1)=8,06$; $p=0,005$).

Ad 7. An wie vielen Gruppenangeboten haben die BWmD in der Stichwoche teilgenommen und wie oft waren sie in dieser Woche einzelbetreut?

Folgende Arten von Gruppen wurden zu T0 und T1 angeboten:

1. Bewegung, z. B. Sitztanz, Gymnastik, Kegeln
2. Musik, z. B. Singen, Klangmassage
3. Kognitive Aktivierung, z. B. Zeitungsrunde, Lesekreis, Bingo, Spielerunde
4. Sonstiges, z. B. Sturzprophylaxe, Ausflüge, saisonale Feste, Stammtische, Besuche von Kindergarten oder Therapiehunden, Gottesdienstbesuche

Zu T0 nahmen in der Stichwoche 244 von 268 (91,0%) BWmD zumindest einmal an einem Betreuungsangebot teil, d. h. entweder nahmen sie an Gruppenangeboten teil, bekamen Einzelbetreuung oder beides. Zu T1 nahmen in der Stichwoche 244 von 262 BWmD (93,1%) zumindest einmal an irgendeiner Form eines Betreuungsangebotes teil. Tabelle 6 zeigt Details zu der Verteilung der BWmD mit Gruppenangeboten, Einzelangeboten und beidem. Die Unterschiede der Verteilung der Betreuungsangebote zu T0 und T1 sind nicht signifikant ($\chi^2(1)=0,53$; $p=0,467$). Tendenziell zeigte sich zu T1 im Vergleich zu T0 ein höherer Anteil an BWmD, die sowohl an Gruppenangeboten als auch an Einzelbetreuung teilgenommen haben.

Abschlussbericht zum Modellprojekt „Implementierung des SET-Konzeptes in die Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz in stationären Pflegeeinrichtungen in Rheinland-Pfalz“

Tabelle 6 Anteil an BWmD in %, die in der Stichwoche zu den Zeitpunkten T0 und T1 zumindest einmal Gruppen- und/oder Einzelangebote besuchten

Einrichtung	T0 nur Gruppe	T0 nur Einzel	T0 beides	T0 keine Teilnahme	T1 nur Gruppe	T1 nur Einzel	T1 beides	T1 keine Teilnahme
2	48,5%	13,2%	26,5%	11,8%	35,2%	21,1%	42,3%	1,4%
3	6,7%	13,3%	80,0%	0,0%	46,7%	0,0%	16,7%	36,7%
4	4,1%	36,7%	51,0%	8,2%	11,3%	32,1%	52,8%	3,8%
5	38,1%	9,5%	52,4%	0,0%	38,7%	11,3%	50,0%	0,0%
6	41,4%	20,7%	17,2%	20,7%	21,7%	8,7%	60,9%	8,7%
Gesamt:	31,7%	18,3%	41,0%	9,0%	30,2%	16,4%	46,6%	6,9%

(BWmD = alle Bewohnende, die den Einschlusskriterien entsprachen, obwohl nicht bei allen eine medizinische Demenzdiagnose vorlag; T0 = erster Erhebungszeitpunkt vor der Einführung der SET; T1 = zweiter Erhebungszeitpunkt nach Beendigung der Implementierung)

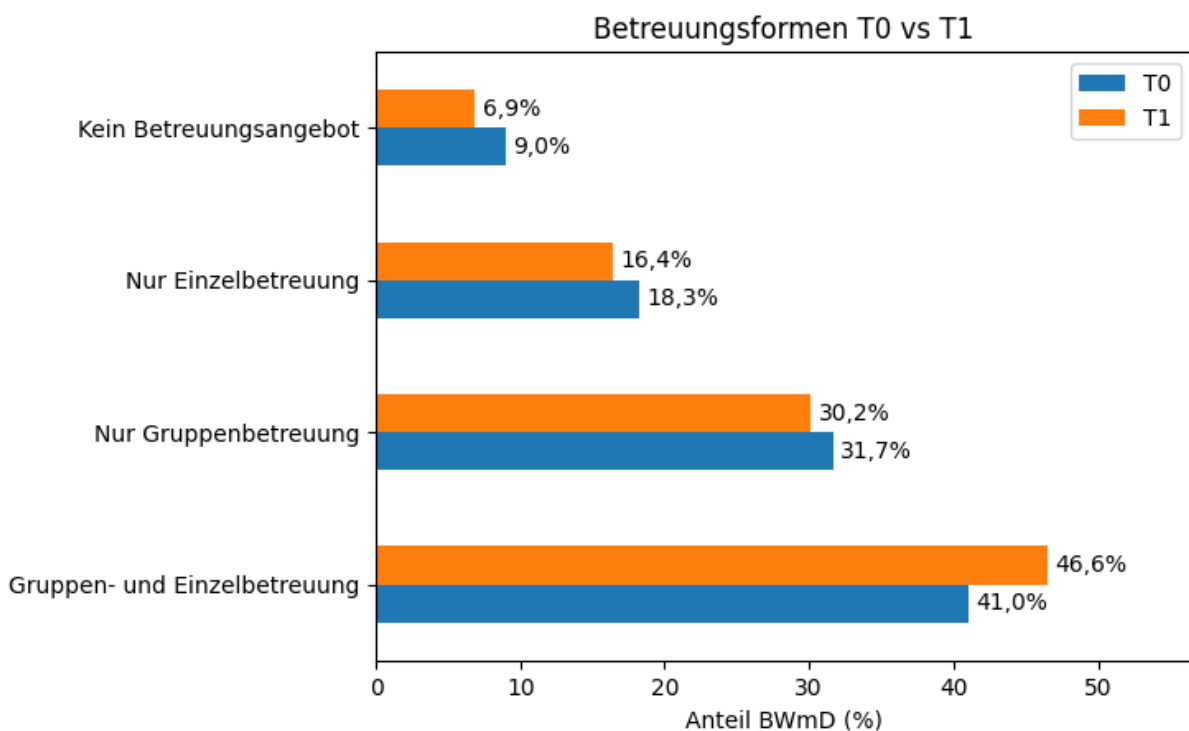


Abbildung 2 Verteilung der zumindest einmaligen Teilnahme an Betreuungsangeboten in der Stichwoche zu T0 und T1

(T0 = erster Erhebungszeitpunkt vor der Einführung der SET; T1 = zweiter Erhebungszeitpunkt nach Beendigung der Implementierung)

Als orientierender Richtwert wurde im Rahmen der Implementierung empfohlen, dass BWmD an mindestens vier strukturierten Betreuungsangeboten teilnehmen. Zu T0 nahmen 56,0% der BWmD an mindestens vier Betreuungsangeboten (Einzel- und Gruppenbetreuung) in der Stichwoche teil, zu T1 waren es 62,6% der BWmD, die an mindestens vier

Betreuungsangeboten in der Stichwoche teilnahmen. Dieser Unterschied war nicht signifikant ($\chi^2(1)=2,14$; $p=0,143$).

Im Folgenden wird die Häufigkeit der Teilnahme an Betreuungsangeboten zu T0 und T1 verglichen. Dabei wird die Anzahl der Gruppenbesuche, der Einzelbetreuungen sowie beider zusammen zu T0 und T1 betrachtet.

Zu T0 nahmen 27,2% der betrachteten BWmD an keinem, 23,5% an ein bis drei, 25,0% an vier bis sechs, 16,8% an sieben bis neun und 7,5% an mehr als zehn Gruppenangeboten teil, wobei kein BWmD an mehr als 14 Gruppenangeboten pro Woche teilnahm. Zu T1 nahmen 23,3% der betrachteten BWmD an keinem, 31,3% an ein bis drei, 27,5% an vier bis sechs, 14,9% an sieben bis neun und 3,1% an mehr als zehn Gruppenangeboten teil, wobei auch hier kein BWmD an mehr als 14 Gruppenangeboten pro Woche teilnahm (s. Abbildung 3 Anteil an BWmD in %, die zu T0 und T1 0, 1-3, 4-6, 7-9 und mehr als 10 Gruppenangebote in der Stichwoche wahrgenommen haben **Abbildung 3 Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**). Die Gesamtverteilung der Gruppenbetreuung unterschied sich nicht signifikant zwischen den Messzeitpunkten ($\chi^2(4)=9,25$; $p=0,055$). Im Vergleich zu T0 nahmen zu T1 jedoch mehr BWmD ein- bis sechsmal in der Woche an einer Gruppe teil ($p<0,001$). Gleichzeitig gab es weniger BWmD, die an keiner oder mehr als sechsmal an einer Gruppe teilnahmen.

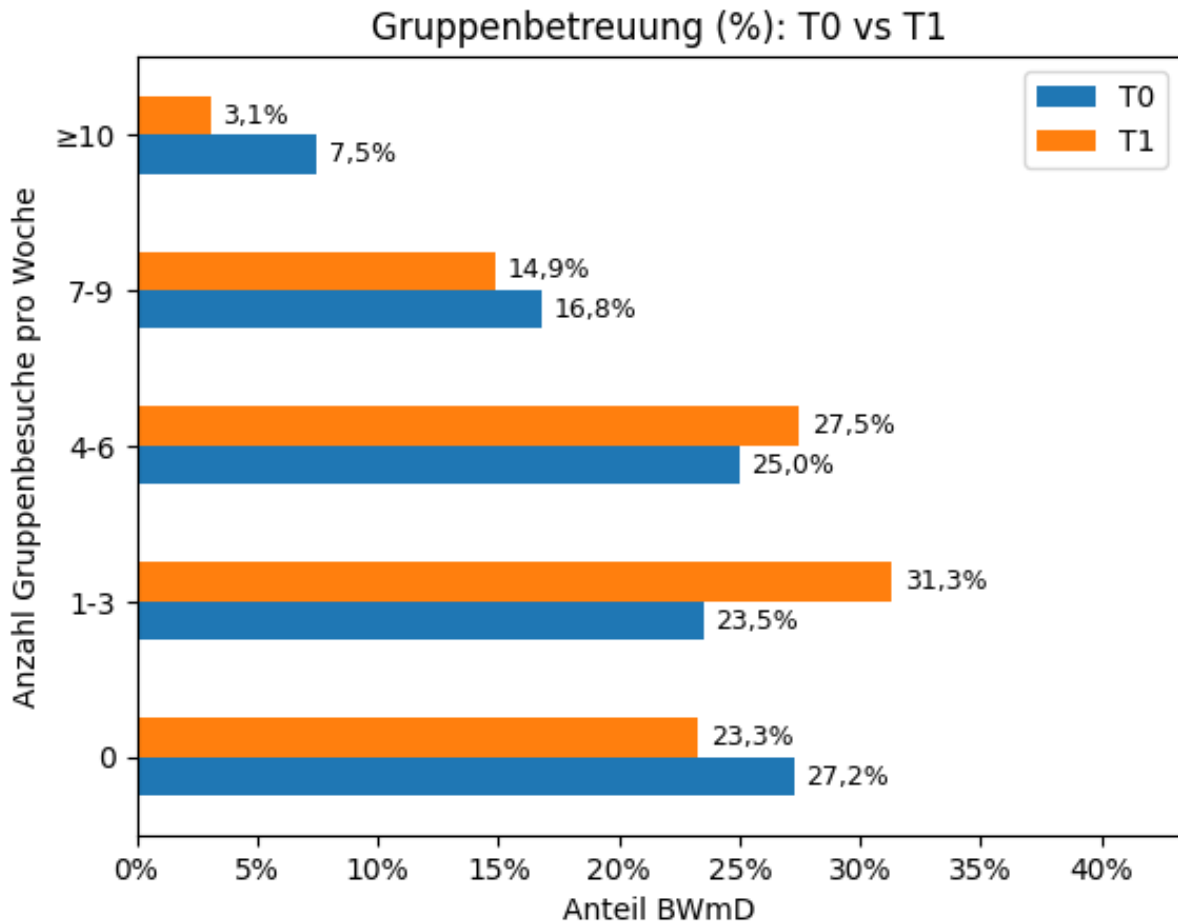


Abbildung 3 Anteil an BWmD in %, die zu T0 und T1 0, 1-3, 4-6, 7-9 und mehr als 10 Gruppenangebote in der Stichwoche wahrgenommen haben

(BWmD = alle Bewohnende, die den Einschlusskriterien entsprachen, obwohl nicht bei allen eine medizinische Demenzdiagnose vorlag; T0 = erster Erhebungszeitpunkt vor der Einführung der SET; T1 = zweiter Erhebungszeitpunkt nach Beendigung der Implementierung)

Zu T0 bekamen 40,7% der betrachteten BWmD keine, 39,6% eine, 13,1% zwei bis vier und 6,7% fünf bis sieben Einzelbetreuungen pro Woche. Zu T1 bekamen 37,0% der betrachteten BWmD keine, 33,6% eine, 25,6% zwei bis vier und 3,8% fünf bis sieben Einzelbetreuungen pro Woche (s. Abbildung 4). Dieser Unterschied war signifikant ($\chi^2(3)=14,63$; $p=0,002$). Im Vergleich zu T0 wurden zu T1 mehr BWmD zwei- bis viermal in der Woche einzelbetreut ($p<0,001$). Gleichzeitig gab es weniger BWmD, die häufiger oder seltener einzelbetreut waren.

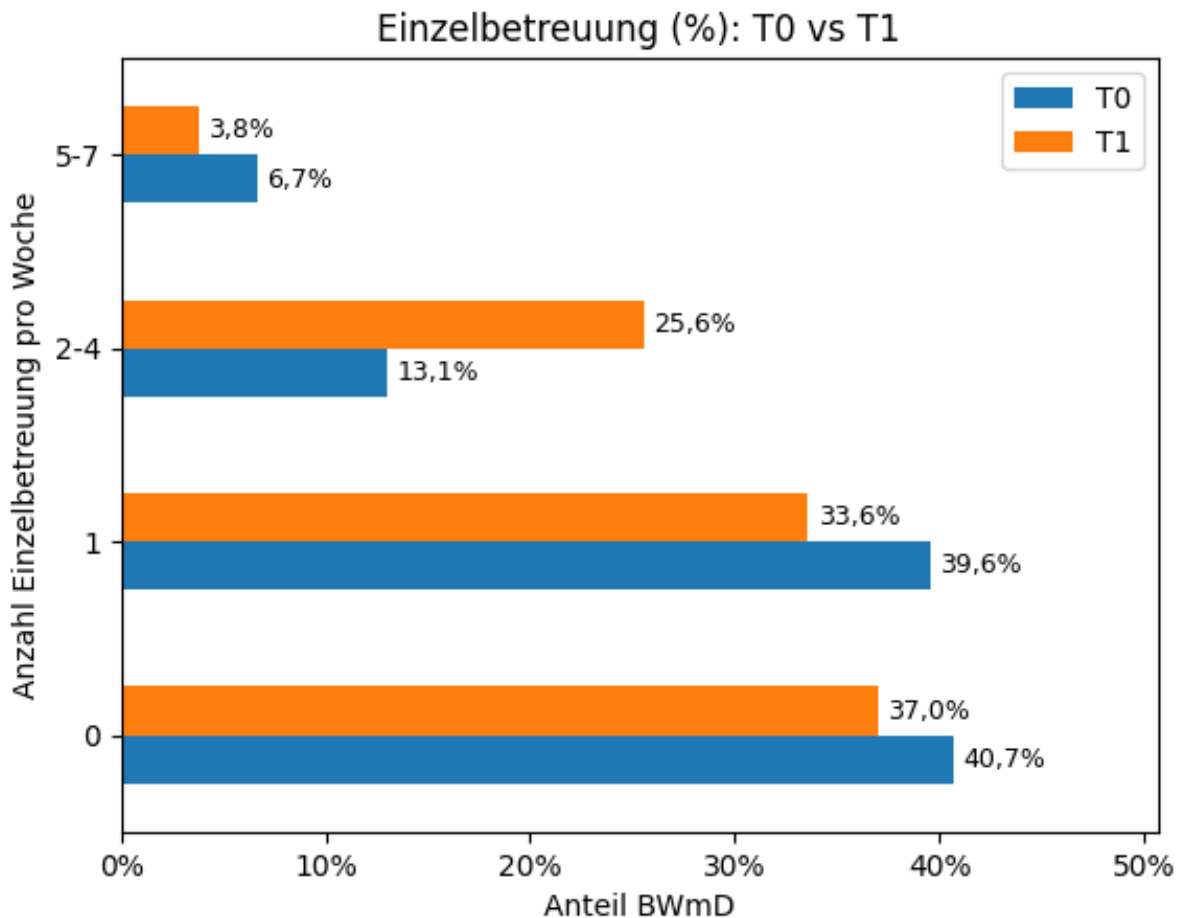


Abbildung 4 Anteil an BWmD in %, die zu T0 und T1 0, 1, 2-4 oder 5-7 Einzelbetreuung in der Stichwoche bekamen

(BWmD = alle Bewohnende, die den Einschlusskriterien entsprachen, obwohl nicht bei allen eine medizinische Demenzdiagnose vorlag; T0 = erster Erhebungszeitpunkt vor der Einführung der SET; T1 = zweiter Erhebungszeitpunkt nach Beendigung der Implementierung)

Betrachtet man Gruppenangebote und Einzelbetreuung zusammen, nahmen zu T0 9,0% der BWmD an keinen Betreuungsangeboten, 35,1% an einem bis drei, 23,5% an vier bis sechs, 16,8% an sieben bis neun und 15,7% an mehr als zehn Angeboten teil. Zu T1 nahmen bei der gemeinsamen Betrachtung von Einzel- und Gruppenangeboten 6,9% der BWmD an keinen Betreuungsangeboten, 30,5% an einem bis drei, 37,0% an vier bis sechs, 18,7% an sieben bis neun und 6,9% an mehr als zehn Angeboten teil. Die Verteilung der Gesamtbetreuung unterschied sich signifikant zwischen T0 und T1 ($\chi^2(4)=18,91$; $p<0,001$). Im Vergleich zu T0 nahmen zu T1 tendenziell mehr BWmD vier- bis neunmal in der Woche an einer Betreuungsform teil. Gleichzeitig gab es tendenziell weniger BWmD, die häufiger oder seltener an einer strukturierten Betreuung teilnahmen.

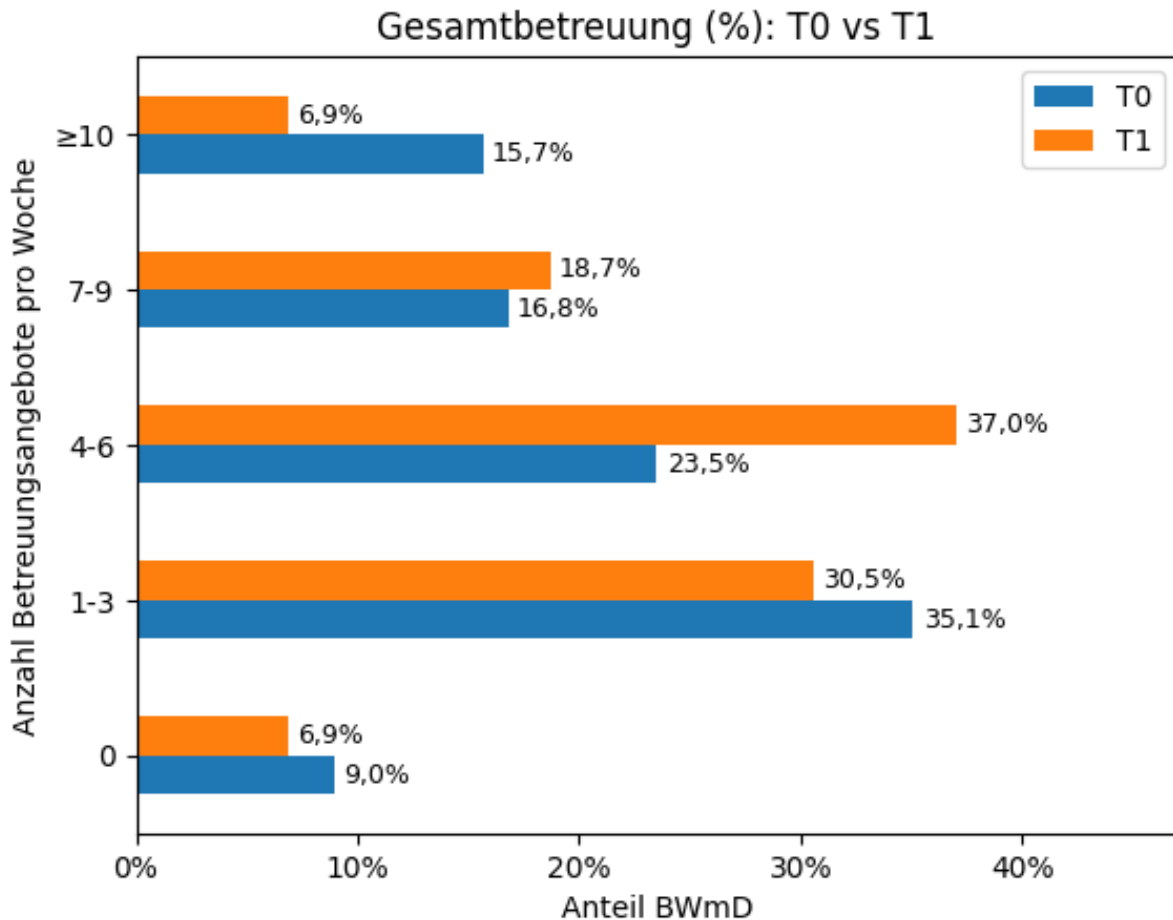


Abbildung 5 Anteil an BWmD in %, die zu T0 und T1 0, 1-3, 4-6, 7-9 und mehr als 10 Betreuungsangebote (sowohl Einzel- als auch Gruppenangebote) in der Stichwoche wahrgenommen haben

(BWmD = alle Bewohnende, die den Einschlusskriterien entsprachen, obwohl nicht bei allen eine medizinische Demenzdiagnose vorlag; T0 = erster Erhebungszeitpunkt vor der Einführung der SET; T1 = zweiter Erhebungszeitpunkt nach Beendigung der Implementierung)

Ad 8. Bei welchem Anteil der BWmD wurde in den letzten 12 Monaten BW-Besprechungen durchgeführt?

Die Durchführung von strukturierten BW-Besprechungen wurde im Rahmen der SET-Implementierung eingeführt. Zu T1 wurde innerhalb der letzten 12 Monate eine BW-Besprechung bei insgesamt 74,8% (in den einzelnen Einrichtungen 52,2% - 100%) der BWmD durchgeführt.

Tabelle 7 Anteil der BWmD in %, bei denen eine Bewohnerbesprechung zu T1 durchgeführt wurde, pro Einrichtung und über alle Einrichtungen hinweg

Einrichtung	Anteil der BWmD, bei denen eine Bewohnerbesprechung zu T1 durchgeführt worden war
2	67,6%
3	100%
4	86,8%
5	77,4%
6	52,2%
Gesamt:	74,8%

(BWmD = alle Bewohnende, die den Einschlusskriterien entsprachen, obwohl nicht bei allen eine medizinische Demenzdiagnose vorlag; T1 = zweiter Erhebungszeitpunkt nach Beendigung der Implementierung)

7.2. Fragestellung 2: Arbeitsbezogene Belastung und Zufriedenheit der Mitarbeitenden der Pflegeeinrichtungen

Befragung der Mitarbeitenden

Im Folgenden sind die Ergebnisse aus der Befragung der MA der Pflege und sozialen Betreuung dargestellt.

Ergebnisse, die mit den selbst entwickelten Items erhoben wurden, sind in der Tabelle 8 dargestellt. Zu T0 und T1 betrafen die Items die Arbeitszufriedenheit und speziell die Zufriedenheit mit der Situation von BWmD sowie mit der Einführung des SET-Konzeptes. Zu T1 betrafen die weiteren Items die Veränderungen in der Arbeit mit BWmD sowie deren Angehörigen seit der Einführung des SET-Konzeptes. Die Abfragen erfolgte auf eine fünfstufigen Likert-Skala mit den Antwortmöglichkeiten trifft gar nicht zu (= 0), trifft wenig zu (= 1), trifft teils-teils zu (= 2), trifft ziemlich zu (= 3) und trifft völlig zu (= 4). Elf der dreizehn Items sind positiv formuliert (z. B. „Die Einführung der SET in der Einrichtung finde ich wertvoll“). Die meisten Mittelwerte dieser Items liegen auf den Antwortskalen über 2,4 Punkten. Gleichzeitig liegen die Mittelwerte der negativ formulierten Items unter 2,5 Punkten (s. Tabelle 8). Deskriptiv lässt sich daher zusammenfassen, dass sich die MA zu den beiden Untersuchungszeitpunkten und bezogen auf die meisten Items tendenziell eher zufrieden gezeigt haben. Die zu T0 angekündigte Einführung der SET in der Einrichtung wurde eher positiv bewertet. Auch zu T1 wurde die Tatsache, dass das SET-Konzept eingeführt wurde, als eher wertvoll erachtet. Mit ihrer Situation am Arbeitsplatz sowie mit der Situation der MmD in der Einrichtung zeigten sich die MA zu den beiden Untersuchungszeitpunkten ebenfalls eher zufrieden. Zu T1 wurde tendenziell bejaht, dass die SET-Schulungen auf die Umsetzung des SET-Konzeptes vorbereitet und für die Arbeit geholfen haben, dass die Beziehung zu MmD sich verbessert habe und diese besser unterstützt und gefördert sowie deren Bedürfnisse besser erkannt werden könnten, als auch mehr Ideen zu geeigneten Aktivitäten beständen. Etwas weniger zustimmend und tendenziell eher mit „teils-teils“ beantwortet wurden die Aussagen, dass sich die Zusammenarbeit mit Angehörigen oder im Team verbessert habe. Die MA hätten etwas

Abschlussbericht zum Modellprojekt „Implementierung des SET-Konzeptes in die Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz in stationären Pflegeeinrichtungen in Rheinland-Pfalz“

mehr Aufwand mit der Dokumentation (tendenziell mit „teils-teils“ beantwortet), aber nicht mit der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz.

Tabelle 8 Mittelwerte (MW) und Standardabweichungen (SD) der Antworten auf die selbst entwickelten Items zu T0 und T1

Skala für Items: 0 - trifft gar nicht zu, 1 - trifft wenig zu, 2 - trifft teils-teils zu, 3 - trifft ziemlich zu, 4 - trifft völlig zu

Item	MW (SD) T0 (n=210)	MW (SD) T1 (n=39)
Die Einführung der SET in der Einrichtung finde ich wertvoll.	2,9 (0,91)	2,9 (0,79)
Mit meiner Situation am Arbeitsplatz bin ich insgesamt zufrieden.	2,7 (0,76)	2,6 (0,78)
Mit der Situation der Menschen mit Demenz in der Einrichtung bin ich insgesamt zufrieden.	2,4 (0,89)	2,7 (0,76)
Die SET-Schulungen haben mich auf die Umsetzung des SET-Konzeptes vorbereitet.	-	2,9 (0,81)
Die SET-Schulungen haben mir für meine Arbeit geholfen.	-	2,6 (1,01)
Die Beziehung zu Menschen mit Demenz hat sich verbessert.	-	2,6 (0,93)
Die Zusammenarbeit mit Angehörigen hat sich verbessert.	-	2,1 (1,01)
Ich kann Menschen mit Demenz besser unterstützen und fördern.	-	2,8 (0,79)
Ich kann Bedürfnisse von Menschen mit Demenz besser erkennen.	-	2,7 (0,96)
Ich habe mehr Ideen zu geeigneten Aktivitäten für Menschen mit Demenz.	-	2,5 (0,90)
Die Zusammenarbeit im Team hat sich verbessert.	-	2,2 (1,16)
Ich habe mehr Aufwand mit der Dokumentation.	-	2,4 (0,91)
Ich habe mehr Aufwand mit der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz.	-	1,8 (0,93)

(T0 = erster Erhebungszeitpunkt vor der Einführung der SET; T1 = zweiter Erhebungszeitpunkt nach Beendigung der Implementierung)

Die Antworten auf die drei Fragen, die die MA sowohl vor als auch nach der Implementierung des SET-Konzeptes beantwortet haben, wurden in einer weiteren Analyse verglichen. In diese Analyse wurden die Antworten von den 34 MA einbezogen, die zu beiden Zeitpunkten an der Befragung teilgenommen haben (s. Tabelle 9 und Tabelle 10).

Der Aussage „Die Einführung der SET in der Einrichtung finde ich wertvoll“ stimmten zu T0 76,5% und zu T1 70,6% der MA (ziemlich oder völlig) zu. Als wenig zutreffend wurde die Aussage zu T0 von 3 MA (8,8%) bewertet, zu T1 hingegen von keinem MA. Dieser Unterschied war nicht signifikant ($t=0$; $p=1$).

Mit der Situation am Arbeitsplatz waren zu T0 61,8% und zu T1 50,0% der MA (ziemlich oder völlig) zufrieden. Dieser Unterschied war nicht signifikant ($t=0,780$; $p=0,44$).

Abschlussbericht zum Modellprojekt „Implementierung des SET-Konzeptes in die Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz in stationären Pflegeeinrichtungen in Rheinland-Pfalz“

Mit der Situation der MmD waren zu T0 41,2% und zu T1 64,7% der MA (ziemlich oder völlig zufrieden). Wenig zufrieden waren zu T0 7 MA (20,6%), zu T1 hingegen kein MA. Dieser Unterschied war signifikant ($t=-3,384$; $p=0,002$).

Tabelle 9 Verteilung der Antworten zu T0 auf die selbst entwickelten Items, die zu beiden Zeitpunkten gestellt wurden, von den Mitarbeitenden, die zu beiden Zeitpunkten geantwortet haben

T0 (n=34, MA die zu T0 und T1 geantwortet haben)	trifft gar nicht zu	trifft wenig zu	trifft teils-teils zu	trifft ziemlich zu	trifft völlig zu
Die Einführung der SET in der Einrichtung finde ich wertvoll.	0 (0,0%)	3 (8,8%)	5 (14,7%)	16 (47,1%)	10 (29,4%)
Mit meiner Situation am Arbeitsplatz bin ich insgesamt zufrieden.	0 (0,0%)	1 (2,9%)	12 (35,3%)	19 (55,9%)	2 (5,9%)
Mit der Situation der Menschen mit Demenz in der Einrichtung bin ich insgesamt zufrieden.	0 (0,0%)	7 (20,6%)	13 (38,2%)	12 (35,3%)	2 (5,9%)

(T0 = erster Erhebungszeitpunkt vor der Einführung der SET; T1 = zweiter Erhebungszeitpunkt nach Beendigung der Implementierung)

Tabelle 10 Verteilung der Antworten zu T1 auf die selbst entwickelten Items, die zu beiden Zeitpunkten gestellt wurden, von den Mitarbeitenden, die zu beiden Zeitpunkten geantwortet haben

T1 (n=34, MA die zu T0 und T1 geantwortet haben)	trifft gar nicht zu	trifft wenig zu	trifft teils-teils zu	trifft ziemlich zu	trifft völlig zu
Die Einführung der SET in der Einrichtung finde ich wertvoll.	0 (0,0%)	0 (0,0%)	10 (29,4%)	15 (44,1%)	9 (26,5%)
Mit meiner Situation am Arbeitsplatz bin ich insgesamt zufrieden.	0 (0,0%)	2 (5,9%)	15 (44,1%)	14 (41,2%)	3 (8,8%)
Mit der Situation der Menschen mit Demenz in der Einrichtung bin ich insgesamt zufrieden.	0 (0,0%)	0 (0,0%)	12 (35,3%)	18 (52,9%)	4 (11,8%)

(T0 = erster Erhebungszeitpunkt vor der Einführung der SET; T1 = zweiter Erhebungszeitpunkt nach Beendigung der Implementierung)

Um zu bewerten, ob sich die Antworten der Subgruppe dieser 34 MA von denen der Gesamtgruppe unterschieden, wurden die Antworten beider Gruppen auf die drei Fragen verglichen. Es zeigten sich dabei keine signifikanten Unterschiede zwischen den MA, die zu T0 und T1 geantwortet haben, und jenen, die nur an der T0-Erhebung teilnahmen (alle $p>0,05$). Dies spricht gegen eine systematische Verzerrung der Ergebnisse durch selektiven Ausfall von Teilnehmenden.

In Tabelle 11 und Abbildung 6 sind die Ergebnisse der einzelnen Skalen und die einzeln zu betrachtenden Items des BelaDem zu T0 und T1 dargestellt, welcher die arbeitsbezogene Belastung in der Arbeit mit MmD erfasst. Die Werte sind die berechneten Score-Werte in Prozent mit einem Wertebereich von 0-100%. Im ersten Schritt wurden die Ergebnisse der zu T0 und T1 untersuchten Gesamtgruppen (n=210 zu T0 bzw. n=39 zu T1) verglichen. Tendenziell zeigten sich dabei die MA der Pflege und sozialen Betreuung zu T1 weniger belastet als zu T0. Das Belastungsgefühl verbunden mit Situationen, in denen MmD „ruhig gestellt“ werden, hat tendenziell am deutlichsten abgenommen (Unterschied von -14,4%). Ähnlich stark hat das Gefühl der Hilfslosigkeit in Konfrontation mit dem Leid von MmD abgenommen (Unterschied von -10,5%). Belastungen verursacht durch andere Situationen - Überforderung durch die Arbeit mit MmD, durch deren störenden Ansprachen, Rufe und apathisches Verhalten, durch fehlende Möglichkeiten, eigene Probleme mit anderen zu teilen und durch Probleme im Umgang mit Angehörigen der MmD – haben tendenziell ebenfalls, wenn auch weniger stark abgenommen (Unterschiede T0 zu T1 betragen -5,3% bis -8,9%). Unverändert niedrig blieb zu T1 die Belastung, die mit aggressivem Verhalten der MmD verbunden ist (-0,3%).

Tabelle 11 Ergebnisse der Skalen und einzeln zu betrachtenden Items des BelaDem zu T0 und T1 in %

		T0 (n=210)	T1 (n=39)
Skala	Aggressives Verhalten	18,1%	17,8%
	Hilfslosigkeit	34,8%	24,3%
	Quantitative Anforderungen	38,1%	30,8%
	Akustische Störungen	41,4%	32,5%
Einzelitems	Ruhigstellen	29,1%	14,7%
	Probleme teilen	19,6%	12,9%
	Apathisches Verhalten	24,4%	19,1%
	Umgang mit Angehörigen	37,2%	31,8%

Der Wert von 100% entspricht dem maximalen Belastungsgefühl.

(T0 = erster Erhebungszeitpunkt vor der Einführung der SET; T1 = zweiter Erhebungszeitpunkt nach Beendigung der Implementierung)

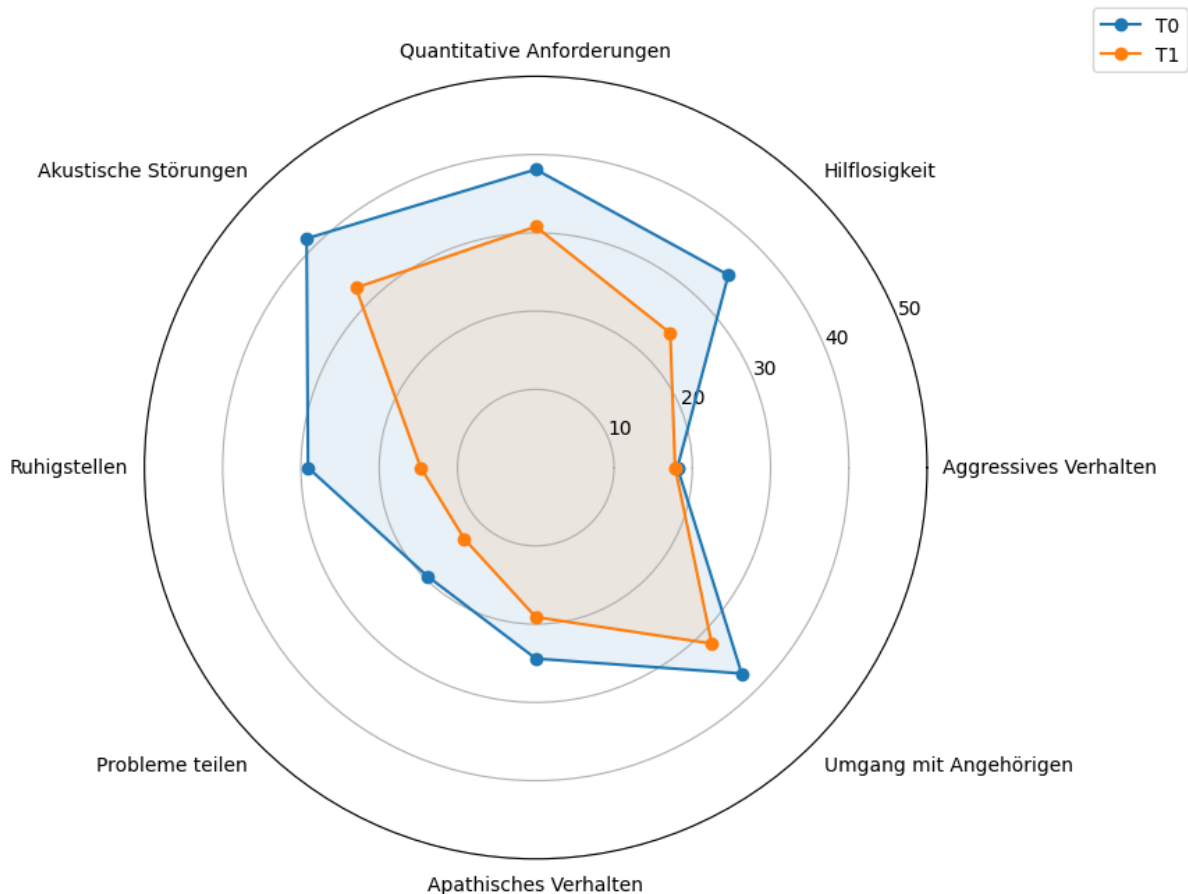


Abbildung 6 Ergebnisse der Skalen und einzeln zu betrachtenden Items des BelaDem zu T0 (n=210) und T1 (n=39) in %

Der Wert von 100% entspricht dem maximalen Belastungsgefühl. (T0 = erster Erhebungszeitpunkt vor der Einführung der SET; T1 = zweiter Erhebungszeitpunkt nach Beendigung der Implementierung)

Ein Vergleich der Ergebnisse der Subgruppe von MA, die zu beiden Untersuchungszeitpunkten teilgenommen haben (n=35; s. Tabelle 12), bestätigt das Gesamtbild, das die erste Analyse der Gesamtgruppen zeigt (s. Tabelle 11 und Abbildung 6). In allen Bereichen sind die Belastungswerte zu T1 geringer als zu T0 (Differenzen zwischen -4,9% und -21,6%), bis auf die auch hier unverändert (+0,3%) niedrige Belastung, die mit aggressivem Verhalten der MmD verbunden ist. In drei Bereichen sind die Unterschiede statistisch signifikant. Die Belastung durch das Gefühl der Hilflosigkeit und der Überforderung im Umgang mit MmD war in der Subgruppe zu T1 signifikant geringer als zu T0 (37,1% vs. 25,1%; $p=0,001$). Die Belastung durch quantitative Anforderungen reduzierte sich ebenfalls signifikant (43,2% vs. 31,7%; $p=0,003$). Zudem sank die Belastung durch das „Ruhigstellen“ von MmD in dieser Subgruppe signifikant (36,3% vs. 14,7%; $p<0,001$).

Tabelle 12 Ergebnisse der Skalen und einzeln zu betrachtenden Items des BelaDem zu T0 und T1 in % von den Mitarbeitenden, die zu beiden Messzeitpunkten die Items beantworteten

		T0	T1	p-Wert
Skala	Aggressives Verhalten (n=34)	18,2%	18,5%	0,883
	Hilflosigkeit (n=33)	37,1%	25,1%	0,001
	Quantitative Anforderungen (n=33)	43,2%	31,7%	0,003
	Akustische Störungen (n=34)	39,8%	32,7%	0,074
Einzelitems	Ruhigstellen (n=33)	36,3%	14,7%	<0,001
	Probleme teilen (n=35)	18,5%	13,3%	0,238
	Apathisches Verhalten (n=35)	24,5%	19,6%	0,233
	Umgang mit Angehörigen (n=35)	41,3%	30,7%	0,068

Der Wert von 100% entspricht dem maximalen Belastungsgefühl.

(T0 = erster Erhebungszeitpunkt vor der Einführung der SET; T1 = zweiter Erhebungszeitpunkt nach Beendigung der Implementierung)

Fokusgruppeninterviews

In den fünf Einrichtungen fanden zum Abschluss des Projektes Fokusgruppeninterviews statt, jeweils ein Interview pro Einrichtung. Die Gruppengröße lag dabei zwischen fünf und zehn MA der Pflege, sozialen Betreuung, sowie in drei Einrichtungen auch MA der Verwaltung, Technik und Hauswirtschaft. Ziel der Fokusgruppen war es, zu erheben, ob, und wenn ja welche, Veränderungen durch die Implementierung der SET in den Einrichtungen sowie welche fördernden und hemmenden Faktoren der Implementierung beobachtet wurden.

In allen Einrichtungen wurde die Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit als positive Veränderung genannt. Beispiele hierfür sind:

- „Das Miteinander hat sich verbessert“
- „Wir tauschen uns mehr aus, auch zwischen den Berufsgruppen“
- „Wir sind mehr zusammengewachsen“

Auch der Informationsgewinn bezgl. der BWmD und eine stärkere Beachtung von Ressourcen und Bedürfnissen in der Arbeit mit den BWmD wurde berichtet:

- „Man sieht den Bewohner als Ganzes und für alle ist es sichtbar“
- „Weil wir jetzt, wenn wir uns austauschen, mehr Gewicht auf die Ressourcen, Probleme, Positives und Negatives legen“

Als eine weitere positive Veränderung wurde eine Verbesserung der Dokumentation genannt:

- „Es wird viel klarer dokumentiert“
- „Man kann eben alles nochmal nachlesen, das ist gut“

Zudem wurde eine generelle Verbesserung im Umgang mit den BWmD berichtet, meist anhand konkreter Beispiele, bei denen das Wissen über Ressourcen und Bedürfnisse von BWmD aktiv genutzt wurde. Ein Beispiel hierfür war die Schilderung einer BWmD, die in einer

Einrichtung seit Einführung der SET bei Unruhe Handtücher zu falten bekomme, wodurch sie ruhiger werde. Diese Maßnahme sei nach der Analyse der Ressourcen der Bewohnerin im Rahmen einer BW-Besprechung geplant worden.

In zwei Einrichtungen betrafen die angesprochenen Veränderungen die Etablierung von speziellen, auf die Bedürfnisse von BWmD abgestimmten Betreuungsangeboten mit kleineren Gruppen oder mehr Einzelbetreuung von BWmD mit neuropsychiatrischen Symptomen. In einer Einrichtung wurden räumliche Veränderungen thematisiert, die zum Ziel hatten, einen Raum für Gruppenangebote für BWmD auf einem Wohnbereich zu schaffen.

In drei Einrichtungen haben einzelne MA die Meinung zum Ausdruck gebracht, dass sie bereits vor der Einführung des SET-Konzeptes auf die Ressourcen und Bedürfnissen von BWmD geachtet und diese dokumentiert haben:

- „... für mich hat sich nichts verändert, ich habe immer auf Ressourcen geachtet...“
- „Das stand auch vorher schon in der SIS drin, da hat sich nichts geändert“

Zum Thema „einführende Schulungen“ äußerten sich die MA in allen Einrichtungen eher zufrieden. MA von zwei Einrichtungen sahen keinen Bedarf für diese Schulungen in dem angebotenen Umfang, weil sie über das dabei vermittelte Wissen zum Teil bereits verfügten. In einer der Einrichtungen wurde das Schulungsprogramm an die individuellen Bedürfnisse der Einrichtung angepasst und der Umfang der einführenden Seminare in Rücksprache zwischen MA und Referentin reduziert. Zudem wurde der Wunsch nach mehr konkreteren Beispielen in den Schulungen geäußert.

Auch Schwierigkeiten in der aktuellen Umsetzung der SET waren ein relevantes Thema in den Fokusgruppen. Hierbei wurde als herausfordernd vor allem die regelmäßige Durchführung der BW-Besprechungen sowie die Sicherstellung von Kleingruppen-Angeboten entsprechend der individuellen Bedürfnisse genannt.

Als hemmende Faktoren wurden fehlende personelle und finanzielle Ressourcen und in zwei Einrichtungen Schwierigkeiten in der interdisziplinären Zusammenarbeit ins Gespräch gebracht.

8. Diskussion

Zusammenfassung der Ergebnisse

Ziel des vorliegenden Modellprojekts war die Implementierung des SET-Konzeptes in ausgewählten stationären Pflegeeinrichtungen in Rheinland-Pfalz sowie die Evaluation der Umsetzung und der Auswirkungen auf Versorgungsaspekte der BWmD und das Belastungserleben sowie die Zufriedenheit der MA. Die Ergebnisse zeigen insgesamt ein konsistentes Bild, das sowohl Verbesserungen der Versorgung der BWmD als auch eine Reduktion des subjektiven Belastungserlebens umfasst.

Der etwa ein Jahr dauernde Implementierungsprozess konnte in fünf Einrichtungen abgeschlossen werden. Die Ergebnisse der Evaluation beziehen sich auf diese Einrichtungen. Eine weitere Einrichtung brach die Teilnahme aus internen, vom Projekt unabhängigen Gründen ab.

Es war möglich, einen relevanten Anteil der MA der Pflege und Betreuung durch Schulungen, Beratung, Supervision und andere Formen der Zusammenarbeit in die Konzept-Einführung einzubeziehen. Im Mittel nahm gut ein Drittel der MA an einführenden Schulungen teil.

Es gelang, in allen Einrichtungen SET-Multiplikatoren und SET-Beauftragte zu etablieren sowie das SET-Manual an die individuellen Bedürfnisse der Einrichtungen anzupassen.

Ziel war, dass nach dem Jahr der Implementierung für alle BWmD eine BW-Besprechung vorliegt. Die neu eingeführten BW-Besprechungen wurden in drei Vierteln der untersuchten BWmD durchgeführt.

Strukturelle Verbesserungen zeigten sich auch in der Dokumentationsqualität. Die Einführung der Dauerreitermarkierung zur Kennzeichnung der BWmD wurde in vier Einrichtungen vollständig umgesetzt. Eine Einrichtung wählte eine andere Identifikationsform. Vor der Implementierung hatten drei Einrichtungen BW mit medizinischer Demenzdiagnose markiert. Der Demenzschweregrad wurde vor der Implementierung annähernd überhaupt nicht dokumentiert, danach bei drei Vierteln der BWmD. Angaben zu biografischen Informationen lagen bereits vor der Implementierung bei den vielen BWmD vor. Nach der Implementierung stieg der Anteil der BWmD mit entsprechenden Angaben statistisch signifikant auf 89,3% bei Berufsangaben, 96,9% bei der Dokumentation von (früheren) Interessen und Gewohnheiten sowie 80,2% bei prägenden biografischen Erfahrungen.

Hinsichtlich der Betreuungsangebote wurde im Rahmen der Implementierung empfohlen, dass BWmD in der Regel an mindestens vier strukturierten Betreuungsangeboten pro Woche teilnehmen. Nach der Implementierung erfüllten 62,6% der BWmD dieses Kriterium (vorher: 56,0%), ein Unterschied, der statistisch nicht signifikant war. Bei der Einzelbetreuung nahm der Anteil selten oder sehr häufig betreuter BWmD ab, während mittelhäufige Einzelbetreuung (zwei bis vier Angebote pro Woche) zunahm. Der Unterschied war statistisch signifikant. Betrachtet man Gruppenangebote und Einzelbetreuung zusammen zeigte sich ebenfalls eine statistisch signifikante Verschiebung hin zu einer häufigeren Teilnahme mittlerer Intensität (vier bis sechs Angebote pro Woche). Für die reine Gruppenteilnahme ergab sich ebenfalls ein Trend zu mittleren Häufigkeiten (ein bis sechs Angebote pro Woche), jedoch ohne statistische Signifikanz.

Die Befragung der MA ergab eine breite Akzeptanz der SET-Implementierung. Die Einführung der SET hat aus der Sicht von vielen Befragten dazu beigetragen, dass sich die Beziehung zu den BWmD sowie deren Unterstützung und Förderung verbessert hatten als auch Bedürfnisse besser erkannt werden konnten. Die Zufriedenheit mit der Situation der BWmD nahm nach der Implementierung statistisch signifikant zu. Ein Mehraufwand bei der Pflege und Betreuung der BWmD wurde eher selten wahrgenommen. Die Situation am Arbeitsplatz wurde vor und nach der Implementierung eher positiv bewertet.

Die Ergebnisse zur arbeitsbezogenen Belastung der MA zeigen differenzierte Effekte. Während sich in einigen mit dem BelaDem erfassten Bereichen signifikante Verbesserungen zeigten, blieben andere unverändert. Signifikante Reduktionen der Belastung ergaben sich in den Skalen „Hilflosigkeit“ (Belastung durch Gefühl der Hilfslosigkeit in Konfrontation mit dem Leid von MmD) und „quantitative Anforderungen“ (Überforderung durch die Arbeit mit MmD) sowie beim Einzelitem „Ruhigstellen“.

In den Fokusgruppeninterviews wurde vor allem betont, dass sich die interdisziplinäre Zusammenarbeit deutlich verbessert habe. Thematisiert wurde die positive Wirkung der neu eingeführten BW-Besprechungen, der Veränderungen in der Dokumentation, der

Sensibilisierung für individuelle Ressourcen und Bedürfnisse der BWmD sowie der Anpassung der Umgangsformen, der Betreuungsangebote und des materiellen Umfeldes. Gleichzeitig haben die MA darauf hingewiesen, dass das neue Konzept in vieler Hinsicht den bereits praktizierten Formen des Umgangs mit MmD entspreche.

Interpretation der Ergebnisse

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die fünf Einrichtungen ihre Versorgungsprozesse den im Rahmen der SET-Implementierung vermittelten Empfehlungen soweit angepasst haben, dass die Einführung des SET-Konzeptes als erfolgreich bewertet werden kann. Auch wenn nicht alle Empfehlungen im gewünschten Umfang umgesetzt wurden und hierbei Unterschiede zwischen den Einrichtungen festzustellen sind, zeigen die erfassten Veränderungen, dass alle Einrichtungen entscheidende Erfolge bei der Umsetzung des SET-Konzeptes nachweisen konnten. Als besonders wichtig ist die Etablierung der BW-Besprechungen zu bewerten. Dieser Ansatz strukturiert den Fokus auf das Erkennen individueller Grenzen, Möglichkeiten und Bedürfnisse der Betroffenen sowie deren Berücksichtigung im Alltag und fördert zugleich die interdisziplinäre Zusammenarbeit. Dass es den Einrichtungen teilweise nicht möglich war, einmal jährlich eine solche BW-Besprechung für jeden BWmD durchzuführen, kann auf einen Personalmangel hindeuten, der von den Einrichtungen beklagt wurde.

Die deutlichen Verbesserungen in der Dokumentation zentraler Informationen zu den BWmD sind als wesentliche Voraussetzung für eine individualisierte und bedürfnisorientierte Pflege zu verstehen. Eine verbesserte Informationslage ermöglicht es den MA, gezielter auf Bedürfnisse einzugehen und Pflege- und Betreuungsprozesse entsprechend anzupassen.

Wie die Impulse zur verbesserten Anpassung der Betreuungsangebote an die Interessen und Möglichkeiten der BWmD umgesetzt wurden, ließ sich im Rahmen der Evaluation nur fragmentarisch erfassen. Der Anteil der BWmD, die zumindest viermal pro Woche in eine strukturierte Betreuung eingebunden wurden, blieb mit 62,6 % eher unzureichend. Allerdings ist es möglich, dass strukturierte Einzelbetreuung nicht immer dokumentiert wurde. Die festgestellten Verschiebungen in der Verteilung der Teilnahmehäufigkeit zur Mitte hin können auf eine differenziertere Anpassung der Angebote hindeuten. Im Rahmen der Fokusgruppen wurde von der Etablierung spezieller, auf die Bedürfnisse von BWmD abgestimmter Betreuungsangebote berichtet. Vor allem ist jedoch darauf hinzuweisen, dass die umfassenden Restrukturierungsprozesse der Betreuung, die sich einige der Einrichtungen vorgenommen haben, am Ende des Implementierungsjahres noch nicht abgeschlossen waren und daher nicht erfasst werden konnten (Alt-Resch, 2026; Schäfer, 2026).

Die mit der Einführung und Umsetzung des Konzeptes verbundenen Veränderungen haben erfreulicherweise nicht zu einer Steigerung des arbeitsbezogenen Belastungsgefühls geführt. Vielmehr wurde das Belastungsgefühl in einigen Bereichen reduziert, was mit der Zunahme des Kompetenzgefühls zusammenhängen könnte. Für diese Interpretation spricht, dass die MA sich weniger überfordert, weniger hilflos und seltener gezwungen sahen, MmD „ruhig zu stellen“. Im Einklang mit diesem Ergebnis bleibt die in der MA-Befragung zum Ausdruck gebrachte Akzeptanz der Einführung des SET-Konzeptes sowie die Überzeugung, dass dieses zur Verbesserung der Situation von BWmD beigetragen hat.

Die grundlegende Intention des Projektes war, dass die positiven Änderungen, die im Rahmen der Implementierung entstanden sind, auch nachhaltig wirken. Hierzu kann unter anderem beitragen, dass in allen Einrichtungen verantwortliche Personen für die Umsetzung des

Konzeptes sowie für die Durchführung der SET-Schulungen benannt wurden. Darüber hinaus haben sich die MA mit anderen Einrichtungen, die nach dem SET-Konzept arbeiten, vernetzt und planen, den bereits begonnenen Erfahrungsaustausch dauerhaft zu etablieren. Leitende MA zweier Einrichtungen teilen ihre Erfahrungen mit der Umsetzung des Konzeptes zudem im Rahmen mehrerer Fachkongresse (Alt-Resch, 2026; Schäfer, 2026). So können interne Strukturen und externer Fachaustausch zur Stabilisierung der Motivation und zur Weiterentwicklung der Kompetenzen in der Arbeit im Sinne des SET-Konzeptes beitragen.

Vergleich zu anderen Studien

Die Implementierung des SET-Konzeptes gehört zu den komplexen, multidimensionalen Interventionen, die durch mehrere gleichzeitig wirkende Komponenten auf organisatorischer, prozessualer und personalbezogener Ebene gekennzeichnet sind (Curran et al., 2012; Greenhalgh et al., 2004). Prozessevaluationen wie jene von Zwijsen et al. (2014) und Basinska et al. (2022) zeigen, dass die Umsetzung komplexer Pflegeprogramme selten vollständig standardisiert erfolgt. Auch die SET-Implementierung war als kontextsensitive Anpassung der Intervention geplant und wurde in einzelnen Einrichtungen teilweise unterschiedlich umgesetzt.

Eine erfolgreiche Integration des biografischen Wissens, das zu den Ergebnissen der SET-Implementierung gehört, wird auch im Rahmen der Validation (Richard, 2001), des psychobiografischen Konzepts nach Böhm (Böhm, 2018) sowie der personenzentrierten Pflege (Kitwood, 2022) angestrebt. Eine quantitative, standardisierte Datenerhebung hierzu wurde unseres Wissens bislang nur im Rahmen unserer Evaluation vorgenommen. Zudem gibt es inhaltliche Unterschiede, so wird in den Konzepten nach Böhm, Kitwood und Feil-Richard der Berücksichtigung medizinischer Daten zu Diagnose, Form und Schweregrad der Demenz weniger Gewicht beigemessen als im SET-Konzept.

Die eingeschränkte Umsetzung bestimmter Komponenten des SET-Konzeptes, insbesondere regelmäßiger strukturierter BW-Besprechungen und Betreuungsangebote, wurde in unserem Projekt zumindest teilweise mit Personalmangel begründet. Dieser Befund steht im Einklang mit Studien, die Personalknappheit und organisatorische Belastungen als zentrale Barrieren für die Umsetzung komplexer Interventionen identifizieren (Zwijsen et al., 2014). Strukturelle Rahmenbedingungen können einen entscheidenden Einfluss auf die Implementierungstiefe haben und selbst bei hoher Akzeptanz des Konzeptes die vollständige Umsetzung limitieren.

Die Umsetzung besonders komplexer Elemente des SET-Konzeptes wurde innerhalb des einjährigen Implementierungszeitraums nicht abgeschlossen. Auch andere Studien zu komplexen Interventionen zeigen, dass organisatorische Veränderungen typischerweise mehrjährige Entwicklungsprozesse darstellen (Greenhalgh et al., 2004).

Ein besonders relevantes Ergebnis unseres Projektes ist, dass die Implementierung des SET-Konzeptes nicht zu einer Erhöhung der Arbeitsbelastung geführt hat, sondern sogar mit einer Reduktion subjektiver Belastung einherging. Dies steht im Einklang mit Studien die zeigen, dass gezielte Schulungen von Pflegepersonal zu einer Verbesserung der Kompetenz, der Arbeitszufriedenheit und zu einer Reduktion von Belastung führen können (B. Kuske et al., 2009; S. A. Zwijsen et al., 2015).

Die gute Akzeptanz des SET-Konzeptes unter den Mitarbeitenden spricht für eine hohe Wahrscheinlichkeit der langfristigen Integration in den Versorgungsalltag der Einrichtungen. Studien zeigen, dass insbesondere die wahrgenommene Sinnhaftigkeit, praktische

Anwendbarkeit und eine erkennbare Verbesserung der Versorgungssituation zentrale Faktoren für die nachhaltige Verankerung neuer Konzepte darstellen (Curran et al., 2012).

Stärken und Limitationen

Zu den Stärken der vorliegenden Untersuchung zählt insbesondere die praxisnahe Durchführung in realen Versorgungssettings. Die Implementierung erfolgte unter Alltagsbedingungen ohne zusätzliche personelle oder finanzielle Ressourcen in den Pflegeeinrichtungen, was die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Einrichtungen erhöht. Zudem wurden sowohl organisatorische, prozessuale und personalbezogene Aspekte der Versorgung berücksichtigt.

Eine weitere Stärke liegt in der Kombination unterschiedlicher Datenquellen, einschließlich quantitativer Befragungen und struktureller Dokumentationsdaten. Die Umsetzung der Empfehlungen und Vorgaben wurde in der Dokumentation und persönlich in den Einrichtungen überprüft, so dass es sich hier nicht nur um Angaben der MA oder gar der Einrichtungsleitung handelte. Zudem wurde die MA-Zufriedenheit in die Evaluation miteinbezogen und sowohl quantitativ als auch qualitativ erhoben. Dies ermöglicht eine umfassendere Bewertung der Effekte der Intervention.

Die Einbeziehung von fünf Einrichtungen hat eine breitere und realitätsnähere Abbildung der Versorgungspraxis ermöglicht und erhöht die Generalisierbarkeit sowie die Robustheit der Ergebnisse, da Effekte unter unterschiedlichen organisatorischen Bedingungen beobachtet werden konnten.

Gleichzeitig sind mehrere Limitationen zu berücksichtigen. Die Stichprobe der MA zu T1 war deutlich kleiner als zu T0, was die Aussagekraft zu Belastungsgefühl und Zufriedenheit in den Prä-Post-Vergleichen einschränkt. Obwohl es Hinweise gab, dass die Gruppen sich nicht wesentlich unterschieden, kann ein gewisser Selektionsbias nicht vollständig ausgeschlossen werden.

Zudem handelt es sich nicht um eine randomisierte kontrollierte Studie, sodass kausale Schlussfolgerungen zu den Ursachen der Veränderungen im Belastungserleben nur eingeschränkt möglich sind.

Darüber hinaus basieren die Ergebnisse auf Selbstauskünften der MA, die potenziell durch soziale Erwünschtheit beeinflusst sein können.

Zu den beiden Untersuchungszeitpunkten wurde die Dokumentation aller jeweils in den Einrichtungen lebenden BWmD erfasst. Dadurch wurde die Versorgungssituation entsprechend vollständig abgebildet. Als eine weitere Limitation der Evaluation ist dabei zu erwähnen, dass sich die untersuchten Gruppen der BWmD zu den beiden Erhebungszeitpunkten teilweise unterschieden: Einige BWmD sind im Laufe des Jahres verstorben, während andere neu aufgenommen wurden. Die teilweise veränderte Zusammensetzung der Zielgruppe könnte zu einer objektiv unterschiedlichen Arbeitsbelastung geführt haben und die Aussagen der MA zum Belastungsempfinden beeinflusst haben.

Zuletzt ist als weitere wichtige Limitation der Evaluation zu nennen, dass nicht direkt erfasst wurde, inwieweit Maßnahmen in Pflege, Betreuung und täglichem Umgang mit den BWmD an individuelle Bedürfnisse angepasst wurden, da entsprechende Erhebungen den Rahmen der Untersuchung überschritten hätten. Verbesserungen in diesem für die SET-Implementierung zentralen Bereich können jedoch indirekt erschlossen werden. Hinweise darauf ergeben sich

aus der Etablierung strukturierter BW-Besprechungen, in denen Maßnahmen systematisch geplant und evaluiert werden, aus einer verbesserten Dokumentation individueller Angaben zu den BWmD sowie aus der im Verlauf verbesserten Bewertung der Situation von BWmD in den Einrichtungen durch die MA.

Relevanz

Die Ergebnisse der Evaluation dieses Modellprojektes haben eine hohe praktische Relevanz. Sie zeigen, dass die Implementierung eines umfassenden, ressourcen- und bedürfnisorientierten Versorgungskonzeptes wie der SET unter realistischen Bedingungen in Pflegeeinrichtungen möglich ist und zu messbaren Verbesserungen der Versorgungsqualität führen kann. Gleichzeitig kann das arbeitsbezogene Belastungsempfinden der MA reduziert werden. Daraus kann abgeleitet werden, dass es empfehlenswert ist, das SET-Konzept in Pflegeeinrichtungen zu implementieren. Zugleich erscheint es notwendig, weitere Forschung zu den langfristigen Effekten der Implementierung, zu Faktoren, die den Implementierungserfolg beeinflussen, sowie zu den Auswirkungen auf das Wohlbefinden der BWmD (z. B. Lebensqualität, Verhaltenssymptome) durchzuführen – idealerweise in größeren Stichproben und kontrollierten Studiendesigns.

9. Schlussbetrachtung und Ausblick

- Die Implementierung des SET-Konzeptes erwies sich insgesamt als erfolgreich und kann für weitere Pflegeeinrichtungen empfohlen werden.
- In allen Einrichtungen wurden strukturierte BW-Besprechungen etabliert und die Dokumentation individueller Angaben zu den BWmD verbessert. Zudem wurden Anpassungen der Betreuungsangebote an die Bedürfnisse der BWmD initiiert. Die subjektive arbeitsbezogene Belastung der MA reduzierte sich.
- Die Implementierung des SET-Konzeptes in Pflegeeinrichtungen kann empfohlen werden. Zugleich erscheint es notwendig, weitere Forschung zu den langfristigen Effekten der Implementierung sowie zu den Auswirkungen auf das Wohlbefinden der BWmD durchzuführen.

Literatur

- Alt-Resch, B. (2026, 2026/03/25). SET in der Pflegeheim-Praxis: Wie das Konzept die Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz verändern kann. Frühjahrstagung Demenz-Verein Saarlouis e.V., Saarlouis.
- Basinska, K., Zúñiga, F., Simon, M., De Geest, S., Guerbaai, R. A., Wellens, N. I. H., Nicca, D., & Brunkert, T. (2022). Implementation of a complex intervention to reduce hospitalizations from nursing homes: a mixed-method evaluation of implementation processes and outcomes. *BMC Geriatr*, 22(1), 196. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-02878-y>
- Berner, N., Hohmann, A., & Teupen, S. (2025). Stigmatisierung von Angehörigen von Menschen mit Demenz. *Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen eV (DZNE)/Deutsche Alzheimer Gesellschaft eV (Hrsg.): Angehörige von Menschen mit Demenz— Forschungsergebnisse und Perspektiven*. Weinheim: Beltz Juventa, 224-238.
- Blotenberg, I., Hoffmann, W., & Thyrian, J. R. (2023). Dementia in Germany: epidemiology and prevention potential. *Deutsches Ärzteblatt International*, 120(27-28), 470.
- Böhm, E. (2018). *Psychobiographisches Pflegemodell nach Böhm* (5 ed.). Facultas / Maudrich.
- Curran, G. M., Bauer, M., Mittman, B., Pyne, J. M., & Stetler, C. (2012). Effectiveness-implementation hybrid designs: combining elements of clinical effectiveness and implementation research to enhance public health impact. *Med Care*, 50(3), 217-226. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3182408812>
- Deutsche Gesellschaft für Neurologie e. V. & Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, P. u. N. e. V. o. k. D. e. V. D. e. V. (2026). S3-Leitlinie Demenzen [Version 6.0]. Retrieved 10.04.2026, from <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-013>
- Edvardsson, D., Sandman, P. O., Nay, R., & Karlsson, S. (2009). Predictors of job strain in residential dementia care nursing staff. *Journal of nursing management*, 17(1), 59-65.
- Graessel, E., Stemmer, R., Eichenseer, B., Pickel, S., Donath, C., Kornhuber, J., & Luttenberger, K. (2011). Non-pharmacological, multicomponent group therapy in patients with degenerative dementia: a 12-month randomized, controlled trial. *BMC medicine*, 9(1), 129.
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations. *The Milbank Quarterly*, 82(4), 581-629. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.0887-378X.2004.00325.x>
- Güther, H., Baranzke, H., & Höhmann, U. (2021). Herausforderndes Verhalten bei Personen mit Demenz. *MMW - Fortschritte der Medizin*, 163(3), 59-67. <https://doi.org/10.1007/s15006-021-0285-x>
- Kitwood, T. (2022). *Demenz: Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten, kognitiv beeinträchtigten Menschen*. Hogrefe AG.
- Kohler, M., Mullis, J., Schwarz, J., & Saxer, S. (2017). Pflege von Menschen mit Demenz und Inkontinenz—Reduktion der Belastung der Pflegenden durch Schulung und Fallbesprechungen. *Klinische Pflegeforschung*, 3, 3-14.
- Kuckartz, U., & Rädiker, S. (2020). *Fokussierte Interviewanalyse mit MAXQDA: Schritt für Schritt*. Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-31468-2>
- Kuske, B., Luck, T., Hanns, S., Matschinger, H., Angermeyer, M. C., Behrens, J., & Riedel-Heller, S. G. (2009). Training in dementia care: a cluster-randomized controlled trial of a training program for nursing home staff in Germany. *International psychogeriatrics*, 21(2), 295-308.
- Kuske, B., Luck, T., Hanns, S., Matschinger, H., Angermeyer, M. C., Behrens, J., & Riedel-Heller, S. G. (2009). Training in dementia care: a cluster-randomized controlled trial of a training program for nursing home staff in Germany. *Int Psychogeriatr*, 21(2), 295-308. <https://doi.org/10.1017/s1041610208008387>
- McCabe, M. P., Bird, M., Davison, T. E., Mellor, D., MacPherson, S., Hallford, D., & Seedy, M. (2015). An RCT to evaluate the utility of a clinical protocol for staff in the management of behavioral



- and psychological symptoms of dementia in residential aged-care settings. *Aging & Mental Health*, 19(9), 799-807.
- Richard, N. (2001). Wertschätzende Begegnungen. Integrative Validation (IVA). In P. Dürrmann (Ed.), *Besondere stationäre Demenztbetreuung* (pp. 56-61).
- Robl, G., & Romero, B. (2013). Das Selbst erhalten. *Die Schwester Der Pfleger*(2), 154-156.
- Robl, G., & Romero, B. (2015). Ein Standard zeigt den Weg. *Die Schwester Der Pfleger*, 54, 90-91.
- Robl, G., & Romero, B. (2023). *Konzeptueller Rahmen für die Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz in der stationären Langzeitpflege auf Grundlage der Selbsterhaltungstherapie (SET)*.
- Romero, B. (2004). Selbsterhaltungstherapie: Konzept, klinische Praxis und bisherige Ergebnisse. *ZfGP*, 17, 119-134.
- Romero, B. (2025). Im Einklang mit sich selbst. *Altenpflege-Online.net*(04), 24-27.
- Romero, B., & Eder, G. (1992). Selbst-Erhaltungs-Therapie (SET): Konzept einer neuropsychologischen Therapie bei Alzheimer-Kranken. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und-psychiatrie*, 5(4), 267-282.
- Romero, B., & Geschke, K. (2019). Selbsterhaltungstherapie für Menschen mit Demenz. *InFo Neurologie & Psychiatrie*, 21, 28-36. <https://doi.org/10.1007/s15005-019-0028-z>
- Romero, B., & Robl, G. (2011). Selbstvertrauen stärken. *Altenpflege*, 36, 33-36.
- Romero, B., Robl, G., Dannich, K., & Plieninger, H. (2021). SET-Oase für Menschen mit schwerer Demenz. *Pflegezeitschrift*, 74(3), 60-63.
- Romero, B., & Wenz, M. (2001). Self-maintenance therapy in Alzheimer's disease. *Neuropsychological Rehabilitation*, 11(3-4), 333-355.
- Romero, B., & Wenz, M. (2018). *Therapeutische Empfehlungen für Menschen mit Demenz: Selbsterhaltungstherapie (SET) im Krankenhaus*. Kohlhammer.
- Schäfer, C. (2026). Menschen stärken, Teams entlasten: Demenztbetreuung mit SET und PeBeM neu gestalten. Gemeinsamer Jahreskongress DGGG & DGG 2026, Frankfurt am Main.
- Schiffczyk, C., Romero, B., Jonas, C., Lahmeyer, C., Müller, F., & Riepe, M. W. (2013). Efficacy of short-term inpatient rehabilitation for dementia patients and caregivers: prospective cohort study. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 35(5-6), 300-312.
- Schwab, C. (2013). Constructvalidity and internal consistency of the Dementia-specific burden instrument (BelaDem) in nursing homes [Konstruktvalidität und interne Konsistenz des Instrumentes "Belastungserleben im Umgang mit Demenz (BelaDem) in der stationären Altenhilfe]. *Master Unpublished Master Thesis, Witten/Herdecke University*.
- Seitz, B. (2005). Optimierung der Versorgung von Menschen mit Demenzerkrankungen in stationären Pflegeeinrichtungen in Rheinland-Pfalz. *Gesundheitswesen*, 67(07), VF_P56. <https://doi.org/10.1055/s-2005-920744>
- Zwijzen, S., Gerritsen, D., Eefsting, J., Smalbrugge, M., Hertogh, C., & Pot, A. (2015). Coming to grips with challenging behaviour: a cluster randomised controlled trial on the effects of a new care programme for challenging behaviour on burnout, job satisfaction and job demands of care staff on dementia special care units. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 68-74.
- Zwijzen, S. A., Gerritsen, D. L., Eefsting, J. A., Smalbrugge, M., Hertogh, C. M., & Pot, A. M. (2015). Coming to grips with challenging behaviour: a cluster randomised controlled trial on the effects of a new care programme for challenging behaviour on burnout, job satisfaction and job demands of care staff on dementia special care units. *Int J Nurs Stud*, 52(1), 68-74. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.10.003>
- Zwijzen, S. A., Smalbrugge, M., Eefsting, J. A., Gerritsen, D. L., Hertogh, C. M. P. M., & Pot, A. M. (2014). Grip on challenging behavior: process evaluation of the implementation of a care program. *Trials*, 15(1), 302. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-15-302>

Anhang 1

D
Bela
m **Belastungserleben**
im Umgang mit Demenz
- in der stationären Altenhilfe -

Fragebogen

Zu jeder Situation werden zwei unabhängige Fragen gestellt:

1. zur Belastung  und
2. zur Häufigkeit .

Bitte beantworten
Sie immer beide Teilfragen!

Wie stark waren Sie in den letzten vier Wochen durch folgende Situationen im Umgang mit Menschen mit Demenz belastet, und wie häufig kamen die Situationen in dem Zeitraum vor?

1. Die Menschen mit Demenz machten laute Geräusche.

Wie sehr hat Sie das persönlich in den letzten vier Wochen belastet?

	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
	gar nicht	kaum	leicht	mäßig	stark	sehr stark

Wie häufig kam das in den letzten vier Wochen vor?

	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
	nie	selten	manchmal	oft

2. Sie hatten das Gefühl, von Menschen mit Demenz bedroht zu werden.

Wie sehr hat Sie das persönlich in den letzten vier Wochen belastet?

	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
	gar nicht	kaum	leicht	mäßig	stark	sehr stark

Wie häufig kam das in den letzten vier Wochen vor?

	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
	nie	selten	manchmal	oft

3. Sie konnten Ihre Arbeit nicht tun.

Wie sehr hat Sie das persönlich in den letzten vier Wochen belastet?

	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
	gar nicht	kaum	leicht	mäßig	stark	sehr stark

Wie häufig kam das in den letzten vier Wochen vor?

	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
	nie	selten	manchmal	oft

Wie stark waren Sie in den letzten vier Wochen durch folgende Situationen im Umgang mit Menschen mit Demenz belastet, und wie häufig kamen die Situationen in dem Zeitraum vor?

Bitte beantworten Sie immer beide Teilfragen!

4. Sie haben das Leid der Menschen mit Demenz wahrgenommen.

Wie sehr hat Sie das persönlich in den letzten vier Wochen belastet?



₀ ₁ ₂ ₃ ₄ ₅
gar nicht kaum leicht mäßig stark sehr stark

Wie häufig kam das in den letzten vier Wochen vor?



₁ ₂ ₃ ₄
nie selten manchmal oft

5. Sie hatten das Gefühl, für Menschen mit Demenz nichts machen zu können.

Wie sehr hat Sie das persönlich in den letzten vier Wochen belastet?



₀ ₁ ₂ ₃ ₄ ₅
gar nicht kaum leicht mäßig stark sehr stark

Wie häufig kam das in den letzten vier Wochen vor?



₁ ₂ ₃ ₄
nie selten manchmal oft

6. Sie mussten Menschen mit Demenz „ruhig stellen“.

Wie sehr hat Sie das persönlich in den letzten vier Wochen belastet?



₀ ₁ ₂ ₃ ₄ ₅
gar nicht kaum leicht mäßig stark sehr stark

Wie häufig kam das in den letzten vier Wochen vor?



₁ ₂ ₃ ₄
nie selten manchmal oft

7. Sie haben nicht verstanden, warum sich Menschen mit Demenz so verhalten.

Wie sehr hat Sie das persönlich in den letzten vier Wochen belastet?



₀ ₁ ₂ ₃ ₄ ₅
gar nicht kaum leicht mäßig stark sehr stark

Wie häufig kam das in den letzten vier Wochen vor?



₁ ₂ ₃ ₄
nie selten manchmal oft

Wie stark waren Sie in den letzten vier Wochen durch folgende Situationen im Umgang mit Menschen mit Demenz belastet, und wie häufig kamen die Situationen in dem Zeitraum vor?

Bitte beantworten Sie immer beide Teilfragen!

8. Sie mussten ständig hinter Menschen mit Demenz her sein und sie suchen.

Wie sehr hat Sie das persönlich in den letzten vier Wochen belastet?



₀ ₁ ₂ ₃ ₄ ₅
gar nicht *kaum* *leicht* *mäßig* *stark* *sehr stark*

Wie häufig kam das in den letzten vier Wochen vor?



₁ ₂ ₃ ₄
nie *selten* *manchmal* *oft*

9. Sie hatten keine Zeit, sich mehr um Menschen mit Demenz zu kümmern.

Wie sehr hat Sie das persönlich in den letzten vier Wochen belastet?



₀ ₁ ₂ ₃ ₄ ₅
gar nicht *kaum* *leicht* *mäßig* *stark* *sehr stark*

Wie häufig kam das in den letzten vier Wochen vor?



₁ ₂ ₃ ₄
nie *selten* *manchmal* *oft*

10. Sie wurden von Menschen mit Demenz geschlagen.

Wie sehr hat Sie das persönlich in den letzten vier Wochen belastet?



₀ ₁ ₂ ₃ ₄ ₅
gar nicht *kaum* *leicht* *mäßig* *stark* *sehr stark*

Wie häufig kam das in den letzten vier Wochen vor?



₁ ₂ ₃ ₄
nie *selten* *manchmal* *oft*

11. Sie wurden von Menschen mit Demenz beschimpft.

Wie sehr hat Sie das persönlich in den letzten vier Wochen belastet?



₀ ₁ ₂ ₃ ₄ ₅
gar nicht *kaum* *leicht* *mäßig* *stark* *sehr stark*

Wie häufig kam das in den letzten vier Wochen vor?



₁ ₂ ₃ ₄
nie *selten* *manchmal* *oft*

Wie stark waren Sie in den letzten vier Wochen durch folgende Situationen im Umgang mit Menschen mit Demenz belastet, und wie häufig kamen die Situationen in dem Zeitraum vor?

Bitte beantworten Sie immer beide Teilfragen!

12. Sie konnten Ihre Probleme mit Menschen mit Demenz nicht mit anderen teilen.

Wie sehr hat Sie das persönlich in den letzten vier Wochen belastet?



₀ ₁ ₂ ₃ ₄ ₅
gar nicht kaum leicht mäßig stark sehr stark

Wie häufig kam das in den letzten vier Wochen vor?



₁ ₂ ₃ ₄
nie selten manchmal oft

13. Die Menschen mit Demenz waren apathisch.

Wie sehr hat Sie das persönlich in den letzten vier Wochen belastet?



₀ ₁ ₂ ₃ ₄ ₅
gar nicht kaum leicht mäßig stark sehr stark

Wie häufig kam das in den letzten vier Wochen vor?



₁ ₂ ₃ ₄
nie selten manchmal oft

14. Die Menschen mit Demenz riefen ständig oder stellten Fragen.

Wie sehr hat Sie das persönlich in den letzten vier Wochen belastet?



₀ ₁ ₂ ₃ ₄ ₅
gar nicht kaum leicht mäßig stark sehr stark

Wie häufig kam das in den letzten vier Wochen vor?



₁ ₂ ₃ ₄
nie selten manchmal oft

15. Sie mussten ständig auf Menschen mit Demenz aufpassen.

Wie sehr hat Sie das persönlich in den letzten vier Wochen belastet?



₀ ₁ ₂ ₃ ₄ ₅
gar nicht kaum leicht mäßig stark sehr stark

Wie häufig kam das in den letzten vier Wochen vor?



₁ ₂ ₃ ₄
nie selten manchmal oft

Wie stark waren Sie in den letzten vier Wochen durch folgende Situationen im Umgang mit Menschen mit Demenz belastet, und wie häufig kamen die Situationen in dem Zeitraum vor?

Bitte beantworten Sie immer beide Teilfragen!

16. Der Umgang mit den Angehörigen von Menschen mit Demenz war fordernd.

Wie sehr hat Sie das persönlich in den letzten vier Wochen belastet?



gar nicht

kaum

leicht

mäßig

stark

sehr stark

Wie häufig kam das in den letzten vier Wochen vor?



nie

selten

manchmal

oft

17. Es gab eine andere als die hier genannten Situationen im Umgang mit Menschen mit Demenz, die Sie belastet hat. Das war (bitte benennen):



Wie sehr hat Sie das persönlich in den letzten vier Wochen belastet?



gar nicht

kaum

leicht

mäßig

stark

sehr stark

Wie häufig kam das in den letzten vier Wochen vor?



nie

selten

manchmal

oft

Anhang 2

D
Bela
m **Belastungserleben**
im Umgang mit Demenz
- in der stationären Altenhilfe -

Auswertungsbogen

Nr. Frage			Index	Aggressives Verhalten
2	Sie hatten das Gefühl, von Menschen mit Demenz bedroht zu werden.	<input type="checkbox"/>	$\times \sqrt{\square} = \square$	
10	Sie wurden von Menschen mit Demenz geschlagen.	<input type="checkbox"/>	$\times \sqrt{\square} = \square$	
11	Sie wurden von Menschen mit Demenz beschimpft.	<input type="checkbox"/>	$\times \sqrt{\square} = \square$	
				Score
Summe Index:				<input type="text"/> $\times 10 / 3 \text{ Fragen} = \input{type="text"}\%$

Nr. Frage			Index	Hilflosigkeit
4	Sie haben das Leid der Menschen mit Demenz wahrgenommen.	<input type="checkbox"/>	$\times \sqrt{\square} = \square$	
5	Sie hatten das Gefühl, für Menschen mit Demenz nichts machen zu können.	<input type="checkbox"/>	$\times \sqrt{\square} = \square$	
7	Sie haben nicht verstanden, warum sich Menschen mit Demenz so verhalten.	<input type="checkbox"/>	$\times \sqrt{\square} = \square$	
				Score
Summe Index:				<input type="text"/> $\times 10 / 3 \text{ Fragen} = \input{type="text"}\%$

Nr. Frage			Index	Quantitative Anforderungen
3	Sie konnten Ihre Arbeit nicht tun.	<input type="checkbox"/>	$\times \sqrt{\square} = \square$	
8	Sie mussten ständig hinter Menschen mit Demenz her sein und sie suchen.	<input type="checkbox"/>	$\times \sqrt{\square} = \square$	
9	Sie hatten keine Zeit, sich mehr um Menschen mit Demenz zu kümmern.	<input type="checkbox"/>	$\times \sqrt{\square} = \square$	
15	Sie mussten ständig auf Menschen mit Demenz aufpassen.	<input type="checkbox"/>	$\times \sqrt{\square} = \square$	
				Score
Summe Index:				<input type="text"/> $\times 10 / 6 \text{ Fragen} = \input{type="text"}\%$

Nr. Frage			Index	Akustische Störungen
1	Die Menschen mit Demenz machten laute Geräusche.	<input type="checkbox"/>	$\times \sqrt{\square} = \square$	
14	Die Menschen mit Demenz riefen ständig oder stellten Fragen.	<input type="checkbox"/>	$\times \sqrt{\square} = \square$	
				Score
Summe Index:				<input type="text"/> $\times 10 / 2 \text{ Fragen} = \input{type="text"}\%$

Nr. Frage			Index	Einzelne Items
6	Sie mussten Menschen mit Demenz „ruhig stellen“.	<input type="checkbox"/>	$\times \sqrt{\square} = \square$	$\times 10 = \input{type="text"}\%$
12	Sie konnten Ihre Probleme mit Menschen mit Demenz nicht mit anderen teilen.	<input type="checkbox"/>	$\times \sqrt{\square} = \square$	$\times 10 = \input{type="text"}\%$
13	Die Menschen mit Demenz waren apathisch.	<input type="checkbox"/>	$\times \sqrt{\square} = \square$	$\times 10 = \input{type="text"}\%$
16	Der Umgang mit den Angehörigen von Menschen mit Demenz war fordernd.	<input type="checkbox"/>	$\times \sqrt{\square} = \square$	$\times 10 = \input{type="text"}\%$

Anhang 3

Interviewleitfaden der Fokusgruppeninterviews

Kategorien Inhaltsanalyse	Fragen
1. Allgemeine Bewertungen der Einführung der SET	<ul style="list-style-type: none"> • In der Rückschau, wie finden Sie es, dass die SET in Ihrer Einrichtung eingeführt wurde?
2. Individuelle Veränderungen (positiv/negativ)	<ul style="list-style-type: none"> • Wie hat sich die Einführung der SET auf Ihre Arbeit ausgewirkt? <ul style="list-style-type: none"> ○ Werden Ressourcen und Bedürfnisse der BWmD im Alltag beachtet? Wird die Dokumentation dazu angeschaut? ○ Werden biographische Daten der BWmD im Alltag beachtet? Wird die Dokumentation dazu angeschaut? ○ Wie hat sich der Umgang mit schwierigen Situationen verändert? • Was sind Veränderungen, die Sie bei sich selbst bemerken?
3. Interdisziplinäre Veränderungen (positiv/negativ)	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Veränderungen bemerken Sie in der Arbeit untereinander?
4. Bewertung des Implementierungsprozesses (fördernde/hemmende Faktoren)	<ul style="list-style-type: none"> • Was ist während der Einführung der SET gut gelaufen? • Was ist während der Einführung der SET nicht gut gelaufen? • Warum sind diese Dinge gut/nicht gut gelaufen? • Haben Sie Verbesserungsvorschläge?
5. Bewertung der aktuellen Umsetzung (fördernde/hemmende Faktoren)	<ul style="list-style-type: none"> • Wie läuft die Umsetzung der SET momentan? • Was läuft gut? • Was läuft nicht gut? • Warum laufen diese Dinge gut/nicht gut?