



**Der Autor**

Dr. med. Jens Bruder ist Nervenarzt und Gerontologe. Neben seiner klinischen ärztlichen Tätigkeit überwiegend in Hamburg, u. a. als Leiter der Ärztlich-Therapeutischen Abteilung von Pflegen & Wohnen, ist er Mitglied im Vorstand der Deutschen Expertengruppe Dementenbetreuung (DED) sowie im Steuerungskreis von IQM Demenz.

VON DR. MED. JENS BRUDER

# Qualität leben – mit „IQM Demenz“

EIN NEUES VERFAHREN ZUR QUALITÄTSENTWICKLUNG

■ Bereits heute leiden in Deutschland rund 1,2 Millionen Menschen an Demenz. Schätzungen zufolge werden es im Jahr 2050 mehr als doppelt so viele sein. Etwa 40 Prozent dieser Menschen werden in Pflegeheimen betreut und bilden mittlerweile mit einem Anteil von meist über 50 Prozent der Bewohnerschaft eine zentrale Zielgruppe in der stationären Versorgung. Somit wird eine offensive Auseinandersetzung mit den Auswirkungen einer deutlich steigenden Anzahl Demenzkranker für die Pflege eine zentrale Herausforderung der nächsten Jahrzehnte sein.

„IQM Demenz“, ein neues Verfahren zur Qualitätsentwicklung, will Pflegekräfte dabei unterstützen, Menschen mit Demenz fachgerecht und zugewandt zu betreuen. Dies soll allerdings nicht in der Art und Weise geschehen, dass den Einrichtungen – weitere – verpflichtende Qualitätsmaßnahmen von außen übergestülpt werden. Vielmehr verfolgt IQM Demenz – als „Integriertes Qualitätsmanagement Demenz“ – das Ziel, dass die Einrichtung es schafft, auf freiwilliger Basis – und weitgehend mit Hilfe der Mitarbeiter selbst – Einrichtungsdaten in bestimmten Leistungsbe-  
reichen der Dementenbetreuung zunächst zu erheben, um diese dann selbst zu bewerten, daraufhin mögliche Verbesserungspotenziale aufzuzeigen und sich abschließend ein Qualitätsfeedback von weiteren Pflegefachleuten einzuholen.

### Die Situation

Durch den Ausbau der Leistungen ambulanter Dienste können immer mehr pflegebedürftige Menschen in ihrer Häuslichkeit versorgt werden, gerade auch wegen der ständig weiterentwickelten technischen Hilfen. Wenn aber der Verstand versagt, können diese Hilfen oftmals nicht mehr abgerufen werden, und eine stationäre Weiterversorgung wird meist unausweichlich, jedenfalls bei Alleinlebenden. Was die familiär Versorgten angeht, kommt es vor allem bei Kranken mit besonders belastendem Verhalten häufig zur Überforderung der Angehörigen; auch deshalb versorgen Altenpflegeheime immer mehr demenzerkrankte Menschen mit ausgeprägteren Symptomen.

Anders als bei der Mehrheit der rein körperlich Pflegebedürftigen ist es Demenzkranken immer weniger möglich, über ihr Erleben der Krankheit zu sprechen. Das ist oft mit Unsicherheit und Hilflosigkeit der Betreuenden verbunden. Zunehmend kommt es also in der Betreuung darauf an, sich in die Kranken einzufühlen und sich ihrem Empfinden anzunähern.

Körperlich Pflegebedürftige sind – im Wesentlichen – selbst verantwortlich für ihren geistigen und seelischen Zustand. Bei Demenzkranken aber gehen die geistige und seelische Autonomie, ihre Selbstversorgungs- bzw. Steuerungsfähigkeit, immer mehr verloren, weshalb sie gerade in diesem Bereich einer immer stärkeren Begleitung bedürfen.

Diese Hinweise verdeutlichen die unterschiedlichen Dimensionen, in denen die Qualität in der Betreuung Demenzkranker wachsen muss. Neben der körperbezogenen Pflege geht es vor allem auch um die Wahrnehmung und um das Verständnis, um Haltungen und Einstellungen zu den demenzerkrankten Menschen. Vieles davon kann durch einen reflexiven Dialog angeregt werden, eher als durch Verschreibung von Regeln und normative Vorgaben. Mitarbeiter, die sich diesem Entwicklungsprozess stellen, können sich bereichert fühlen und in ihrer Identität sicherer werden.

### Das neue Verfahren

Ziel von IQM Demenz ist nicht die Erteilung eines Prüfsiegels, sondern die kontinuierliche Verbesserung der Qualität, verbunden mit dem Vermögen, vorhandene Lücken selbst zu erkennen und zu schließen.

Kernstück von IQM Demenz ist die Selbstbewertung der gesamten Einrichtung auf der Grundlage eines umfassenden Fragenkatalogs, unterteilt in sechs Bereiche (siehe „Der Aufbau des Verfahrens“).

Methodische Grundlage ist das kanadische Instrument „IQM“, das auch in Australien und Neuseeland für die Altenhilfe verbindlich ist. Die Deutsche Expertengruppe Dementenbetreuung (DED)



Abb.: Aufbau und Struktur des IQM Demenz

hat es im Hinblick auf die Demenzproblematik umfassend erweitert und in einem über dreijährigen Modellversuch bundesweit in sechs stationären Einrichtungen erprobt. Das Verfahren berücksichtigt sowohl den aktuellen Wissensstand als auch Rahmenbedingungen wie die Anforderungen der MDK-Prüfrichtlinie. Die Modellphase wurde wesentlich vom BMFSFJ gefördert. Auch für die gegenwärtige Phase der größeren Verbreitung des Instrumentes hat die Bundesseniorenministerin Ursula von der Leyen die Schirmherrschaft übernommen.

Das Verfahren ist zunächst für den Einsatz im stationären Bereich vorgesehen. Die DED sieht aber die Notwendigkeit, es für die ambulante Versorgung Demenzkranker zu modifizieren. (Hierüber hält der bpa seine Mitglieder auf dem Laufenden. Anm. der Redaktion.)

### Der Aufbau des Verfahrens

Das Integrierte Qualitätsmanagement Demenz bezieht sich auf alle wesentlichen sechs Leistungsbereiche einer Einrichtung (siehe Abbildung): 1. Pflege und Betreuung, 2. Personal-, 3. Informations-, 4. Risiko-, 5. Alltags- und 6. Strategisches Management. Personal-, Informations- und Risikomanagement lassen sich unter der Überschrift „Support und Sicherung“ zusammenfassen, die den Kern (Pflege und Betreuung) als innere Schale umfassen und stützen. Die beiden restlichen Bereiche, Alltags- und Strategisches Management, lassen sich auf einer zweiten äußeren Schale unter dem Begriff „Führung und Vernetzung“ zusammenfassen. Gestützt von den fünf Bereichen der beiden Schalen, findet also im Kern die Hauptaufgabe statt: die Betreuung und Begleitung der Demenzkranken (und die Begegnung mit ihnen).

Zentrales Element von IQM Demenz ist die Erhebung von Einrichtungsdaten in den sechs genannten Leistungsbereichen, und zwar weit überwiegend durch die Mitarbeiter selbst in moderierten Gruppen.

### Vier Phasen der Umsetzung

#### 1. Profilerhebung

In der Profilerhebungsphase geht es um die Erfassung des Einrichtungsprofils, also überwiegend um die „harten Daten“, etwa Bewohnerzahl, Pflegestufen, Defizitprofile und die sich daraus ergebenden Anforderungen, Personalausstattung und Qualifikationen, vorhandene Konzepte, Standards und Leitlinien, spezifische Angebote, räumliche und technische Ausstattung, Zugangswege der Bewohner, Kooperationen: Was alles hat eine Einrichtung, worüber verfügt sie bereits?

#### 2. Selbstbewertung

Die Selbstbewertungsphase ist die umfangreichste. Es geht um den Erfüllungsgrad einer Vielzahl von Qualitätsmerkmalen. Zwei Fragen stehen im Zentrum: Wie werden die einzelnen Qualitätsanforderungen umgesetzt, und in welchem Umfang werden sie erfüllt? Die Auseinandersetzung mit diesen Fragen führt zur Reflexion des eigenen Handelns und seiner verschiedenen Anteile, also zu einem differenzierteren Verständnis des Betreuungsprozesses.

Die Modelleinrichtungen berichten übereinstimmend, dass das genauere Hinsehen und Verstehen der Abläufe, aber auch das Erkennen von noch nicht Geleistetem zu mehr Sicherheit und Gelassenheit im alltäglichen Betreuungshandeln führen.

#### 3. Qualitätsverbesserung

Während der Selbstbewertungsphase entstehen Qualitätsverbesserungsvorschläge. Sie werden gesammelt, in eine sinnvolle Reihenfolge gebracht und in der nun folgenden Qualitätsverbesserungsphase umgesetzt. Wie viele der entstandenen Vorschläge dazugehören, entscheidet die einzelne Einrichtung im Dialog zwischen den beteiligten Bewertungsgruppen und der Leitung.

Für die einzelnen Vorhaben werden Teams zusammengestellt, um die Details der Umsetzung zu planen und in die betroffenen Bereiche einzubringen.

#### 4. Qualitätsfeedback

In der vierten und letzten Phase werden einrichtungsfremde Pflegefachleute hinzugezogen, um von außen bestimmte Leistungsbereiche nach dem Merkmalskatalog des IQM Demenz einzuschätzen, jedoch ohne dass sie die Selbstbewertungen der Einrichtungen kennen. Befragt werden Mitarbeiter verschiedener Bereiche und Hierarchieebenen, aber auch Angehörige von Bewohnern und externe Dienstleister. Die gewonnenen Daten verdeutlichen Übereinstimmungen und Abweichungen von der Selbsteinschätzung.

### Deutsches Qualitätsbündnis Demenz – DQD

Einrichtungen, die den IQM-geleiteten Reflektionsprozess durchlaufen haben, erfüllen die Voraussetzung für die Aufnahme ins Deutsche Qualitätsbündnis Demenz (DQD). Dies wurde kürzlich von der Deutschen Expertengruppe Dementenbetreuung gegründet. Der Austausch im Rahmen von wenigstens zweijährlichen Arbeitstreffen wird zu einer lebendigen Fachgemeinschaft auf gutem Niveau.

### Zusammenfassende Bewertung

Insgesamt wird allen, die an der praktischen Umsetzung von IQM beteiligt sind, eines ganz deutlich: Die Betreuung von Demenzkranken geht weit über körperbezogene Pflege hinaus. Sie lebt von sprachlichen und nichtsprachlichen Elementen der Begegnung mit ihnen, von demenzkundigen und demenzoffenen Einstellungen und Haltungen der Pflegenden, von Einfühlung und Phantasie der Helfenden. Das IQM Demenz vermag diese Eigenschaften behutsam und stetig zu fördern – ohne strikte, bedrängende oder sogar Widerstand auslösende Vorgaben, sondern durch gemeinsames Innehalten und Nachdenken.

### Informationen und Kontakt

IQM Demenz  
Schloßstraße 12, 34454 Bad Arolsen, Tel.: (0 56 91) 38 04  
www.iqm-demenz.de