

Entwicklung eines Qualitäts-  
sicherungs – und Prüfinstrumentes  
für die spezialisierte Dementen-  
betreuung (QSP-Projekt)

Abschlussbericht

**Deutsche Expertengruppe Dementenbetreuung e. V.**

c/o Haus Schwansen, Rakower Weg 1, 24354 Rieseby

Tel 03221 105 6979

[info@demenz-ded.de](mailto:info@demenz-ded.de)

[www.demenz-ded.de](http://www.demenz-ded.de)

**Entwicklung eines Qualitätssicherungs-  
und Prüfinstrumentes für die  
spezialisierte Dementenbetreuung  
(QSP-Projekt)**

**Abschlussbericht**

**von**

Jens Bruder, Marina Glauche, Martin Hamborg  
Alfred Hoffmann und Mechthild Lärm

**März 2007**

**Gefördert durch das  
Bundesministerium  
für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)**

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>Einführung.....</b>	<b>1</b>
<b>IQM für Altenpflegeheime.....</b>	<b>4</b>
<b>Auswahl der Projekteinrichtungen.....</b>	<b>7</b>
<b>Das Bewerbungsverfahren.....</b>	<b>10</b>
<b>Projektaufbau und Gremien.....</b>	<b>13</b>
<b>Übersicht über den zeitlichen Rahmen des QSP-Projektes .....</b>	<b>15</b>
<b>Darstellung der vier Arbeitsphasen .....</b>	<b>18</b>
<b>Profilerhebungsphase März 2004 bis Juni 2004.....</b>	<b>18</b>
<b>Selbstbewertungsphase Oktober 2004 – Juli 2005.....</b>	<b>21</b>
<b>Qualitätsverbesserungsphase Oktober 2005 – März 2006 .....</b>	<b>25</b>
<b>Phase des externen Qualitäts-Feedback Mai 2006 – Juni 2006.....</b>	<b>28</b>
<b>Gesamtergebnis.....</b>	<b>30</b>
<b>Zusammenfassung.....</b>	<b>31</b>
<b>Ausblick.....</b>	<b>34</b>

## **Einführung**

Die Demenzkrankheiten stellen in allen hoch entwickelten Gesellschaften eine große und wachsende Herausforderung dar. Jeder vierte über 80-Jährige und jeder dritte über 90-Jährige wird dement. Immer mehr Menschen schöpfen die biologisch mögliche Lebensspanne aus und erreichen diese Alterstufen, sodass es in immer mehr Familien einen demenzkranken Angehörigen gibt. Die gegenwärtige Zahl der Betroffenen liegt in Deutschland zwischen 1,1 und 1,2 Millionen. Ein zunehmender Anteil wird während der fortgeschrittenen Krankheitsphasen in einer der über neuntausend stationären Altenpflegeeinrichtungen betreut, die es in Deutschland gibt. Die vielfältigen Aspekte der zunehmenden Hochaltrigkeit finden in einer immer breiteren Öffentlichkeit Beachtung.

Dement zu werden bedeutet den Verlust (schließlich) aller geistig-seelischen Fähigkeiten des Menschen, und zwar im Verlaufe eines 10-15jährigen Prozesses. Während in den frühen Stadien der Austausch mit den Betroffenen über ihr Krankheitserleben noch möglich ist, wird es im fortgeschrittenen Verlauf immer notwendiger, sich in die innere Welt der Kranken soweit wie möglich einzufühlen und ihre schwächer werdenden Fähigkeiten zu unterstützen oder schließlich ganz zu ersetzen. Dies erfordert von den Betreuenden Einfühlung, Phantasie und in nicht geringem Umfang auch geistige Leistungsbereitschaft. Demenz ereignet sich in Menschen mit jahrzehntelangen Lebenswegen und höchst individuellen Prägungen. Sie kennenzulernen – die Grundlage für guten Umgang – kann erhebliche Anstrengungen erforderlich machen. Demenzkranke zu pflegen heißt überwiegend, Geist und Seele zu pflegen – eine ungleich schwierigere Aufgabe als nur auf den Körper bezogen zu versorgen.

Eine wichtige Besonderheit der Betreuung Demenzkranker stellt die Tatsache dar, dass die Kranken nicht mehr darüber berichten können, wie mit ihnen umgegangen wurde. Bei fast allen anderen ähnlich häufigen Krankheiten ist dagegen die natürliche Qualitäts-Kontrollinstanz das Gedächtnis derjenigen, die die Hilfe empfangen. Wegen dieses Sachverhaltes ist es eine besonders wichtige Aufgabe, die Fähigkeit zu qualitätsbewusstem Handeln möglichst tief in den Betreuenden Demenzkranker zu verankern.

Das in diesem Bericht beschriebene Projekt will einen Beitrag dazu leisten. Sechs stationäre Einrichtungen aus ganz Deutschland beteiligten sich. Alle sind Mitglieder der Deutschen Expertengruppe Dementenbetreuung (DED). Alle erfüllten (und erfüllen) eine Reihe von Qualitätsanforderungen als Voraussetzung für die Teilnahme, wie u.a. das Vorhandensein von Spezialbereichen mit bestimmten Zugangskriterien, qualitative und quantitative Personalmerkmale oder Interdisziplinarität der Betreuenden. Das Projekt erstreckte sich über mehr als drei Jahre. Im Zentrum stand der Einsatz eines neuen Instrumentes zur Qualitätsentwicklung und -prüfung. Dabei handelt es sich im Kern um ein in Kanada vor mehreren Jahrzehnten entwickeltes und landesweit in Pflegeinstitutionen eingeführtes System der integrierten, d.h. die ganze Institution einbeziehenden Qualitätsverbesserung (IQM = Integrated Quality Management). Es ist in dieser ursprünglichen Form nicht spezifisch auf die Erfordernisse Demenzkranker bezogen. Kennzeichnend für das IQM ist, dass bei den Betreuern durch die Form der Fragen Nachdenken und Dialog über das eigene und gemeinsame Handeln angestoßen werden. Darum geht es, viel mehr als um eindimensionale Quantifizierungen.

Für den Einsatz im Rahmen dieses Projektes wurde das kanadische IQM um viele Bausteine erweitert, die sich auf die Demenzkranken beziehen. Das so entstandene neue Instrument erhielt die Bezeichnung **IQM-Demenz**. Diese umfangreiche Neubearbeitung wurde vom Projektsteuerungskreis (PSK) geleistet. Er bestand bzw. besteht aus fünf im Demenzbereich erfahrenen Spezialisten sowie der Projektkoordinatorin und dem Eigentümer des Unternehmens 'Innovative Qualifikation in der Altenpflege', das von der DED mit dem Einsatz des neu entstandenen Instrumentes in den Einrichtungen beauftragt war. Der Projektsteuerungskreis hat das gesamte Vorhaben dicht begleitet.

Bei der Erweiterung wurden die neuen Begutachtungsrichtlinien des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) berücksichtigt.

Während der Neubearbeitung des Instrumentes zum IQM-Demenz begann bereits der Einsatz des jeweils für die nächste Projektphase fertig gestellten Teils. **Die Erprobung umfasste insgesamt vier Phasen:**

Die **erste** war die **Profilerhebungsphase**, in der die jeweilige Einrichtung ihre bauliche und organisatorische Struktur und ihre Ausstattung erfasste sowie ihre Bewohnerschaft beschrieb.

Daran schloss sich die **zweite**, die **Selbstreflexionsphase**, an. In ihr bewertete die Einrichtung im Rahmen eines reflexiven Prozesses – des oben erwähnten charakteristischen Merkmals des IQM-Demenz – die Qualität ihrer Handlungsabläufe und -ergebnisse. Sie nahm also eine Analyse von Stärken und Schwächen vor.

Es folgte die **dritte** Phase, die **Qualitätsverbesserungsphase**. In ihr wurden Projekte der Qualitätsverbesserung entwickelt und (zum Teil) realisiert. In der **vierten** Phase, der **Phase des externen Qualitäts-Feedbacks**, stellte sich die Einrichtung einer Fremdbewertung durch Fachkollegen und ließ den Grad der Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung deutlich werden.

Der Aufbau des Berichtes folgt diesen vier Phasen. Er möchte ein möglichst lebendiges, übersichtliches Bild eines sehr vielschichtigen Entwicklungsprozesses vermitteln (an den sechs Standorten arbeiteten im Laufe der mehr als drei Jahre über 100 Menschen an dem Projekt mit). Im Wesentlichen handelt es sich um einen Erfahrungsbericht, mehr als um eine im engeren Sinne wissenschaftliche Darstellung. Vergegenwärtigt man sich aber, dass die Welt der Pflegeheime in Deutschland bisher kaum Projekte ähnlichen Umfangs vorzuweisen hat, darf man sich über das hier Erreichte freuen: mit einem neuen Verfahren die reflexive Offenheit zu Neuem anzuregen.

Ohne die Offenheit, die das **Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** für unser Vorhaben ideell (besonders in der Person von Frau Petra Weritz-Hanf), aber auch materiell bewies, hätte die DED das Projekt nicht in Angriff genommen. So aber konnte es gewagt werden, auch wenn erhebliche finanzielle Anstrengungen unserer – insgesamt noch jungen – Deutschen Expertengruppe Dementenbetreuung damit verbunden waren. Die DED ist in diesen Jahren gewachsen. Auch deshalb danken wir dem BMFSFJ sehr für seine Unterstützung.

Wir wünschen Ihnen nun möglichst viel Gewinn aus der Lektüre des Berichtes!

## **IQM für Altenpflegeheime**

Das Integrierte Qualitätsmanagementsystem (IQM) wurde vor mehreren Jahrzehnten in Kanada entwickelt. Es stützt sich auf Erfahrungen in der Langzeitpflege, die dort heute zu einem landesweit anerkannten Konzept des Qualitätsmanagements geführt haben. Mit der Umsetzung von IQM beweist eine Pflegeeinrichtung, sich um sehr gute Leistungen zu bemühen. Dazu gehören entsprechende Arbeitsverfahren, die Bereitschaft zur kritischen Reflexion nach innen und von außen sowie - als Ergebnis dessen - die Kraft und Offenheit zur ständigen Weiterentwicklung der bisher erreichten Qualität.

Dem IQM liegen Anforderungen zugrunde, die sich aus den allgemein anerkannten Fachstandards ergeben. Diese stimmen in den hoch entwickelten Ländern mit größerem Anteil sehr alter Menschen weltweit im Wesentlichen überein. Sie speisen sich aus dem christlich geprägten abendländischen Menschenverständnis. In den Leitbildern sehr vieler deutscher Pflegeheime finden sich Formulierungen von Achtung und Würde, Glaubwürdigkeit, Integrität und Vertrauen.

Mit Qualitätsanforderungen im Sinne des IQM sind Regelungen und Verfahrensweisen gemeint, die sich auf die Wirkungsweise einer Einrichtung als Ganzes beziehen. Sie bauen auf dem vorhandenen professionellen Wissen in ihren verschiedenen Fachbereichen auf, aber es geht darüber hinaus um die Frage, wie die Einrichtung sich insgesamt in ihr Umfeld einbringt. Der Steuerungsgedanke der Institution spielt im IQM eine wichtige Rolle.

Dabei sind die Qualitätsanforderungen nicht als statische Vorgaben, sondern als Regelungen zu verstehen, die immer wieder der Überprüfung bedürfen, weil sie – potentiell - stets verbesserungsfähig bleiben.

Das IQM umfasst alle wichtigen Bereiche eines Altenpflegeheimes. Es sind sechs:

- Pflege und Betreuung
- Informationsmanagement
- Personalmanagement
- Risikomanagement
- Alltagsmanagement und
- Strategisches Management

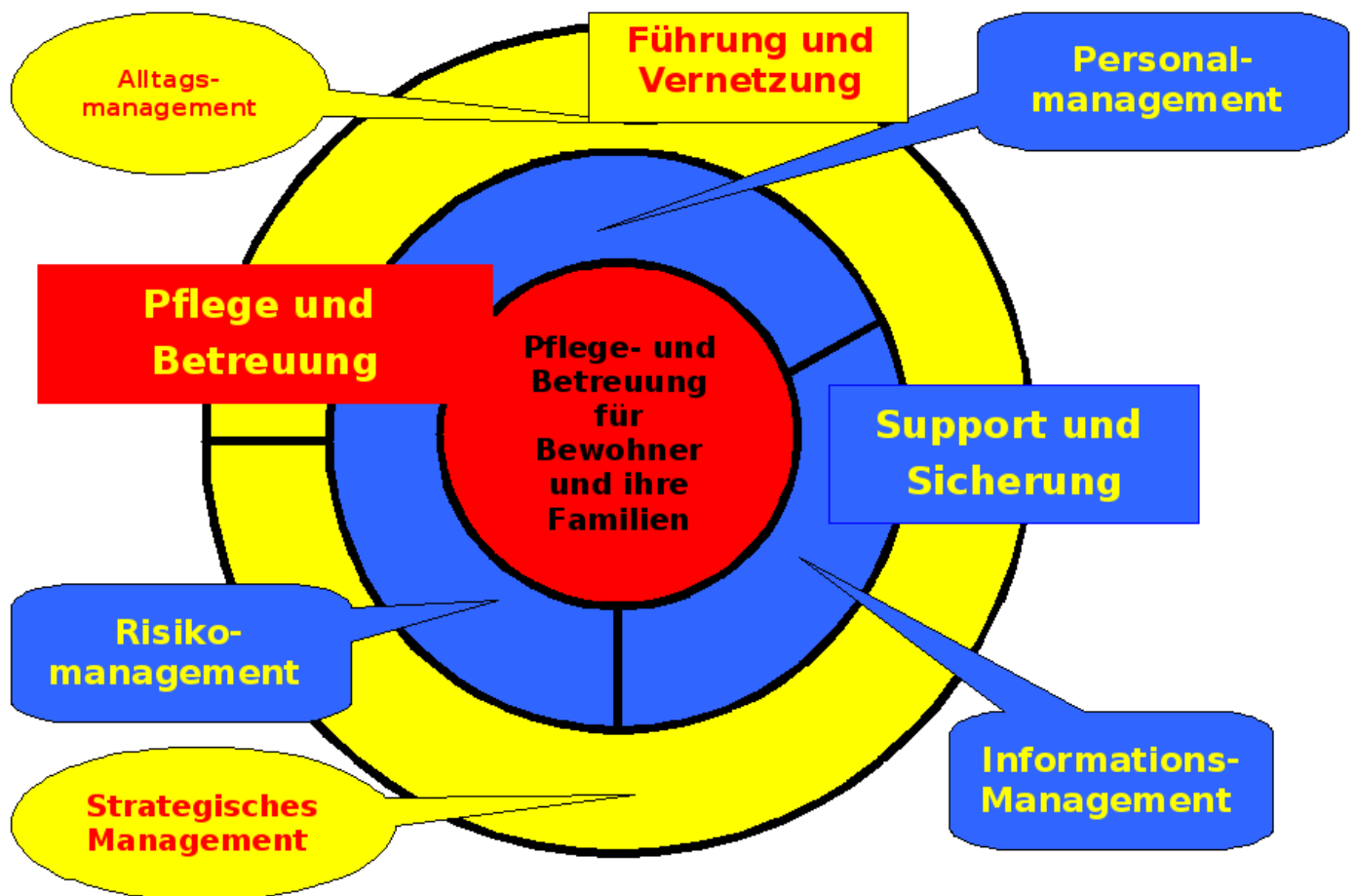


Im Rahmen der Profilerhebung, der ersten Projektphase, und in der Selbstreflexionsphase, der zweiten Phase, werden zu all diesen Bereichen Daten erhoben. Die Graphik auf Seite 6 gibt sie wieder. Sie zeigt darüber hinaus ihre hierarchische Beziehung zueinander und zu den beiden Zwischenebenen 'Support und Sicherung' sowie 'Führung und Vernetzung'. Im Zentrum findet die Kernaufgabe Pflege und Betreuung statt. In der umgebenden Schale (oder Zwischenebene) 'Support und Sicherung' sind die Bereiche Personal-, Informations- und Risikomanagement angesiedelt. Auf der Außenschale 'Führung und Vernetzung' werden das Alltagsmanagement sowie das Strategische Management inklusive Vernetzung geleistet.

### **Selbsteinschätzung als zentrale Methode der Qualitätssicherung**

Zentrales Element von IQM ist die Selbsteinschätzung auf allen Ebenen und in allen Bereichen, von der Pflegekraft über die Hauswirtschaftler bis zum Heimleiter und Trägervertreter. Alle Arbeitsperspektiven sollen in der Qualitätsentwicklungsarbeit Berücksichtigung finden. Die Selbsteinschätzung wird als Triebkraft für die Verbesserung der Qualität verstanden. Ohne Innehalten, Besinnung und nachdenklichen Austausch kann sie nicht gelingen. Es geht um die – nachvollziehbare - Bewertung der eigenen Arbeit. So können Offenheit und Selbstbewusstsein wachsen.

Aufbau und Struktur des  
IQM – Integriertes Qualitätsmanagement



## **Auswahl der Projekteinrichtungen**

Das Auswahlverfahren sollte sicherstellen, dass die teilnehmenden Einrichtungen die Betreuung Demenzkranker auf einem Niveau leisten, an dem in der Deutschen Expertengruppe Dementenbetreuung seit ihrer Gründung im Jahre 1995 (im Rahmen von jährlich zwei anderthalb-tägigen Workshops) gearbeitet wurde.

Der Projektsteuerungskreis entwickelte einen Kriterienkatalog zur Selbst- und Fremdbewertung, der Elemente aus den Zugangskriterien zum gegenwärtigen Hamburger 750-Plätze-Programm für die besondere Betreuung Demenzkranker aufnahm (dessen Ursprung war das Hamburger Demenz-Modell-Programm der Jahre 1989-1992. Auf der Grundlage eines Senatsbeschlusses über sechzig zusätzliche Stellen wurden damals an siebzehn Standorten neue Ansätze der Versorgung Demenzkranker entwickelt und erprobt. Es hat umfangreiche Erkenntnisse geliefert und viele Menschen angeregt).

## **Kriterien**

### 1. Spezialisierung

Es gibt einen Wohnbereich, eine Station, eine Wohngruppe oder eine Hausgemeinschaft für die besondere Dementenbetreuung, in dem für mobile, schwerer demenzkranke Menschen mit Verhaltensstörungen ein besonders geeignetes Milieu geschaffen wurde.

### 2. Konzeption und Organisation

- ◆ Es gibt ein schriftliches Konzept
- ◆ Es gibt eine flexible Tagesstruktur, die sich an wesentlichen Gewohnheiten und Prägungen der Kranken orientiert
- ◆ Es gibt ein festes multiprofessionelles Arbeiterteam mit einheitlichem Pflegeverständnis
- ◆ Die ärztliche Betreuung der BewohnerInnen wird durch einen Facharzt oder gerontopsychiatrisch erfahrenen Allgemeinarzt gewährleistet
- ◆ Mit den Möglichkeiten der Bedarfsmedikation wird verantwortlich umgegangen (regelmäßige Überprüfung)
- ◆ Es finden regelmäßige Fallbesprechungen statt
- ◆ Der spezifische Ernährungsbedarf wird berücksichtigt

- ◆ Betreuungsangebote finden an sieben Tagen in der Woche statt
- ◆ Die Personalbesetzung ist an sieben Tagen der Woche gleichbleibend

### 3. Personelle Anforderungen

- ◆ Die Heimpersonalverordnung ist erfüllt
- ◆ Die fachliche Leitung erfolgt durch eine erfahrene Pflegefachkraft mit gerontopsychiatrischer Zusatzqualifikation
- ◆ Die Mitarbeiter haben spezielle Kenntnisse über Demenz, insbesondere zur Beziehungs- und Milieugestaltung sowie zur Milieuthherapie
- ◆ Die Mehrzahl der Mitarbeiter ist in basaler Stimulation fortgebildet
- ◆ Die BewohnerInnen sind soweit wie möglich in Alltagsaktivitäten eingebunden
- ◆ Die Zubereitung der Mahlzeiten kann mindestens teilweise in der Wohnküche des Bereiches erfolgen
- ◆ Die Raumpflegerin ist fest zugeordnet

### 4. Personalbemessung

Die Personalbemessung orientiert sich an der besonderen Fallgruppe, der Leistungsbeschreibung sowie den strukturellen Gegebenheiten der Einrichtung.

### 5. Milieutherapeutische Anforderungen (mindestens vier Kriterien müssen erfüllt sein)

- ◆ "Wandern" auf einer Ebene ist möglich
- ◆ Ein Garten als Bewegungsfreiraum und Erlebnisfeld ist vorhanden und gut erreichbar
- ◆ Es gibt eine Wohnküche mit vertrauten Gegenständen
- ◆ Die Beleuchtung in Fluren und Gemeinschaftsräumen ist hell (400 - 500 Lux in Augenhöhe) und schattenfrei
- ◆ Der Wohnbereich weist helle Farben auf
- ◆ Fußbodenbeläge sind einfarbig oder höchstens dezent gemustert

- ◆ Die Gemeinschaftsbereiche sind mit vertrauten (nicht futuristischen) Möbeln ausgestattet
- ◆ Die Bewohnerzimmer sind überwiegend mit eigenem Mobiliar eingerichtet
- ◆ Die Gemeinschaftsbereiche sind mit sensorisch anregenden Materialien gestaltet

#### 6. Zugangskriterien

- ◆ Die fachärztlich gestellte Diagnose Demenz liegt vor
- ◆ Der Mini Mental Test (MMS) ergibt bei der Aufnahme weniger als 15 Punkte
- ◆ Das Cohen-Mansfield- Agitation Inventory (CMAI) ergibt mindestens eine Verhaltensstörung im schwarz markierten Bereich oder drei Auffälligkeiten im grauen Segment
- ◆ Pflegestufe II oder III liegt vor
- ◆ Der Demenzkranke ist mobil und hat ein deutliches Bewegungsbedürfnis

#### 7. Die Einrichtung ist Mitglied in der Deutschen Expertengruppe Dementenbetreuung e.V.

Um den Entwicklungsstand der spezialisierten Dementenbetreuung einschätzen zu können, wurden besonders folgende Kriterien berücksichtigt:

- ◆ Entstehungsjahr bzw. Alter des Bereiches, Bewohnerzahl, Zugangsweg, bisherige durchschnittliche Verweildauer
- ◆ Atmosphäre, Wirkung der Bewohnerzimmer
- ◆ Zeitliche Struktur und Flexibilität des Betreuungsangebotes, Einbeziehung der Bewohner in alltägliche Versorgungsaktivitäten (Wäsche, Küche)
- ◆ Einbeziehung der Angehörigen in die Betreuung
- ◆ Organisation des Nachtdienstes, feste Mitarbeiterzuordnung zum Bereich
- ◆ Personalfluktuation
- ◆ bisheriges Qualitätsmanagement
- ◆ Selbsteinschätzung der Besonderheiten
- ◆ geplante weitere Entwicklungen

## **Das Bewerbungsverfahren**

Zunächst wurden die Mitgliedseinrichtungen der DED eingeladen, sich für das Projekt zu bewerben. Darüber hinaus wurden sie als Multiplikatoren genutzt und gebeten, weitere qualifizierte Einrichtungen vorzuschlagen oder anzusprechen und für eine Bewerbung zu gewinnen. Alle interessierten Einrichtungen erhielten die oben beschriebenen Kriterien zur Selbstbewertung (diese Selbstbewertung ist nicht zu verwechseln mit der später in der ersten Projektphase erfolgenden, viel umfangreicheren Selbsteinschätzung).

Nach Abschluss der Bewerbungsfrist lagen dem Projektsteuerungskreis dreizehn Bewerbungen aus neun Bundesländern vor. Geplant war die Einbeziehung von acht Einrichtungen. Um eine Auswahl aus den Bewerber-Einrichtungen treffen zu können, unterschied der Projektsteuerungskreis zwischen harten, überwiegend strukturbezogenen Kriterien und solchen, die stärker mit atmosphärisch-emotionalen Merkmalen verbunden sind. Um diese eher weichen Kriterien zu erfassen, wurden alle dreizehn Einrichtungen von einer 3er-Gruppe aus jeweils einem Vorstandsmitglied der DED, dem IQM-Experten und der Projektkoordinatorin besucht. Diese Besuche waren selbstverständlich vereinbart. Sie dauerten 4-6 Stunden.

Die Besucher fanden auf ihren Fahrten durch Deutschland ein vielfältiges Bild vor. Die Einrichtungen hatten sehr unterschiedliche kulturelle, (sozial)politische und weltanschauliche Entstehungshintergründe – kein überraschender Befund bei mehr als 9000 Altenpflegeeinrichtungen in einem lange geteilten Land. Einige waren schon seit zehn Jahren in diesem besonderen Bereich tätig, andere erst seit kurzer Zeit oder befanden sich noch in der Organisationsphase. Große Unterschiede zeigten sich zwischen Einrichtungen, die unter anderem auch einen Bereich für Demenzerkrankte haben, und solchen, die sich ausschließlich der Betreuung dieser Kranken widmen.

Eine Einrichtung arbeitete als geschlossene Einrichtung und unterschied sich damit wesentlich von der gesamten Bewerbergruppe.

Alle Bewerbereinrichtungen vermittelten den Eindruck großen Engagements in ihrer Arbeit.

Das Auswahlverfahren führte zu acht Einrichtungen. Zwei schieden aus innerbetrieblichen Gründen in der Anfangsphase aus. Folgende sechs Pflege-

heime waren bis zum Ende beteiligt:

**Seniorenpflegeheim „Franz Lenzner“**

**Bruno-Brause-Str. 6, 07549 Gera**

Bundesland: Thüringen

Einrichtungsprofil:

Stationäre Pflegeeinrichtung

255 Plätze gesamt

45 Plätze für Demenzkranke

Offener Wohnbereich

Spezialisierte Dementenbetreuung seit: 2000

**Haus Schwansen**

**Rakower Weg 1, 24354 Rieseby**

Bundesland: Schleswig-Holstein

Einrichtungsprofil:

Stationäre Pflegeeinrichtung

61 Plätze gesamt

61 Plätze für Demenzkranke

Offene Einrichtung

Spezialisierte Dementenbetreuung seit: 1994

**Katharinenhof am Dorfanger**

**Ernst-Thälmann-Straße 29a, 15370 Fredersdorf**

Bundesland: Brandenburg

Einrichtungsprofil:

Stationäre Pflegeeinrichtung

126 Plätze gesamt

126 Plätze für Demenzkranke

Offene Einrichtung

Spezialisierte Dementenbetreuung seit: 2001

### **Richard-Bürger-Heim**

**St. Pöltener Straße 29, 70469 Stuttgart**

Bundesland: Baden-Württemberg

Einrichtungsprofil:

Stationäre Pflegeeinrichtung

60 Plätze gesamt

60 Plätze für Demenzkranke

Offene Einrichtung

Spezialisierte Dementenbetreuung seit: 1996

### **Augustinum Sanatorium Schwindegg**

**Rimbachstraße 20, 84419 Schwindegg**

Bundesland: Bayern

Einrichtungsprofil:

Stationäre Pflegeeinrichtung

60 Plätze gesamt

60 Plätze für Demenzkranke

Geschlossene Einrichtung

Spezialisierte Dementenbetreuung seit: 1996

### **Seniorenzentrum Holle**

**Haus am Silberkamp, Bronzeweg 1, 31188 Holle**

Bundesland: Niedersachsen

Einrichtungsprofil:

Stationäre Pflegeeinrichtung

65 Plätze gesamt

65 Plätze für Demenzkranke

Offener Wohnbereich

Spezialisierte Dementenbetreuung seit: 2002



## **Projektaufbau und Gremien**

### **Der Projektsteuerungskreis (PSK)**

Der Projektsteuerungskreis hatte neben der Begleitung, Lenkung und Bewertung des Projektfortschritts die Hauptaufgabe, das kanadische Instrument IQM an die deutschen Bedingungen anzupassen. Diese Aufgabe beinhaltete umfangreiche Erweiterungen und Überarbeitungen im Hinblick auf die Erfordernisse der Demenz. Dem PSK gehörten vier Vorstandsmitglieder der DED ( M. Lärm, E. Trede-Kretzschmar, J. Bruder, M. Hamborg), die Projektkoordinatorin (M. Glauche) und der Besitzer des Unternehmens `Innovative Qualifikation in der Altenpflege` und IQM-Fachmann (A. Hoffmann) an. Damit waren in dem Gremium die Perspektive von Heimleitung und Pflege vertreten, aber auch gerontologische, nervenärztliche, psychologische und psychotherapeutische Kompetenz. Hinzu kam umfangreiche Erfahrung mit bereits existierenden Qualitätsmanagementsystemen (DIN ISO, EFQM und IQM)

In neunundzwanzig ganztägigen Arbeitstreffen bewertete, überarbeitete und ergänzte der Projektsteuerungskreis den umfangreichen Anforderungs- und Fragenkatalog des kanadischen IQM (neben den bereits erwähnten anderen Steuerungsaufgaben im dreijährigen Projektverlauf). Mehrere Überarbeitungsschritte ermöglichten es, Rückmeldungen aus den Einrichtungen aufzugreifen und Erkenntnisse aus den Datensätzen zum Bewohnerprofil zu berücksichtigen. Das schließlich vorliegende **IQM – Demenz** umfasst 93 Qualitätsanforderungen, die mit mehr als 300 Fragen hinterlegt sind.

### **Projekttablauf**

Das Projekt umfasste die bereits erwähnten vier Phasen der Profilerhebung, Selbsteinschätzung, Qualitätsverbesserung und des externen Feedbacks. In allen erfolgte die Erhebung ausgerichtet auf die sechs Leistungsbereiche Pflege und Betreuung, Personal-, Informations- und Risikomanagement sowie Alltags- und strategisches Management (s.a.S.4), wobei Qualitätsverbesserungsvorschläge bereits in der zweiten Phase entstanden. Der Anforderungskatalog für die Feedback-Phase wurde aus Zeitgründen von 93 Anforderungen und mehr als 300 Fragen auf etwa 100 Anforderungen und Fragen reduziert.

Die Teams der Selbsteinschätzung gaben nach Gebrauch des neuen Instrumentes Bewertungen über Verständlichkeit, Erforderlichkeit, Vollständigkeit

und Praxisnähe der Fragen ab. Diese fließen in die (gegenwärtig) endgültige Form des IQM-Demenz ein. Dabei kann an dieser Stelle bereits vermerkt werden, dass diese Anregungen in einem Umfang blieben, der den fortgesetzten Einsatz des Instrumentes im Rahmen des Projektes nicht in Frage stellte. Dieses wäre ja bei einer derartigen Rückkoppelungs-Möglichkeit grundsätzlich nicht auszuschließen.

### **Die Projektkoordinatorin**

Für die organisatorisch-koordinativen Aufgaben wurde eine Teilzeitstelle (3/4) geschaffen. Zu deren Aufgaben zählten die Projektveranstaltungen (Informationen für Einrichtungsträger und -leitungen, Arbeitstreffen des Projektsteuerungskreises, Schulungen der Qualitätskoordinatoren und Moderatoren, Auswertungstreffen mit Einrichtungsleitungen) und die inhaltlich-fachliche Begleitung des Projektes (Mitwirkung in allen Projektveranstaltungen, Auswertung der Ergebnisse und Rückmeldungen, Einfügung der vom PSK erarbeiteten Modifikationen und Erweiterungen in das Instrument). Darüber hinaus unterstützte und beriet die Projektkoordinatorin die Qualitätskoordinatoren telefonisch und vor Ort.

### **Träger und Einrichtungsleitungen**

Vor der ersten und allen weiteren Projektphasen wurden die Einrichtungsleiter und Trägervertreter in gemeinsamen Veranstaltungen über Zielsetzungen und Strukturen des IQM-Demenz sowie die vier Projektphasen und die internen Vorbereitungen informiert. Jenseits der Information ging es dabei auch um gegenseitiges Vertraut – Werden, etwa um das Leistungsgeschehen untereinander zu vergleichen und sich zu beraten oder anzuregen.

### **Qualitätskoordinatoren**

Jede Einrichtung benannte eine Qualitätskoordinatorin. Als Voraussetzung wurden Erfahrung im Umgang mit Gruppen und möglichst auch mit Leitung angesehen. Aufgrund ihrer beruflichen Biographie sollte die Qualitätskoordinatorin in der Lage sein, die Moderatoren (s. u.) zu unterstützen und zu begleiten und die vielfältigen Projektaufgaben in ihren Einrichtungen zu koordinieren. Ihre zentrale Bedeutung bestand darin, Bindeglied zwischen den Moderatoren, der Einrichtungsleitung und der Projektkoordinatorin zu sein.

### **Moderatoren und Selbstbewertungsteams**

Die Einrichtungen konnten bis zu sechs Moderatorinnen benennen, also im besten Fall jeweils eine für die sechs Selbstbewertungsteams (der sechs verschiedenen Leistungsbereiche Pflege und Betreuung, Personal-, Informations- und Risikomanagement sowie Alltags- und strategisches Management). Ihre Aufgabe bestand im Wesentlichen in der Moderation der multidisziplinär zusammengesetzten Selbstbewertungsteams bei der Bearbeitung der jeweils vorgegebenen Fragenkataloge. Dazu gehörte auch die Protokollführung mit der Erfassung von kritischen Anregungen und Verbesserungsvorschlägen sowie deren Weiterleitung an die Qualitätskordinatorin.

Zu den Sitzungen der Selbstbewertungsteams wurden auch Gäste eingeladen, etwa Angehörige, Trägervertreter oder ehrenamtlich engagierte Mitbürger. Insgesamt waren über hundert Mitarbeiter in das dreijährige QSP-Projekt eingebunden

### **Übersicht über den zeitlichen Rahmendes QSP-Projektes**

1. Vorbereitungsphase: 22 Wochen
2. Profilerhebung: 15 Wochen
3. Selbsteinschätzung: 42 Wochen
4. Qualitätsverbesserung: 28 Wochen
5. Qualitäts-Feedbacks: 8 Wochen
6. Auswertung: 16 Wochen

### **Übersicht über die Informations- und Schulungsveranstaltungen**

- 4 Infoveranstaltungen zur Einführung
- 8 Schulungsveranstaltungen für Qualitätskoordinatoren
- 10 Schulungsveranstaltungen für Moderatoren
- 1 Schulungsveranstaltung für Peers
- 3 Auswertungsveranstaltungen

### **Info- und Auswertungsveranstaltungen**

Zu den Info- und Auswertungsveranstaltungen (56 Unterrichtseinheiten, im folgenden: UE) trafen sich die HeimleiterInnen, PflegedienstleiterInnen, Qualitätskoordinatoren und der Projektsteuerungskreis zu Beginn, nach Abschluss der Profilerhebungsphase, der Selbstbewertungsphase und zum Ende des Projektes.

## **Schulungsveranstaltungen von Qualitätskoordinatoren und Moderatoren**

Die Schulungen der Qualitätskoordinatoren und Moderatoren (288 UE) waren die wichtigste Voraussetzung für die Arbeit mit dem IQM-Demenz. Vor jeder Projektphase wurden sie getrennt in jeweils zweitägigen Veranstaltungen auf die nächste Projektphase vorbereitet.

Die Schulungen verfolgten diese Ziele:

- ◆ Einführung in das Grundverständnis, die Zielsetzungen und die Inhalte des IQM-Demenz
- ◆ detaillierte Einarbeitung in den jeweiligen Fragenkatalog
- ◆ Planung der nächsten Projektphase in den Einrichtungen
- ◆ Erlernen von Moderationstechniken
- ◆ Erlernen von verschiedenen didaktischen Methoden
- ◆ Umgang mit Gruppen, in denen sich verschiedene Hierarchieebenen treffen

Stets gab es Raum zur Reflexion der vorherigen Projektphase; Anregungen und Kritik flossen in die Arbeit des Projektsteuerungskreises ein.

## **Schulung der Peers**

Als Peer wird im IQM-Demenz die Person bezeichnet, die in einer Einrichtung, die sich einem Qualitätsfeedback stellt, den Grad der Übereinstimmung zwischen Selbstbewertung und Fremdbewertung feststellt (externes Qualitäts-Feedback). Die Qualitätskoordinatoren wurden für diese Aufgabe geschult (16 UE). In der vierten Projektphase führten jeweils zwei Peers und die Projektkoordinatorin in jeder Projekteinrichtung (in denen die Peers jeweils keine Mitarbeiter waren) ein eintägiges Qualitäts-Feedback durch.

Die Schulung verfolgte diese Ziele:

- ◆ Einführung in die Systematik und den Fragenkatalog des Feedbacks
- ◆ Erlernen von Interview-Techniken
- ◆ Erarbeitung eines Ablaufplanes für das externe Qualitäts-Feedback

## **Vernetzung**

Sowohl in der Arbeit der DED als auch im Integrierten Qualitätsmanagement spielt die Vernetzung eine wichtige Rolle. Jede Projekteinrichtung fungierte reihum als Gastgeber und Organisator der Schulungsveranstaltungen. So lernten fast alle Beteiligten die jeweils anderen Projekteinrichtungen kennen.

## **Darstellung der vier Arbeitsphasen**

### **Profilerhebungsphase März 2004 bis Juni 2004**

Die Profilerhebungsphase erfasst die Strukturen der Einrichtung und ihrer Bewohnerschaft. Die zentrale Frage lautet: Was ist in der Einrichtung vorhanden?

Neben quantitativen Angaben (Bau, demenzspezifische Ausstattung) geht es um das erklärte Leistungsangebot, aber auch um Konzepte (Leitlinien, Standards, Richtlinien), alles jeweils bezogen auf die sechs bisher bereits mehrfach benannten Bereiche (Pflege und Betreuung, Personal-, Informations- und Risikomanagement sowie Alltags- und strategisches Management)

Alle Qualitätsteams nutzten zu bestimmten Themenbereichen auch zusätzliche Informationsquellen wie Familienangehörige, Ehrenamtliche, Ärzte, Apotheker, Therapeuten, Geistliche.

Jedes Arbeitsteam wurde von einem Moderator angeleitet und begleitet. Der Qualitätskoordinator stand den Moderatoren beratend zur Seite.

In der Profilerhebungsphase stand nicht die Bewertung der vorhandenen Strukturen im Vordergrund, sondern ihre Darstellung. Sofern keine Gefahr im Verzug war, sah sie noch keine Veränderungen bzw. Verbesserungen vor. Aber alle in dieser ersten Phase sichtbar gewordenen Schwachstellen wurden festgehalten. So konnten sie in die dritte Phase des Projektes einfließen.

Im Folgenden ist jeweils die durchschnittliche Sitzungszahl (in Klammern) angegeben, die zur Erhebung der Bereichsdaten erforderlich war. Hinzu kamen eine vorbereitende Sitzung gemeinsam für Einrichtungsleitung, Qualitätskoordinatoren und Moderatoren sowie eine Abschlusssitzung, in der die Erfahrungen und Qualitätsverbesserungsvorschläge der sechs Qualitätsteams reflektiert und ausgewertet wurden.

#### *Qualitätsbereich Pflege und Betreuung (6 Sitzungen)*

Hierzu zählen u. a. Konzept und Leitbild sowie Bewohnerstruktur (soziodemographische Daten), Zugangswege, räumliche und milieuthérapeutische Ausstattung, Betreuungsangebote und demenzspezifische Umgangsformen,

Aufnahmevorbereitung und Abschiedsrituale, aber auch Vorgehensweisen bei der internen Qualitätsprüfung.

Die Teams bestanden aus Mitarbeitern, die direkte oder indirekte Pflege und Betreuung leisten. Erstere stehen mit den Demenzkranken und ihren Familien täglich in unmittelbarem Kontakt. Letztere haben nur unregelmäßig direkten Kontakt zu Bewohnern oder Familien. Hausmeister oder Reinigungskräfte wurden in manchen Teams als indirekte Leistungserbringer und in anderen Teams als direkte Leistungserbringer gesehen. Dies hängt auch vom jeweiligen Pflege- und Betreuungsverständnis ab.

#### *Qualitätsbereich Informationsmanagement (4 Sitzungen)*

Das IQM-Demenz fragt in der Profilerhebung nach den Grundsätzen des Informationsmanagements. Es wurden interne Informationswege und -quellen, also zwischen Bewohnern, Familien und Betreuungskräften, und mit externen Leistungserbringern benannt.

Die Teams, die diesen Bereich 'Informationsmanagement' erarbeiteten, setzten sich aus verschiedenen Leitern (Heim-, Pflegedienst-, Wohnbereichs-, Küchen-, Hauswirtschaftsleitung, evt. Sozialdienst) und Vertretern externer Dienstleister zusammen. Es wurden sowohl Mitarbeiter benötigt, die Informationsflüsse steuern, als auch Mitarbeiter, die Informationen empfangen.

#### *Qualitätsbereich Risikomanagement (4 Sitzungen)*

Erfasst wurden allgemeine Grundsätze, Vorschriften und Richtlinien, die im Demenzbereich Gültigkeit haben, daneben auch Regelungen für Notfallsituationen.

Die entsprechenden Teams bestanden aus verantwortlichen Mitarbeitern für die verschiedenen Risikobereiche (Pflege, Hygiene, allgemeine Sicherheit, Arbeitsschutz) sowie Mitarbeitern aus Küche, Service oder Hauswirtschaft.

#### *Qualitätsbereich Personalmanagement (4 Sitzungen)*

Hierzu zählten grundsätzliche Aspekte des Personalmanagements und Informationen zur Personalplanung und -entwicklung, zur Qualifikation der Mitarbeiter und zur internen Qualitätssicherung.

Dem entsprechenden Team gehörten Vertreter der Personalabteilung, des Arbeitsschutzes, des Betriebsrates und der innerbetrieblichen Fort- und Weiterbildung an.

### *Qualitätsbereich Alltagsmanagement (4 Sitzungen)*

Hier wurden die Leitungs- und Managementstrukturen erfasst. Dazu gehört das Leitbild ebenso wie Prognosen über das künftige Leistungsgeschehen, aber auch Stärke-Schwäche-Analysen, Kontakte zum Träger und die Einbettung in das regionale Altenhilfesystem. Das entsprechende Team setzte sich aus Leitungskräften zusammen.

### *Qualitätsbereich Strategisches Management (3 Sitzungen)*

Zur ganzheitlichen Erfassung der Strukturen wurde die oberste Managementebene, die Geschäftsführung des Trägers, in die Datenerfassung einbezogen. Es wurden Informationen zum grundsätzlichen Verständnis und zur Gewichtung der Dementenbetreuung, zur Vernetzung des Bereiches in der Region, zur Sicherung des laufenden Betriebes und zu internen Qualitätsprüfungen erfragt. Mitglieder dieses Teams waren Geschäftsführer, Heimleiter und Abteilungsleiter.

### **Bewertung des Instruments**

Die Teams hatten jeweils noch die zweite Aufgabe, die Fragen der sechs Bereiche nach den Kriterien 'wichtig – unwichtig' und 'verständlich – unverständlich' auf fünf Stufen zu bewerten. Außerdem wurde nach Bereichen gefragt, die nach Einschätzung der Selbstbewertungsteams nur unzureichend abgebildet waren oder fehlten. In diesem Zusammenhang wurde zu Verbesserungsvorschlägen aufgefordert.

Darüber hinaus wurde der Zeit- bzw. Personalaufwand der Teams erfasst.

Der Fragenkatalog der Profilerhebungsphase umfasste 171 Fragen, gegliedert in die sechs bereits häufig benannten Bereiche.

Die Bewertungen hinsichtlich Plausibilität und Relevanz waren grundsätzlich positiv. Die Fragen wurden zu 90% als gut verständlich und wichtig für die Qualitätsbewertung eingestuft. Wo dies nicht zutraf, erfolgten Verbesserungsvorschläge. Diese Bewertungen (und die Anregungen) waren für die Entwicklung des Instruments von großer Bedeutung.

### **Reflexion der Profilerhebungsphase mit Einrichtungsleitungen und Qualitätskoordinatoren**

In drei Treffen wurden den Einrichtungsleitungen und Qualitätskoordinatoren die Ergebnisse der Profilerhebung präsentiert und gemeinsam diskutiert.



Alle Beteiligten beschrieben einen deutlichen Gewinn für ihre Einrichtungen. Einige Bewertungen der Projektteilnehmer seien hier aufgeführt:

- ◆ die Sammlung der Daten ergab einen klaren Überblick und Vergleich vorhandener Strukturen
- ◆ die Zusammenarbeit in hierarchieübergreifenden Teams führte zu besserem Verständnis der unterschiedlichen Aufgaben und ihrer Komplexität
- ◆ die Zusammenarbeit mit der Leitungsebene vermehrte Wissen
- ◆ das Erkennen von eigenen Kompetenzen und Ressourcen motivierte alle Akteure, sich an der Qualitätsentwicklung zu beteiligen

### **Selbstbewertungsphase Oktober 2004 – Juli 2005**

(später Umbenennung in Selbstreflexionsphase)

#### **Ziele und Struktur des IQM-Demenz in der Selbstbewertungsphase**

In der Selbstreflexionsphase galt weiterhin die Struktur der sechs Leistungsbereiche. Es gab wieder vorbereitende Schulungen der Qualitätskoordinatoren und Moderatoren. Die Zusammensetzung der Teams war im Wesentlichen wie in der ersten Phase.

Wie bereits mehrfach betont, ist die Selbstreflexion das zentrale Element IQM-Demenz. Im Gegensatz zur Profilerhebungsphase stand in dieser Phase der Betreuungsprozess im Mittelpunkt, also im Kern alles, was zu einem sensiblen, aufmerksamen und elastischen Umgang mit den Kranken führen kann. Erfragt wurde der Umsetzungsgrad der jeweiligen Qualitätsanforderung, und zwar in Form einer Schätzung. Eine Schätzung setzt die Abwägung und Klärung verschiedener Teilaspekte eines Sachverhaltes (oder Problems) voraus. Darum geht es beim IQM-Demenz. Die zentrale Frage der Selbstreflexionsphase lautete: Wie wird in der Einrichtung gearbeitet?

Der Umfang des Fragenkatalogs war (und ist) sehr komplex, so dass eine Aufteilung der sechs Qualitätsbereiche in drei Schulungs- und Bearbeitungsabschnitte erfolgte.

## Struktur des IQM-Anforderungskataloges in der Selbstreflexionsphase

Im nachfolgenden Kasten ist der Aufbau eines Anforderungsbereiches exemplarisch dargestellt:

2.3	Bei Einzug wird die Belastung für den neuen Bewohner und seine Familie so weit wie möglich reduziert
2.3.1	Wie stellen Sie sicher, dass die Familie des neuen Bewohners beim Einzug unterstützt wird?
2.3.2	Wie stellen Sie sicher, dass dem neuen Bewohner das Einleben erleichtert wird?

Unter 2.3 ist das angestrebte Ergebnis (Anforderung) formuliert und unter den nachfolgenden Punkten 2.3.1 und 2.3.2 wird nach Teilaspekten gefragt. Das Vorgehen ist nun so, dass die Teammitglieder zunächst das Ergebnis – sozusagen als Zielsetzung - lesen (in unserem Beispiel 2.3 „ Bei Einzug....“), aber noch nicht bewerten. Erst soll verstanden werden, worauf es ankommt. Dann werden die angesprochenen Prozesse (oder Teilaspekte) bearbeitet (2.3.1. und 2.3.2. „ Wie stellen Sie sicher, dass...“). Dazu zählt sehr wesentlich die Vergegenwärtigung des aktuellen Umgangs mit dem Teilaspekt, hier also all dessen, was zur Erleichterung der Übersiedlung ins Heim getan wird und – möglicherweise – nur wenig Aufmerksamkeit findet. Die Reflexion des Aufnahmethemas kann aber möglicherweise auch zu seinem vertieften Verständnis führen (Übersiedlung in den Ort der letzten Lebensphase und Sich-einer-Institution-völlig-Anvertrauen (müssen)).

Schriftliche Materialien (Standards, Verfahrensanweisungen, Regelungen, Konzepte) können in die Entscheidung des Teams einfließen. Nachdem im Team Klarheit über den angefragten Prozess bzw. Teilaspekt hergestellt ist, muss es ihn auf nachfolgende Kriterien überprüfen:

- ◆ Vollständig
- ◆ Bekannt und umgesetzt
- ◆ Bewohnerorientiert

Dafür stehen dem Team vier Bewertungsstufen zur Verfügung.

- NE • Nicht erfüllt ( 0-25% )
- G • Geringe Erfüllung ( 26-50% )

- T • Teilweise Erfüllung ( 51-75% )
- W • Wesentliche Erfüllung ( 76-100% )

Erst nachdem die Bewertungen aller Prozesse bzw. Teilaspekte einer Anforderung erfolgt waren, ging man wieder auf die vorgenannte Ergebnisanforderung (2.3. „ Bei Einzug...“) zurück, um diese nach den oben genannten Kriterien zu bewerten. Auf diese Weise wurden alle vorgegebenen (Ergebnis-) Anforderungen und die dazugehörigen Prozesse (Teilaspekte) bearbeitet.

Nach Abschluss dieser Selbstbewertungen war die Gruppe gefordert, alle Bewertungen noch einmal im Überblick zu betrachten und den Qualitätsverbesserungsbedarf zu definieren. Die Verbesserungsvorschläge aller Selbstbewertungsteams wurden dann in einem Arbeitstreffen aller Moderatoren einer Einrichtung unter Leitung der Qualitätskordinatorin und mit Beteiligung der Einrichtungsleitung zusammengestellt und nach Prioritäten geordnet. Das Ergebnis führte zu einem Qualitätsverbesserungsplan.

Für die Einschätzungen der Selbstreflexionsphase, deren sechs Bereiche – anders als bei der Profilerhebungsphase – wegen der viel größeren Menge von Fragen hier nicht stichpunktartig behandelt werden, wurden folgende Sitzungszahlen erforderlich:

- Pflege und Betreuung - 9 Teamsitzungen
- Informationsmanagement - 4 Teamsitzungen
- Risikomanagement - 5 Teamsitzungen
- Personalmanagement - 5 Teamsitzungen
- Alltagsmanagement - 5 Teamsitzungen
- Strategisches Management - 2 Teamsitzungen

Hinzu kamen – wie in der ersten Phase - eine vorbereitende Sitzung für Einrichtungsleitung, Qualitätskordinatorinnen und Moderatorinnen sowie eine Abschlusssitzung, in der die Erfahrungen und Qualitätsverbesserungsvorschläge der sechs Teams reflektiert und ausgewertet wurden.

### **Bewertung des Instrumentes**

Auch in der Selbstreflexionsphase war ein zentraler Auftrag an die Projekteinrichtungen, das (in großen Teilen neu entwickelte) IQM-Demenz auf seine Eignung für die Qualitätsabbildung zu beurteilen, und zwar fünfstufig (‘sehr wichtig – unwichtig’). Jede Anforderung (mit den dazu gehörigen Fragen/Prozessen bzw. Teilaspekten) wurde bewertet.

Knapp 90% aller Anforderungen und Fragen wurden als sehr wichtig bzw. wichtig eingestuft. Kritische Anregungen bezogen sich ausschließlich auf Doppelungen und Verständnisprobleme.

Die im Rahmen der Auswertung entstandene Datenübersicht wurde den Einrichtungen zum Vergleich zur Verfügung gestellt.

### **Reflexion der Selbstbewertungsphase mit Einrichtungsleitungen und Qualitätskoordinatoren**

Die Phase der Selbstbewertung fand im September 2005 im Rahmen einer Auswertungsveranstaltung ihren Abschluss. Es gab positive und negative Rückmeldungen. Wie erwähnt, wurden 90% der Merkmale bzw. Fragen für wichtig oder sehr wichtig gehalten.

Die Form des Fragens in der Selbstbewertungsphase war ungewohnt. Auf die Frage „Wie stellen Sie sicher, dass.....“ muss ein Prozess analysiert und beschrieben werden. Diese Herangehensweise mussten sich die Teams erst aneignen. Da zunächst, auch wenn Verbesserungsbedarf festgestellt wurde, keine Änderungen an Abläufen und Vorgehensweisen zugelassen waren, konnten entsprechende Vorschläge zunächst nur gesammelt werden. Damit wurde eine für die Betreuung Demenzkranker sehr typische Schwierigkeit empfunden: abwarten und innehalten müssen, zusätzliche Gesichtspunkte erkennen und einbeziehen, erneut nachdenken und auf sich wirken lassen, Ratlosigkeit (eine Zeit lang) ertragen und - manchmal nur allmählich – zu einer Entscheidung kommen; dies alles entspricht dem handlungsorientierten Selbstverständnis von Altenpflege eher wenig.

Es wurde mehrfach als aufwendig empfunden, alle schriftlichen Vorgaben zusammen zu tragen. Manche Fragen erschienen als zu weitschweifig, andere als zu eindimensional.

Positiv bewertet wurden – neben der o. g. Wichtigkeit und den bereits nach der Profilerhebungsphase (s. S. 20) aufgeführten Vorzügen – folgende Merkmale und Erfahrungen:

Die Zeitvorgaben für die Dauer der Teamsitzungen waren realistisch und konnten eingehalten werden. Sinnvoll war die Planung aller Termine für jeden einzelnen Qualitätsbereich und die Festlegung auf einen bestimmten Wochentag. In Protokollen wurde festgehalten, welche Unterlagen benötigt wurden; die Aufgaben wurden verteilt, sodass es kaum Engpässe zum Ende hin gab.

Wenn Gäste eingeladen wurden, erhielten sie die Fragen vorher.

Die Diskussion der Prozesse (Teilaspekte) aus unterschiedlichen Blickwinkeln erweiterte den Horizont aller Beteiligten. Allgemein war man erstaunt, wie umfangreich das schriftliche Regelwerk ist. Der Einblick in die Arbeitsbereiche aller Abteilungen vertiefte die gegenseitige Wertschätzung. Als besonders positiv wurde hervorgehoben, dass Defizite sichtbar wurden, die bisher niemand wahrgenommen hatte. Die Bereitschaft zu Reflexion des eigenen Handelns wuchs mit jeder IQM-Phase. Die Verbindung und der Austausch zwischen den Einrichtungen wurden enger und lebendiger.

## **Qualitätsverbesserungsphase Oktober 2005 – März 2006**

### **Qualitätsverbesserungsphase, Auswahl von Projekten**

Wie bereits mehrfach erwähnt, ergaben sich während der ersten beiden Phasen insgesamt 108 Qualitätsverbesserungsvorschläge.

Gemeinsam wählten Einrichtungsleitungen, Qualitätskoordinatoren und Mitglieder des PSK für jede Einrichtung drei Vorhaben aus. Jeder der sechs Qualitätsbereiche wurde dabei berücksichtigt. Die Einrichtungen erhielten den Auftrag, die Entwicklung und Erprobung dieser Projekte zu dokumentieren.

Im Wesentlichen handelt es sich um Vorhaben, die das Ergebnis von Überlegungen und Einsichtsprozessen sind und deren Verwirklichung zunächst nicht auf Finanzmittel oder Stellenzuwächse angewiesen ist.

### **Einige Qualitätsverbesserungsprojekte**

- *Qualitätsbereich Pflege und Betreuung*

**Projekt:** Erarbeitung einer schriftlichen Richtlinie zur Einschätzung eines künftigen demenzkranken Bewohners (vor dem persönlichen kennen Lernen, s. nächstes Projekt)

Ergebnis war ein Standard mit folgenden Elementen:

- Fragebogen für Familienangehörige oder Betreuer zur häuslichen Situation/ Krankenhaus/ andere Einrichtung
- Anleitung zur Auswertung der Informationen
- Vorbereitung auf Heimaufnahme

Alle zuständigen Mitarbeiter wurden in der Anwendung geschult

**Projekt:** Erarbeitung einer schriftlichen Richtlinie zur Kontaktaufnahme vor Einzug des demenzkranken Bewohners

Ergebnis war ein Standard mit folgenden Elementen:

- Erstkontakt
  - Hausbesuch und kennen Lernen (Demenzkranker, Angehörige)
  - Vorgehensweise bei Heimaufnahme in einer Notsituation
  - Fragebogen für Familienangehörige über potentiellen Bewohner
- Alle zuständigen Mitarbeiter wurden in der Anwendung geschult

**Projekt:** Milieugestaltung im Zimmer des Demenzkranken

Ergebnis war ein Standard für die individuelle Gestaltung der Bewohnerzimmer

- Bedeutung, Schwerpunkte
- Verantwortlichkeit
- Einzelne Gestaltungselemente
- Was ist besonders zu beachten?

**Projekt:** Entwicklung eines Leitfadens zum Thema „Tod und Abschied“

Ergebnis war ein Leitfaden zur Begleitung sterbender Demenzkranker mit

- Schaubild über die Kooperation der verschiedenen Beteiligten und ihre Aufgaben
- Pflegestandard: Pflege, Begleitung und Rituale bei sterbenden Bewohnern
- Checkliste für Wohnbereiche
- Checkliste für Verwaltung

Alle beteiligten Mitarbeiter wurden in der Anwendung geschult

- *Qualitätsbereich Informationsmanagement*

**Projekt:** Erarbeitung eines Kriterien- und Prioritätenkatalogs zur Überprüfung des Informationsmanagements

Ergebnis war ein Standard zum Informationsmanagement im Hinblick auf die Demenzkranken

- Ziele
- Beschreibung einer guten Informationskultur
- Übersicht über die Informationsstruktur der Einrichtung
- Mitarbeiterfragebogen zum Informationsmanagement
- Auswertungsbogen

- *Qualitätsbereich Risikomanagement*

**Projekt:** Erstellen eines Gesamtnotfallplanes für den Demenzbereich  
Ergebnis war ein Standard für die Brandverhütung und Brandbekämpfung mit

- Evakuierungsplan
- Brandschutzordnung
- Verhaltensregeln im Brandfall
- Maßnahmen zum Brandschutz
- Ablauf einer Evakuierung

**Projekt:** Erarbeitung einer Verfahrensweise für die Auffindung vermisster Bewohner mit Demenz

Ergebnis waren ein gerontopsychiatrischer Pflegestandard, ein Infoblatt für den Ablauf der Suche und die Anlage einer Suchkartei mit

- Suchablauf in Haus und Garten
- Suche im Nachtdienst
- Vorgehensweisen bei erfolgloser Suche
- Anlage von Suchkartei für jeden Bewohner mit Foto und wichtigen Angaben zur Erleichterung des wieder Auffindens

- *Qualitätsbereich Personalmanagement*

**Projekt:** Schaffung eines Einarbeitungskonzeptes für ehrenamtliche Mitarbeiter in der Betreuung Demenzkranker

Ergebnis war ein Drei-Stufen-Plan mit Zielbestimmung

- Checkliste für den ersten Arbeitstag
- Checkliste für den Wohnbereich zur Einführung der Ehrenamtlichen
- Checkliste für den Wohnbereich für Drei-Stufen-Plan

- *Qualitätsbereich Alltagsmanagement*

**Projekt:** Entwicklung eines Instruments zur systematischen Auswertung von Angehörigengesprächen mit Erfassung von Bedürfnissen, Erwartungen, Lob und Kritik

Ergebnis war ein Strukturstandard ´Angehörigen-Befragung` (Fragebogen Leitfaden für die Mitarbeiter); die Befragung soll in die Angehörigengespräche integriert werden

**Projekt:** Entwicklung eines Verfahrens, den Umsetzungsgrad von Betreuungskonzepten Demenzkranker in den Alltag zu erfassen

Ergebnis war ein Fragebogen für die Mitarbeiter mit dem Titel: „Nur ein Viertelstündchen mit sich selbst“

Die Mitarbeiter werden angeregt, diesen Fragebogen im Multiple-Choice-Verfahren ein-zweimal pro Jahr zu beantworten. Er beinhaltet achtundzwanzig Fragen zu Grundverständnis, Konzept und Kompetenz. Entscheidend ist, dass sich die Haltung der Mitarbeiter zur Arbeit mit Demenzkranken abbildet.

- *Qualitätsbereich Strategisches Management*

**Projekt:** Entwicklung einer Aufgabenbeschreibung für Führungskräfte von Heimen mit Spezialisierter Dementenbetreuung

Ergebnis war eine detaillierte Stellenbeschreibung

## **Phase des externen Qualitäts-Feedback Mai 2006 – Juni 2006**

### **Ziele und Struktur des Qualitäts-Feedbacks**

Das Qualitäts-Feedback ermöglichte eine externe Bewertung der Arbeit eines Heimes durch für diese Aufgabe geschulte Kollegen (Peers) aus anderen Einrichtungen. Mit einem Auszug von etwa 100 Anforderungen und Fragen aus dem Gesamtkatalog der Selbstreflexionsphase (über 300) wurden Mitarbeiter aller Berufe sowie Familien, Heimbeirat, Ehrenamtliche und Trägervertreter befragt.

Diese Auswahl orientierte sich an folgenden Fragen:

Wie werden die Ziele des IQM-Demenz umgesetzt?

Wie lässt sich die milieutherapeutische Kompetenz so konkret wie möglich erfassen?

Wie kann die Zahl der Fragen so reduziert werden, dass sich alle Qualitätsbereiche in einem eintägigen Einsatz abbilden?

Die gleiche Anforderungs-Frage (inkl. Teilaspekte, s. S. 22) wurde getrennt an zwei verschiedene Interviewpartner gestellt. Zu jeder gaben dann die Peers – im Gegensatz zur Selbstreflexionsphase – ihre Einschätzung ab. Später stellten sie diese (also ihre) der schon in der zweiten Phase erfolgten Selbstbewertung der Einrichtung gegenüber (deren Ergebnis ihnen zum



Zeitpunkt ihrer Einschätzung als Peers jedoch unbekannt war). So ließen sich Übereinstimmungen und Abweichungen erkennen.

Das IQM-Feedback ermöglicht die Feststellung von Stimmigkeiten des Leistungsspektrums einer Einrichtung, und zwar

- ◆ zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung
- ◆ zwischen Familienangehörigen und Pflegeeinrichtung
- ◆ zwischen Mitarbeitern verschiedener Hierarchieebenen und
- ◆ zwischen Mitarbeitern verschiedener Arbeitsbereiche.

Schließlich lässt sich das individuelle Stimmigkeitsprofil einer Einrichtung erstellen. Sie kann dann selbst entscheiden, wann und welche Qualitätsveränderungen sie vornehmen wird.

Die externe Bewertung verschiedener Leistungsbereiche hatte eine wesentliche strategische Bedeutung: Ließ sich innerhalb kurzer Zeit ein Bild von dem jeweiligen Bereich gewinnen, und zwar mit Gesprächspartnern aus verschiedenen Gruppen wie Familienmitgliedern, Heimbeiräten, Ehrenamtlichen und Angehörigen der nichtpflegerischen Berufsgruppen? Im Rahmen dieses Projektes gelang es und ermöglichte wichtige Einsichten, wie weiter unten dargestellt wird. Allerdings ist einzuräumen, dass diese Feedbacks von Mitarbeitern anderer Projekteinrichtungen erarbeitet wurden, den jeweiligen Qualitätskoordinatoren. Diese waren ein zentrales Element des gesamten Projektes und mit seinen Grundannahmen, Überzeugungen und Zielsetzungen sehr vertraut (s. S. 19). Peers und Qualitätskoordinatoren vertauschten also gelegentlich ihre Rollen. Außerdem war es ein wichtiges Merkmal des Projektes, die beteiligten Einrichtungen miteinander vertraut zu machen, auch im Sinne von Vernetzung. Aus diesen Gründen ist nicht auszuschließen, dass das externe Qualitäts-Feedbacks in diesem Projekt zu Ergebnissen geführt hat, die nur sehr begrenzt verallgemeinerungsfähig sind.

Unter den angedeuteten strategischen Gesichtspunkten war das Vorgehen in diesem Modellprojekt zu vertreten. Künftig sollten Peers die Einrichtung nicht kennen, in der sie das Feedback durchführen.

Darüber hinaus ist darauf aufmerksam zu machen, dass ein hoher Grad von Übereinstimmung in erster Linie etwas über die Ähnlichkeit von Wahrnehmung und Urteilsbildung aussagt, aber zunächst noch wenig über die Quali-

tät des Wahrgenommenen. Zu berücksichtigen ist auch, dass zur Teilnahme an dem Projekt anspruchsvolle Voraussetzungen erfüllt sein mussten.

### **Bewertungen des Qualitäts-Feedback durch die Einrichtungen**

Die Wirkung des Feedbacks wurde von allen Projekteinrichtungen positiv bewertet. Die erreichte Qualität wurde gut abgebildet.

Der Blickwinkel auf die Gesamteinrichtung wurde erweitert.

In der Auseinandersetzung mit und Benennung von Stimmigkeiten/Unstimmigkeiten konnten neue Einsichten entstehen.

Das Feedback regte zur Weiterentwicklung der Qualität an.

### **Gesamtergebnis**

Die besondere Wirksamkeit des IQM-Demenz bestand in der Reflexion des eigenen Handelns und in der daraus entstehenden größeren Vertrautheit mit der eigenen Institution. Das führte tendenziell dazu, dass die Begriffe 'Qualitätssicherung' und 'Qualitätsprüfung' durch 'Qualitätsreflexion' und 'Qualitäts-Feedback' ersetzt wurden. Die spezifische Methodik des IQM-Demenz konnte deutlich zur internen Qualitätsentwicklung beitragen. Neben den sichtbaren bzw. praktischen Verbesserungen (z. B. verbesserte Arbeitsabläufe, systematischere Datenerfassung) ging es um die Atmosphäre in der und Identifikation mit der Einrichtung. Die Mitwirkung der Mitarbeiter an der Qualitätsentwicklung nahm deutlich zu.

## Zusammenfassung

### Aufbau und Ablauf

Im Rahmen eines über drei Jahre gehenden Projektes wurde ein neues Verfahren zur Qualitätsentwicklung stationärer Altenpflegeeinrichtungen in der Versorgung Demenzkranker entwickelt und erprobt. In seinem Zentrum steht die Selbsteinschätzung der geleisteten Arbeit. Zudem sieht es Fremdeinschätzungen vor. Beteiligt waren sechs Pflegeheime aus ganz Deutschland, die alle bereits einen deutlichen Qualifikationsweg in ihrer Betreuung Demenzkranker zurückgelegt hatten.

Wichtige Elemente des Projektes waren in den beteiligten Institutionen Qualitätskoordinatoren (zuständig für die interne Gesamtdurchführung des Vorhabens), Moderatoren (für die Organisation der Selbsteinschätzungen) und Peers (für die Fremdeinschätzungen). Insgesamt waren über 100 Mitarbeiter aus den Einrichtungen beteiligt.

Die überregionale Projektkoordinatorin war für die Gesamtorganisation zuständig. Dazu zählten Informationsveranstaltungen für Träger und Heimleitungen, die Schulungen im Gebrauch des Instrumentes, die Einhaltung der Zeitvorgaben und das Zusammentragen sowie die Auswertung der Ergebnisse.

Das gesamte Vorhaben wurde von einem Projektsteuerungskreis intensiv begleitet. Seine – sehr umfassende – Hauptaufgabe bestand darin, das ursprünglich aus Kanada stammende IQM-Verfahren (**I**ntegrated **Q**uality **M**anagement) zum **IQM-Demenz** auszubauen, also die immer mehr ins Zentrum stationärer Altenpflege rückende Zielgruppe der Demenzkranken angemessen zu berücksichtigen. Dies war in der kanadischen Ursprungsversion, die dort seit langem und landesweit im Einsatz ist, nicht der Fall. Die Auswahl fiel dennoch auf das IQM, weil es zwei herausragende Eigenschaften besitzt:

--- erstens geht es von der Annahme aus, dass alle Bereiche einer Institution zum Gelingen ihrer Aufgabe beitragen. Deshalb werden alle Bereiche in einen Qualitätsverbesserungsprozess einbezogen.

--- zweitens regt es durch seinen Aufbau und die Art der Fragestellungen zum Nachdenken über das eigene professionelle

Handeln und zum Dialog unter den Beteiligten an. Das Verfahren erschrickt nicht durch normative Vorgaben, sondern bewirkt eher, dass Nachdenken und Sich-bewusst-machen zu verändertem Handeln führen. Dieses veränderte Handeln kann als Ergebnis eigener, also wesentlich auch innerer Reflexions- und Entscheidungsprozesse erlebt werden. Damit entsteht eine gute Voraussetzung für weitere Entwicklungen.

Das vom Projektsteuerungskreis erarbeitete IQM-Demenz umfasst mehr als 300 Fragen, die sich auf 93 Anforderungsbereiche beziehen. Jeder mit dem Instrument an der Erhebung Beteiligte war dazu aufgefordert, Anregungen zur Modifikation zu geben. Außerdem wurde nach den einzelnen Abschnitten eine Einschätzung zu den jeweiligen Merkmalsbereichen des Instrumentes und der Art ihrer Erfassung erbeten, besonders im Hinblick auf Wichtigkeit und Grad der Detailbezogenheit. Diese Anregungen waren oft wertvoll und wurden vom Projektsteuerungskreis in den Merkmalskatalog für künftige Überarbeitungen aufgenommen. Da die Zahl der Demenzkranken auf absehbare Zeit weiter wachsen wird und – zum Glück – auch das dazugehörige Problembewusstsein, ist von einer dynamischen Entwicklung des Wissens über gute Betreuung Demenzkranker auszugehen. Dementsprechend anpassungs- und erweiterungsfähig muss ein solches Instrument sein.

Das Projekt umfasste vier Phasen: die Profilerhebung, die Selbsteinschätzung, die Phase der Qualitätsverbesserung und – am Ende – das externe Qualitäts-Feedback.

Im fortgeschrittenen Projektverlauf fanden zwei Veranstaltungen statt, in denen die wichtigsten Informationen über den Aufbau und bisherige Ergebnisse des Vorhabens vorgestellt wurden. Erstens handelte es sich um ein ganztägiges Expertenforum mit Teilnehmern aus Bereichen und Institutionen, für die das IQM-Demenz künftige Bedeutung haben könnte – und umgekehrt (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Pflegekassen(MDS), BMFSFJ, Pflegekassen, Vertreter von Verbänden der Pflegeheimbetreiber und der Heimaufsichten, Gerontologen).

Zweitens fand eine ausführliche Präsentation der bisherigen Erfahrungen und Ergebnisse vor den für die Projektförderung zuständigen Mitarbeitern im

BMSFJ statt. Besonders das Expertenforum war ein erster (kleiner) Schritt in den sozialpolitischen Raum.

### **Ergebnisse**

Zunächst muss in Erinnerung gerufen werden, dass es bei dem Projekt nur am Rande darum ging, einrichtungsübergreifend quantitative Daten zu gewinnen. Dazu war die Stichprobe von sechs Einrichtungen viel zu klein. Gegenstand des Projektes waren vielmehr die Modifikation bzw. der Umbau des kanadischen IQM zum deutschen IQM-Demenz, die Einsetzbarkeit des Verfahrens und seine künftige Modifikationsfähigkeit sowie - ganz zentral - die Beantwortung der Frage, was sein Einsatz bei den Menschen bewirkt, die damit arbeiten. Wird die Wahrnehmung differenzierter, verändern sich Haltungen und Einstellungen, wächst Wissen, nimmt die Handlungssicherheit oder sogar die Belastbarkeit im Umgang mit den Demenzkranken zu?

Das Verfahren war in den sechs Einrichtungen gut durchzuführen. Der Zeit- bzw. Arbeitsaufwand ist besonders in den **beiden ersten Phasen der Profilerhebung und Selbsteinschätzung** erheblich: Für die Bearbeitung aller sechs Leistungsbereiche (Pflege und Betreuung, Informations-, Personal-, Risiko-, Alltags- und strategisches Management) fanden pro Heim bzw. Spezialisiertem Dementenbereich je dreißig Teamsitzungen von anderthalb bis dreistündiger Dauer statt. Dennoch wurden knapp 90% der Anforderungen und zugehörigen Fragen für wichtig oder sogar sehr wichtig gehalten. Die erwähnte hohe Beteiligung von über 100 Mitarbeitern weist auf zwei wichtige Tatsachen hin: den beachtlichen Beitrag der Einrichtungen und die große Zahl von Menschen, die bereits mit dem IQM-Demenz und seinem reflexiv orientierten Verständnis von Qualitätsverbesserung vertraut geworden sind. Unter den Kommentaren der die Selbsteinschätzung vornehmenden Teams überwiegen die positiven. Kritische beziehen sich auf die Notwendigkeit der Einarbeitung, insbesondere das Verstehen des Fragekonzeptes „Wie stellen Sie sicher, dass.....“ (s.S.22) und auf den Zeitaufwand.

Bemerkenswert vielfältig waren die in der **dritten Phase** entstehenden insgesamt 108 **Qualitätsverbesserungs-Vorschläge** (s. S. 25) deren Umsetzung jedoch aus methodischen Gründen nicht vor Projektende angegangen werden durfte. Manche Mitarbeiter sahen darin eine Schwierigkeit.

Der Projektbeirat hat in einem mehrstufigen Verfahren achtzehn Vorhaben ausgewählt, die sich jetzt, nach Ablauf des QSP-Projektes, in der Umsetzung befinden.

Das **Qualitäts-Feedback – die vierte Phase** – wurde von allen Einrichtungen positiv bewertet. Der erreichte Leistungsstand sei gut abgebildet worden. Wenn es keine Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdbewertung gab, hat die Diskussion darüber oft zu neuen Einsichten geführt.

### **Abschließende Bewertung**

Das IQM-Demenz, ein unter Verwendung des aus Kanada stammenden IQM umfangreich weiterentwickeltes Instrument zur Verbesserung der Betreuungsqualität Demenzkranker im stationären Bereich, hat sich in sechs Institutionen als wirksam erwiesen. Es bildete das Leistungsgeschehen gut ab, erweiterte das Verständnis der Beteiligten für die Komplexität ihrer Institutionen, die dadurch insgesamt an Transparenz gewannen. Das Problemfeld Demenz benötigt **und erzeugt** Nachdenklichkeit. Diese Reflexionbereitschaft ist in den beteiligten Einrichtungen gewachsen. Sie sind dadurch mehr als zuvor zu lernenden Institutionen geworden. Damit verfügen sie über die wichtigste Voraussetzung für gute Betreuung Demenzkranker.

### **Ausblick**

Das Projekt ist erst vor kurzer Zeit zum Abschluss gekommen. Jetzt – Anfang März 2007 – liegt der Bericht vor. Ebenso wie denen, die ihn erarbeiteten, hat er wahrscheinlich auch dem Leser den Eindruck von großer Fülle und Vielfalt vermittelt. Es ist zu spüren, wie viele Anstrengungen erforderlich waren, diesen ersten Einsatz des IQM-Demenz zu steuern.

Bei umfassenden Anstrengungen stellt sich immer die Frage: Was wird daraus? Der Vorstand der DED und die Projektsteuerungsgruppe sind zu folgenden Antworten gekommen:

1. Die Deutsche Expertengruppe Dementenbetreuung gründet ein **Deutsches Qualitätsbündnis Demenz**. Gründungsmitglieder sind die gegenwärtigen Projekteinrichtungen. Weitere Heime mit spezialisierten Demenzbereichen, die den in diesem Bericht beschriebenen IQM-geleiteten Prozess durchlaufen und sich einem externen Qualitäts-Feedback stellen wollen,

können in der Folge ebenfalls Mitglied des Qualitätsbündnisses Demenz werden. Mit der Mitgliedschaft ist die ständige Bereitschaft zu weiterer Qualitätsreflexion und -entwicklung verbunden.

2. Im jetzt abgeschlossenen Projekt wurde das neue IQM-Demenz von sechs Einrichtungen mit bereits hohem Niveau in der Spezialisierten Dementenbetreuung erprobt. Erforderlich sind jetzt Erfahrungen mit seinem Einsatz in größerer Breite. Deshalb soll es ein **‘Folgeprojekt 2x20 IQM-Demenz’** mit 40 Einrichtungen aus ganz Deutschland geben.

Drei Jahre lang wird - IQM-Demenz geleitet - die eigene Qualität reflektiert und weiter entwickelt. Die Zugangsvoraussetzungen sind niedriger, nämlich zwei Jahre nachweisbare Erfahrung in der Dementenbetreuung (d.h. ohne die Anforderungen von Seite 7). Ziel dieses Folgeprojektes ist die Beantwortung der Frage, in welchem Umfang auch Pflegeeinrichtungen ohne Spezialisierte Dementenbetreuung vom IQM-Demenz profitieren können.

Zum Schluss sei erneut in Erinnerung gerufen, was es vor allem anderen bedeutet, Demenzkranke zu betreuen: sie in ihren schwächer werdenden geistigen und seelischen Fähigkeiten zu stützen und zu begleiten. Das geschieht ganz besonders im Kontakt mit ihnen, in der unmittelbaren Berührung und Ansprache, mit dem, was wir alle auch ohne Worte vermitteln und bewirken können (so wie tagtäglich in vielen Begegnungen jenseits des Berufes). Auf diese zentrale Dimension der Betreuung kann das IQM-Demenz nicht direkt einwirken. Wir sind jedoch davon überzeugt, dass es ihr ganz besonders nahe kommt.