

■ MARTIN HAMBORG | KIEL

# Der demenzkranke Mensch im Beziehungs- vieleck zwischen Familie, Heim und Gesellschaft

## Kontextgestaltung durch Qualitätsmanagement

**Übersicht:** Der vorliegende Artikel stellt eine Standortbestimmung in der institutionellen Betreuung Demenzkranker dar. In der Einführung werden ungünstige Rahmenbedingungen genannt, die zwei Möglichkeiten nach sich ziehen können: Resignation oder eine Lösung zweiter Ordnung. Als Beispiel für Letztere wird das Qualitätsmanagementsystem IQM-Demenz beschrieben.

**Schlüsselwörter:** Demenzkranke, verstehende Diagnostik, subjektive Welt, Milieuthapie, Kontextgestaltung, Pflegeversicherung, Deutsche Experten-Gruppe Dementenbetreuung, Qualitätsmanagement, IQM-Demenz

### Der gesellschaftliche Kontext: Der Geist und das Gespenst der Pflegeversicherung

Die Zeit, in der die Alzheimer-Krankheit noch eine seltene Erkrankung war und die mitleidige Gegenfrage kam: »Meinen Sie verkalkt oder Altersheimer?«, liegt erst ein Vierteljahrhundert zurück. Heime der ersten Generation waren gestaltet wie Krankenhäuser und »totale Institutionen« (im Sinne Erving Goffmans), man sprach von »Insassen« und »Pflegefällen«, abgeschoben von ihren Angehörigen, die voller Schuldgefühle entweder gar nicht oder ständig im Heim waren.

Der Geist der Pflegeversicherung definiert den Leistungsempfänger als Kunden und die Fürsorge als Teilkaskoversicherung mit dem Ziel, die Familien durch Geldleistungen stärker in die Verantwortung zu nehmen. Die öffentliche Diskussion der 1990er Jahre unter Schlagzeilen wie »abgezockt und totgepflegt« führte zu einer hohen Kontrollreaktion, und die Gesetze und Vorschriften summierten sich (derzeit

belaufen sie sich auf über 900). Qualitätsmanagementsysteme wurden eingeführt, in den Heimen wurde so stark intern und extern kontrolliert wie in kaum einem anderen Bereich unserer Gesellschaft. Doch damit änderte sich nicht das Image der stationären Pflege, denn da gab es das »Gespenst« der Pflegeversicherung: Angehörige sollten möglichst lange ihre Pflegebedürftigen versorgen, Heime sollten miteinander konkurrieren. Neue Heime schossen wie Pilze aus dem Boden. Eine gute Rendite auf die Wohnobjekte lockte Investoren in den Markt, und die Kommunen verloren ihre regionale Steuerungsfunktion.

Der Wettbewerbsdruck zeigt sich aktuell in einer durchschnittlichen Belegung von 80 %. Damit entsteht ein strukturell bedingtes Defizit, denn der Pflegesatz wird mit einer Auslastung von 96 % verhandelt. Akquise, Werbestrategien und Alleinstellungsmerkmale werden wichtiger, während sich Mitarbeiter beschwerten, dass »alles versprochen« werde, nur damit ein Bewerber einziehe.

Die Pflegestufen definieren den Menschen durch Zeitkorridore für Körperpflege und Hauswirtschaft. Immer neue Qualitätsanforderungen prägen die Pflege. Deren Priorität liegt in der Pflege der Dokumente, denn diese werden akribisch kontrolliert: Fehlt ein Stichwort, gibt es eine »5«, ist jedes Detail im Konzept hinterlegt und in der Dokumentation vermerkt, gibt es eine »1«. Der Bewohner ist fast immer zufrieden und gut gepflegt. Nur noch selten werden echte Pflegefehler festgestellt, die aber mit einer fleißigen Dokumentation gut ausgeglichen werden können ...

Diese Pflegezeugnisse sind die absurde Folge des großen Feldexperiments SGB XI: Mit verknüpften Ressourcen und hohem Prüfaufwand sollte ein Höchstmaß an Lebensqualität sichergestellt werden.

## Motto: Machen Sie das Beste draus, oder lassen Sie es sein!

Als ich in einem Expertenworkshop zur Einführung der Pflegeversicherung fragte, wo denn die Demenzkranken seien, antwortete der Vertreter des Arbeitsministeriums ehrlich: »Wir wissen nicht, wie teuer es wird, deshalb haben wir sie nicht berücksichtigt.« Etwa zehn Jahre später korrigierte die Politik diesen Kurs und erprobte das Personalbemessungsverfahren Plaisier. In Schleswig Holstein war das Ergebnis, dass der durchschnittliche Personalbedarf 150 % vom aktuellen Personalstand betrug. In unserer stationären Einrichtung lag er bei 180 %. Auf einen Schlag hätten 15 Vollzeitkräfte für 48 Bewohner eingestellt werden müssen. In der nachfolgenden Pflegesatzverhandlung wurde eine Stelle gestrichen, und Plaisier wurde nicht eingeführt.

Akteure in der Altenhilfe haben zwei Möglichkeiten, auf diesen Kontext zu reagieren: mit Depression oder

mit Engagement in einem System voller Widersprüche und mit hohen Anforderungen. Aus der Krise kann nur eine Lösung höherer Ordnung führen. In dieser Dynamik werden gute Heimleiter und Pflegedienstleitungen zu modernen Managern und zu Netzwerkern, die gemeinsam mit der Alzheimer-Gesellschaft die Kommunen und Krankenhäuser mit dem Ziel konfrontieren, demenzfreundlicher zu werden.

Demenz ist im Bewusstsein angekommen. Während Jugendliche ihr Vergessen scherzhaft mit ihrem Alzheimer erklären, registrieren Hochaltrige schmerzhaft, wie sehr die Wahrscheinlichkeit steigt, diese Krankheit zu bekommen. Jeder Dritte ist bei den über 90-Jährigen betroffen, mit 100 Jahren steigt das Risiko in Richtung 100 % an.

## Die Krankheit Demenz erfordert radikales Umdenken

Demenz ist die einzige Krankheit, bei der die Anpassungsleistung in der konsequenten Modifikation des Kontextes liegt. Eigentlich ist es ganz einfach: Demenz hat zur Folge, nicht mehr lernen, sich nicht mehr anpassen zu können. Ursache ist eine schwere degenerative Erkrankung, die Fähigkeit des Lernens nimmt ab, und Zellstrukturen werden zerstört. Die Folgen sind bekannt: Gedächtnis- und Orientierungsstörungen, Verlust der Handlungsmuster und Leben im Moment mit den Erklärungsmustern der Vergangenheit. Die Demenz sorgt für das unmittelbare Leben im Hier und Jetzt. Das »Dort« verblasst vollständig, und das »Damals« ist die einzige Hilfe, die Probleme des Alltags zu meistern.

In der mittleren Phase der Demenz treten alte und gut eingeübte Problemlösemuster in den Vordergrund. Je mehr der Mensch in die Ecke getrieben und unter Stress gesetzt wird und je höher der Anpassungsdruck ist, umso stärker müssen sich Angehörige, Mit-

arbeiter und Mitbewohner mit dem auseinandersetzen, was wir als »herausforderndes Verhalten« beschreiben: Schlagen, kratzen, beißen, schreien oder sich in Flucht oder Resignation zurückziehen, bis hin zu den letzten archaischen Notfallreaktionen, dem Totstellreflex und der Embryonalhaltung. Wirksam werden elementare Prinzipien wie kämpfen oder fliehen. Und es werden wieder Rollen lebendig, die zumindest jeder kleine Junge bis zur Selbstvergessenheit geübt hat: Cowboy und Indianer. In Fortbildungen nenne ich die tätlichen Konfliktlösungen Demenzkranker das »Cowboy-Phänomen«.

## Die Konsequenz aus dieser Erkenntnis ist einfach: Milieuthérapie

Die Einrichtung oder das Familiensystem passt sich an das Erleben, das Empfinden, die Wahrnehmung und die Kompetenz des Demenzkranken an. Sie/er bekommt seine Nische, um sich mit all den Defiziten, Handicaps, der verbliebenen Neugierde und allen Bedürfnissen entfalten zu können. Da geht es nicht um das, was sich weiter entfernt lebende Angehörige und Qualitätsprüfer wünschen, ein volles Animationsprogramm mit 95, tägliches »Bespielen« und Aktivierung bis zur Erschöpfung. Mir sagte mal eine alte Dame, die bei meinen Gruppenangeboten einschloß: »Junger Mann, ich schlafe nicht, ich schone meine Augen.« Das saß.

Schon 1994 prägten die Nervenärzte Jan Wojnar und Jens Bruder den Satz, der das erforderliche Betreuungskonzept auf den Punkt bringt:

► *Unter Milieuthérapie wird bewusstes therapeutisches Handeln zur Anpassung der materiellen und sozialen Umwelt an die krankheitsbedingten Veränderungen*

der Wahrnehmung, des Empfindens, des Erlebens und der Kompetenzen der Demenzkranken verstanden. Die Milieuthherapie soll den Demenzkranken trotz der zunehmenden Adaptionsstörungen an die Umwelt ein menschenwürdiges, ihrer persönlichen Lebensgeschichte angepasstes und möglichst spannungs- und stressfreies Leben ermöglichen.

(Bruder & Wojnar, 1994, S. 234)



Wie sehr es gelingt, diese Erkenntnis umzusetzen, lässt sich auch daran erkennen, wie stark sich das herausfordernde Verhalten reduziert. Dafür sind spezifische Kompetenzen erforderlich. Die Perspektive der dementen Person einzunehmen (im Folgenden kursiv gedruckt) gehört jeweils dazu.

### 1. Medizinisches Verständnis im Sinne verstehender Diagnostik

*Wie erklärt sich die demenzkranke Frau A. die Körpersensationen ihrer Unterzuckerung oder die stechenden Anlaufschmerzen ihres Rheumas? Und was ist dann zu tun?*

Wenn Demenzkranke Symptome mit Krankheitswert wahrnehmen, müssen diese erkannt und behandelt werden. Dies wiederum setzt die hohe Kunst der Krankenbeobachtung voraus. Pflegende sollte die Symbolsprache der Verwirrtheit entschlüsseln:

- Wenn Herr B. nachts nach dem Frühstück fragt, kann dies ein Hinweis auf eine Unterzuckerung oder, noch einfacher, auf Hunger sein.
- Demenzkranke drücken Schmerzen oft nicht mehr durch Gestik, Mimik oder Schonhaltung aus, sondern durch ihr (herausforderndes) Verhalten.

### 2. Reflexion der Milieu-Wirkungen

*Wie erklärt sich Frau C. den Stress, den sie bei den Mitarbeitern wahrnimmt? Wohin geht die ansteckende Unruhe, und wie lässt sie sich in eine ansteckende Ruhe verwandeln?*

### 3. Verständnis für die Konflikt-dynamik

*Welche Funktion hat das herausfordernde Verhalten für das Heim oder die Familie, in der der Demenzkranke wohnt? Warum erscheint dem Angehörigen der verwaschene Pullover so viel wichtiger als das offensichtliche Wohlbefinden?*

### 4. Verständnis für die subjektive Welt und Antriebe

*Wohin will Frau B., wenn sie wegläuft? Wie bekommt sie die Geborgenheit, die sie sucht, wenn sie zu ihren Kindern oder zu ihren Eltern möchte?*

Je weniger sich ein Mensch seine aktuelle Situation erklären kann, desto wichtiger werden die zwischenmenschliche Begegnung und der Kontakt. Pflegekräfte haben z. B. gelernt zu validieren, d. h. die verborgenen Gefühle aufzugreifen und an das subjektive Erleben mit Ritualen und Mustern der Vergangenheit anzuknüpfen und dieses Erleben somit in das »Jetzt« zu lenken. Sie brauchen einen Rahmen, in dem sie dies auch umsetzen können. Die Begegnung benötigt eine personelle Mindestausstattung und ein Arbeitsklima, in dem sich Mitarbeiter in ihrer emotionalen Intelligenz entfalten und den nötigen Perspektivenwechsel vollziehen können:

- *Frau M. hat vergessen, wo sie ihr Geld versteckt hat: Da liegt es nahe, dass ein Dieb ihr Zimmer aufgesucht hat, für das es keinen Schlüssel gibt.*
- *Oder Herr B. fühlt sich zu Hause und besucht seine neuen Familienangehörigen und Freunde, auch wenn die sich vielleicht gestört fühlen,*
- *oder er sucht einfach nur die Toilette im »fremden« Zimmer.*

Es könnte die Pflegekräfte entlasten, wenn sie wissen, dass Demenz die »Krankheit des Sozialismus« ist, in der sich das Privateigentum durch das Vergessen des Unterschieds von »Mein« und »Dein« aufgelöst hat.

In unserer Handreichung zur (d. h. gegen) Fixierung<sup>1</sup> fordern wir dazu auf, den »Wegläufer« differenziert zu betrachten:

- als Spaziergänger, der der offenen Tür ins Freie folgt, sich dann aber verirren kann,
- als Flüchtigen, der vor einer unerträglichen inneren oder äußeren Situation flieht,
- als Hinläufer, der in seiner subjektiven Welt sein Zuhause (= Geborgenheit), seine Kinder (= Fürsorge/Pflichterfüllung) sucht.

Es liegt auf der Hand, dass für jeden Demenzkranken und für jede Einrichtung ein anderer Kontext gesucht werden muss, damit sich die Bedürfnisse entfalten und erfüllt werden können.

### 5. Verständnis für die Gefühle

*Welche Gefühle hat Frau D. bei der Intimpflege durch fremde Personen, wenn sie die letzten 60 Jahre vergessen hat und sich nun wieder wie 30 fühlt? Welche Scham, welche Ängste, welche Traumata bestimmen ihr Erleben? Warum schlägt, kratzt oder schreit sie heute? Was können wir, ihre Betreuer oder Angehörigen, daraus lernen?*

Die pflegerische Begegnung bei solchen Problemlagen lässt sich nur bedingt durch Psychopharmaka unterstützen. Die mögliche Angst vor (erneuter) sexueller Gewalt und das daraus resultierende Schlagen, Kneifen oder Beißen lässt sich auch dadurch, dass Gefühle angesprochen werden, nicht lösen, und erst recht nicht durch Festhalten, durch Eile oder gar Gegengewalt. Oft bleibt als letzte Chance die konsequente Umfokussierung der Wahrnehmung, die Versorgung im Tanzen und begleitet von Singen, so-

<sup>1</sup> Handlungsempfehlung zu Fixierung und freiheitsbeschränkenden Maßnahmen Demenzkranker, Download unter <http://www.demenz-ded.de> [letzter Zugriff am 1.8.2011].

dass andere Reize wahrgenommen werden und nicht mehr die Berührung im Intimbereich.

## Fazit: Milieuthherapie ist konsequente Kontextgestaltung – und ein Beispiel für eine Vision?

Milieuthherapie erfordert das, was sich Familientherapeuten für ihre »identifizierten Patienten« wünschen: die konsequente positive Kontextgestaltung. Der einzige Unterschied ist: Der Inpatient kann lernen und möchte seinen Lernkontext durch sein Verhalten ändern. Ein Demenzkranker lernt nicht mehr, aber verändert oft trotzdem sehr viel. Damit wird die Milieuthherapie zum Modell für eine Vision, die gerade aus der aktuellen neurobiologischen Forschung für die Pädagogik genährt wird. Gerald Hüther hat dies auf die einfache Formel gebracht: Unsere Hirnentwicklung benötigt einen konsequent positiven Kontext, in dem unsere Potenziale entfaltet werden (Hüther, 2011).

Bezogen auf die Milieuthherapie heißt dies: Der Demenzkranke braucht einen konsequent positiven, kompensatorischen und schützenden Kontext, der ihm eine Nische bietet, in der Begrenzungen, Handicaps, Defizite und Behinderungen nicht schmerzhaft erfahren werden.

Dieser Aufgabe stellen sich gute Heime, vielleicht ohne den theoretischen Hintergrund und ohne die Vision der Neurobiologie zu kennen. Wird die Milieuthherapie zum Zukunftsentwurf für soziale Einrichtungen, nicht nur für das demenzfreundliche Krankenhaus und die demenzfreundliche Kommune? Auch die Schule, die Familie und die Arbeitswelt könnten sich dahin entwickeln, die Potenziale, das Wir-Gefühl und die unmittelbare Begeisterung für den Einzelnen zu entfalten.

Dialektisch betrachtet, besteht hier ein besonderer »Charme« für unsere (alternde) Gesellschaft: Gute Heime arbeiten jetzt schon milieutherapeutisch mit den knappsten Ressourcen der Pflegeversicherung.<sup>2</sup> Damit geht der große Feldversuch auf: Hohe Lebensqualität und beste ganzheitliche Versorgung im Heim auf schmäler finanzieller Grundlage, denn die Pflegestufen werden nur anhand der pflegerischen und hauswirtschaftlichen Bedarfe berechnet.

## Qualitätsmanagement: Eine Synthese und Lernen zweiter Ordnung?

Milieuthherapie trotz enger finanzieller Spielräume zu gewährleisten war meine Motivation für das Qualitätssicherungsprojekt der Deutschen Expertengruppe Dementenbetreuung, gefördert durch das BMFSFJ zwischen 2002 und 2006. In Deutschland stehen nämlich »bisher nur Qualitätssicherungssysteme zur Verfügung, die aus dem industriellen Bereich oder dem Militärsektor heraus entwickelt wurden«.<sup>3,4</sup>

<sup>2</sup> In diesem Zusammenhang sei angemerkt: Seit vielen Jahren kämpfen Einrichtungen der Behindertenhilfe gegen die Finanzierung ihrer Leistungen für Pflegebedürftige im Rahmen des SGB XI, weil die bisherigen Vereinbarungen des SGB XII sehr viel mehr Spielräume bieten.

<sup>3</sup> Aktuelle Forschung und Projekte zum Thema Demenz, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Publikationsversand der Bundesregierung, Berlin September 2006, S. 23.

<sup>4</sup> In den Kieler Servicehäusern der AWO erprobten wir 1995 bis 2003 die Industrienorm DIN ISO 9000 für die Altenhilfe und gelangten zu der Erkenntnis: Je mehr Inhalte, Visionen und Anforderungen wir formulieren, desto größer wird der Formalismus und die Nachweispflicht, die dann wieder extern auditiert wird. Einen kleinen Film zu dem demenzspezifischen Ansatz finden Sie auf der Internetplattform <http://www.wegweiser-Demenz.de> [letzter Zugriff am 2.8.2011].

Alfred Hoffmann stellte als externer Qualitätsexperte seine Übersetzung des kanadischen Systems IQM (Integriertes Qualitätsmanagement) zur Verfügung. Für die nervenärztliche Perspektive sorgte Dr. Jens Bruder, der immer wieder die Frage stellte: Was hat diese Anforderung mit der guten Versorgung des Demenzkranken zu tun? Preisgekrönte Heime wie das Haus Schwansen (Mechthild Lärm) und das Richard Bürger Heim (Eva Trede Kretzschmar, Esther Wolf) beteiligten sich mit ihren stationären Erfahrungen. Mein Beitrag lag in der psychologischen Sichtweise, mit der ich Mitarbeiter, Angehörige und Leitungsteams darin unterstützte, dazu beizutragen, dass Demenzkranke trotz herausfordernden Verhaltens in ihrer Wohnung, in ihrem Umfeld verbleiben können. IQM wurde an »best practice«-Einrichtungen der Dementenarbeit erprobt und wird derzeit als »IQM-Demenz« in Heimen eingeführt.

Grundlage ist eine Haltung gegenüber dementen alten Menschen und gegenüber Menschen überhaupt, die von Mitarbeitern oft wie folgt auf den Punkt gebracht wird: so zu pflegen, wie man selbst gepflegt werden möchte ... »Das IQM verdeutlicht, wie wichtig diese besondere Haltung ist, und leitet die Mitarbeiter dazu an, eine entsprechende Kultur zu entwickeln. Die unmittelbare Wechselwirkung zwischen Haltung, Bewusstsein, Fachkompetenz der Mitarbeiter auf der einen Seite und Nutzer-/Braucherzufriedenheit auf der anderen Seite wird in der IQM geführten Selbstreflexion sehr deutlich« (BMFSFJ, 2006, S. 25).

## Methodik und Bausteine im IQM Demenz

Die Methodik führt konsequent zu den Antworten auf, die Frage, was für die Betreuung demenzkranker Menschen erforderlich, hilfreich und nützlich ist.

Im Mittelpunkt steht daher der Qualitätsbereich »Pflege und Betreuung« mit der Frage, wie Milieuthérapie, Begegnung, Behandlung und Pflege vor Ort umgesetzt und evaluiert werden. Dies ist nur möglich, wenn die Leitung die Betreuungsarbeit unterstützt und sichert und damit ihrer Verantwortung gerecht wird. IQM Demenz definiert dies in drei weiteren Qualitätsbereichen: »Personalmanagement«, »Informationsmanagement« und »Risikomanagement«.

Heime kooperieren mit Krankenhäusern, Beratungsstellen und den umfangreichen Hilfenetzen für Demenzkranke und ihren Familien. Diese Themen definieren zwei Herausforderungen für Träger und Leitung im Bereich »Führung und Vernetzung«. Mit den Anforderungen im Qualitätsbereich »Alltagsmanagement« soll u. a. sichergestellt werden, dass auch der Träger für seine Managementaufgaben die konkreten Erfahrungen und Herausforderungen aus dem Alltag mit Demenzkranken berücksichtigt. Das »Strategische Management« stellt das Überleben der Institution durch Kooperation, Vernetzung und Öffentlichkeitsarbeit in den Vordergrund.

Der wesentliche Unterschied zu anderen Qualitätsmanagementsystemen liegt im normativen Bezug auf bewährte Kriterien der Dementenbetreuung. Dieser Zielbezug macht es erforderlich, den förderlichen Kontext systemisch und systematisch zu erforschen.

## Vier Phasen – Vier Entwicklungsschritte

### Phase 1: Die Einrichtung lernt sich kennen

In der Profilerhebung wird die Einrichtung aufgefordert, in »Selbstbewertungsteams« den Ist-Stand anhand konkreter Fragen bzgl. sechs definier-

ter Qualitätsbereiche zu beschreiben. Es wird deutlich, was schon geregelt ist und wo noch Lücken bestehen. Die Teams müssen bereichs- und hierarchieübergreifend zusammengesetzt sein. Häufig führte dies zu »Aha«-Effekten und längst vergessene Ideen, und Konzepte tauchten auf, die in der Küche, der Verwaltung, der Hausmeisterei, der Sozialen Betreuung, der Pflege oder auf Leitungs- und Trägerebenen früher einmal entwickelt worden waren.

Die formale Struktur der Teamarbeit spiegelt die Ziele und Methoden modernen Managements wider:

- Mitarbeiter erkennen, indem sie konkrete Fragen aus ihrem Aufgabenbereich beantworten, was sie schon umgesetzt haben; so entsteht das motivierende Gefühl der Selbstwirksamkeit.
- Mitarbeiter aller Bereiche begegnen sich auf Augenhöhe, sie tauschen sich in ihren Erfahrungen, Erfolgen und Problemen aus und werden von den Verantwortlichen gehört.
- In Arbeitsaufträgen werden gezielt Zahlen, Daten und Fakten gesammelt. Es entsteht die Transparenz, die für die Teamarbeit notwendig ist, einzelne Wahrnehmungen lassen sich objektivieren, und die Struktur hilft, sich nicht in Details zu verlieren.

In diesem Prozess geht es um die In-sicht, die Ansatzpunkte aus dem bisherigen Qualitätsmanagement werden integriert und (ggf.) überprüft und (ggf.) besser kommuniziert. Außenimpulse ergeben sich im Austausch zwischen Heimen, denn IQM-Demenz wird im Verbund mit anderen Heimen eingeführt.

### Phase 2: Die Einrichtung stellt sich konkreten fachlichen Anforderungen

Etwa 300 Kriterien wurden in Anlehnung an das kanadische System »IQM« formuliert, diese werden wiederum in

Teilkriterien untergliedert und in der Erprobungsphase von den »best practice«-Heimen auf Relevanz und Klarheit der Formulierungen hin eingeschätzt. Die konkreten Anforderungen werden jeweils in einer einheitlichen Form gestellt: »Wie stellen Sie sicher, dass ...?« Jedes Heim definiert damit einen fachlichen Standard. Die Anforderungen werden systematisch in drei Schritten bearbeitet:

- Verständnis: Was bedeutet diese Anforderung?
- Reflexionshilfe: Wie ist dieser Aspekt geregelt, gibt es schon eine schriftliche Form?
- Umsetzung: Ist der Aspekt bekannt, wird er gelebt, dient er dem Wohlbefinden des Demenzkranken?

Der Vorteil dieser Frageform ist, dass Pflege- und Hauswirtschafts-Mitarbeiter nicht unter Druck geraten, nach eigenen Formulierungen suchen zu müssen.

Dem Moderator kommt eine wichtige Aufgabe zu. Er informiert das Selbstbewertungsteam, wie die Anforderung zu verstehen ist, steuert den Diskussionsprozess, hält das Ergebnis fest und vermittelt ggf. Anregungen und Erkenntnisse aus anderen Einrichtungen. Gleichwohl ist er nicht der »Veränderungsmanager«. Diese Verantwortung liegt weiterhin bei der Leitung. Ihr werden die Ergebnisse aus der Selbstbewertungsphase präsentiert, bevor sie Kollegen und Familienmitgliedern der Demenzkranken vorgestellt werden.

Es ist ein enormer Motivationsschub im Sinne der Personalentwicklung, wenn eine Pflegekraft die Sitzung mit Leitungen und dem Trägervorteiler moderiert. Als »Königin der Fragen« hat sie eine wichtige Rolle, auch gegenüber der Leitung.

**((Anzeige))**

### **Phase 3: Die Einrichtung entwickelt sich systematisch weiter**

Die zahlreichen Impulse aus Phase 2 werden in einem Themenspeicher gesammelt. Nach der IQM-Logik soll das Heim zunächst das gesamte Änderungspotenzial erkennen und dann den Qualitätsverbesserungsplan mit 20 bis 50 Qualitätsverbesserungsbereichen erarbeiten. Im dritten Schritt werden Bereiche, die verbessert werden sollen, priorisiert und drei Projekte mit den Methoden des Projektmanagements bearbeitet.

### **Phase 4: Die Einrichtung lässt ihre Selbsteinschätzung extern überprüfen**

Am Ende des IQM-Prozesses steht das Qualitätsfeedback, in dem zwei »Peers«, Fachleute aus der Dementenarbeit, die Einrichtung zwei Tage lang besuchen und eine Rückmeldung geben, ob die Einrichtung eine realistische Einschätzung der eigenen Qualität hat.

IQM-Demenz soll Impulse zur Selbstregulation des Heims geben, dafür werden ausgewählte Anforderungen mit jeweils zwei Personen besprochen. So kann deutlich werden, ob bzw. wie gut die Einschätzungen darüber, welche Qualität die Betreuung hat, durch die Mitarbeitenden, die Vertreter des Trägers, die Familien oder den Heimbeirat übereinstimmen. Ergänzt wird dies durch die Einschätzung der externen Fachleute, die sich aus den Gesprächen, aus teilnehmenden Beobachtungen im Dementenbereich und aus dem Vergleich der erlebten Praxis mit den vorher eingereichten Konzepten und Standards ergibt. Die entsprechende Rückmeldung ermöglicht es dem Heim, die bisherige Strategie zur Qualitätsverbesserung differenziert zu überprüfen.

Der vierphasige Prozess wird innerhalb der nächsten fünf Jahre wieder-

holt, wenn sich die Einrichtung zur Mitgliedschaft im Deutschen Qualitätsbündnis Demenz entscheidet. In halbjährigen Arbeitstagen werden die Qualitätsverbesserungsbereiche und Projekte der IQM-Demenz-Heime einander vorgestellt, übergreifende Themen bearbeitet und ein gemeinsames Vorgehen mit der Deutschen Expertengruppe Demenz abgestimmt.

## **Die Familie im IQM-Demenz**

In Anlehnung an die kanadische Vorlage sprechen wir statt von »Angehörigen« lieber von der Familie, den Betreuern, Nachbarn oder Freunden. Diese Sprachwahl ermöglicht eine größere »Suchhaltung« und Sensibilität für die sozialen und biografischen Bezüge des Demenzkranken. Die Kontaktaufnahme des Nachbarn wird nicht unter Datenschutzaspekten abgeblockt: »Tut mir Leid, ich kann Ihnen leider keine Auskunft geben«, sondern der Datenschutz wird hinterfragt und ggf. neu geregelt.

Demenzkranken kommen aus Familien mit sehr unterschiedlichen Rollenverteilungen, Geheimnissen und Interessen. Sehr häufig ist z. B. folgende Rollenverteilung:

Die Tochter von Frau M. ist täglich bei der Mutter, sie wird hin und her geschickt und beschimpft. Sie kümmert sich und sie leidet an der Vergesslichkeit der Mutter. Sie erträgt die Stimmungsschwankungen und Vorwürfe und fühlt sich oft als »Aschenputtel«. Alleinstehend, wohnt sie vor Ort und ist voller Misstrauen gegenüber dem Heim. Sie reklamiert jeden Staubflusen unter dem Bett und ist entsetzt, wenn sie den schönen Pullover ihrer Mutter plötzlich bei der Nachbarin sieht. Oft übernimmt dann der Sohn die Rolle des Prinzen, er nimmt weitere Klagen auf oder wird von der Mutter idealisiert und erhält alle Anerkennung, auch wenn er nur einmal im Jahr da ist.

Eine solche Konstellation hat meist eine lange Geschichte, birgt viele Verletzungen und manche Familiengeheimnisse, und wirkt auch dann noch, wenn die Mutter/Vater kaum noch spricht und ihre/seine Kinder nicht mehr erkennt.

Mitarbeiter fühlen sich angegriffen, sie rechtfertigen sich, ohne zu verstehen, worin das eigentliche Problem besteht, und führen lange Gespräche mit der Tochter. Sie machen Fehler und bestätigen damit die Sorge der Tochter. Natürlich gibt es immer auch die guten Mitarbeiter, die alles richtig machen, die alle Anerkennung bekommen, die möglichst immer zu »Mutti« gehen sollen; und es gibt die schlechten, die zumeist in der anderen Schicht arbeiten. So bildet sich der familiäre Konflikt in einem Teamkonflikt ab, und der Druck wird immer stärker, weil »Mutti« nur noch von »ihrer« Mitarbeiterin versorgt werden sollte. Diese Erwartung wird in der Pflegewissenschaft »Bezugspflege« genannt: Ohne Frage ist es für einen demenzkranken Menschen sinnvoll, wenn er/sie bei den Pflegekräften gut bekannt ist und eine hohe Betreuungskontinuität sichergestellt ist. Doch rein rechnerisch müsste sie aus fünf Personen bestehen, um eine 24-Stundenbetreuung inklusive aller Urlaube und Krankheiten zu gewährleisten.

Die Entscheidung für stationäre Pflege ist immer auch eine brisante Familienentscheidung, denn die Kosten übersteigen zumeist das, was der ältere Mensch finanziell für sich zur Verfügung hat. Damit verändert sich eine oft lang gehegte Erwartung: Bisher gab »Oma« auch bei bescheidenen Mitteln Aufbauhilfe für die jüngeren Generationen in der Familie, und die finanziellen Mittel werden gern als Erbmasse und nicht als Rücklage gesehen.

Die Lösung solcher Familiendynamiken liegt nicht im Kompetenzbereich eines Heims, auch wenn Sozialarbeiter oder Psychologen eingestellt

sind. Eine Hilfe von außen ist immer noch die Ausnahme, auch wenn wir immer häufiger Töchter und selten einmal Söhne mit langer Psychotherapieerfahrung haben. Anliegen dieses Beitrags ist es, für ein Verständnis der Zusammenhänge zu werben. Es liegt nahe, die inneren und familiären Konflikte in der Konfrontation mit dem Heim auszuagieren. Häufig führt dies zu langen Gesprächen mit Mitarbeitern, die nicht immer kompetent kommunizieren. Rechtfertigungen, Diskussionen und eigene Erklärungsversuche, wie »ich war nicht da« oder »ich bin nicht zuständig« sind die kleineren Fehler. Folgeschwer wird es, wenn die Beschwerden der Familie für Teamkonflikte und Probleme mit Vorgesetzten funktionalisiert werden. Hier wäre mehr systemische Kompetenz in der Problemlösung und Supervision nötig. Im Pflegesatz lässt sich dies allerdings nicht abbilden. Derzeit werden eher reale Kürzungen verhandelt, und die seltenen Erhöhungen liegen in der Regel unter der Inflationsrate.

So bleibt am Schluss ein Wunsch: Therapeuten, die mit pflegenden Angehörigen arbeiten, mögen sich mehr Wissen darüber aneignen, wie in Heimen der Kontext einbezogen und Milieuthherapie eingesetzt wird.

### → Summary

*The Demented Individual between Family, Nursing Home and Society – Context shaping via quality management*

This article is a roundup on the institutional care available for dementia patients in Germany. In the introduction, the author outlines two unfavourable contingencies implying two potential upshots: resignation or a second-order solution. The »IQM-Demenz« quality management system is described as an example of the latter.

*Keywords:* Dementia patients, comprehending diagnostics, subjective world, milieu therapy, care insurance, German Experts on Dementia Care, quality management, IQM-Demenz

### → Bibliografie

- Bruder, J., & Wojnar, J. (1994). Milieuthera-  
pie. *Hamburger Ärzteblatt*, 52, 234–246.  
Bundesministerium für Familie, Senioren,  
Frauen und Jugend (2006). *Aktuelle For-  
schung und Projekte zum Thema Demenz*.  
Berlin: Publikationsversand der Bundes-  
regierung.  
Hüther, G. (2011). *Was wir sind und was wir  
sein könnten*. Frankfurt a. M.: Fischer. ■



**schlechte  
Bildqualität**

### Anschrift des Verfassers

#### Martin Hamborg

Kieler Servicehäuser der AWO  
Vaasastr. 2a  
24109 Kiel  
martin.hamborg@awo-sh.de

Martin Hamborg ist seit 1987 teilzeitig als Diplom-Psychologe und Psychologischer Psychotherapeut in den Kieler Servicehäusern der AWO beschäftigt. Darüber hinaus engagiert er sich als Vorsitzender der Deutschen Expertengruppe Dementenbetreuung e. V., leitet den Implementierungsprozess für IQM-Demenz in einer Gruppe von Einrichtungen und führt Seminare, Workshops und Vorträge zu gerontopsychiatrischen Themen durch.

### WERKZEUGKASTEN

- Demenz ist die Krankheit, die konsequente Kontextgestaltung erforderlich macht, denn Lernen und Anpassung ist nicht mehr möglich.
- In der Milieuthherapie passen sich Heim, die Mitarbeiter und Familien an Erleben, Empfinden, Wahrnehmung und Kompetenz des Demenzkranken an. Misserfolge, Grenzen und Reglementierungen werden nach Möglichkeit vermieden.
- Das Wissen um das Besondere der Demenz verändert die Sicht auf herausforderndes Verhalten. Verständnis führt zu neuen Handlungsoptionen.
- IQM-Demenz wurde als Qualitätsmanagementsystem für diese Aufgaben entwickelt, alle Ebenen der Institution stellen sich diesen Herausforderungen.
- Die Kontextgestaltung in der Betreuung dementer Menschen ist ein Modell dafür, wie Erkenntnisse der Neurowissenschaften für gesellschaftliche Veränderungen genutzt werden.
- Das Wissen um Demenz und die spezifischen Herausforderungen einer Heimunterbringung für alle Beteiligten sollten in die Beratung und Therapie von Angehörigen einfließen.
- Die Umsetzung der Pflegeversicherung wirkt wie ein gesundheitspolitisches Feldexperiment, bei dem mit Konkurrenzdruck, öffentlichen Zensuren, knappsten Mitteln und umfassender engmaschiger Kontrolle Qualität in Heimen entstehen soll.