



HOCHSCHULE OSNABRÜCK
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

DEUTSCHES NETZWERK FÜR QUALITÄTSENTWICKLUNG IN DER PFLEGE (HRSG.)

DIE MODELLHAFTE IMPLEMENTIERUNG DES EXPERTENSTANDARDS **BEZIEHUNGSGESTALTUNG IN DER PFLEGE VON MENSCHEN MIT DEMENZ**

Projektbericht und Ergebnisse

Die modellhafte Implementierung des Expertenstandards Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz

herausgegeben vom
Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. Dr. h. c. Andreas Büscher; Prof. Dr. Sara Marquard

Wissenschaftliches Team: Dipl.-Pflegerin Petra Blumenberg; Prof. Dr. Dr. h. c. Andreas Büscher;
Dipl.-Pflegerin Moritz Krebs; Alena Lübken, M.Sc.; Prof. Dr. Sara Marquard;
Lea-Maria Niemann, M.Sc.; Heiko Stehling, MScN

Geschäftsstelle: Julia Flaspöler, Bianca Grams, Elke Rausing, Jasmin Wolf

Hochschule Osnabrück · Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften
Albrechtstr. 30 · 49076 Osnabrück · Tel.: 0541 969-2004
E-Mail: dnqp@hs-osnabrueck.de · Internet: www.dnqp.de

Osnabrück, Juli 2019

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.):

Die modellhafte Implementierung des Expertenstandards Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz

Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Osnabrück

ISBN: 978-3-00-063157-3

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung der Herausgeber unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Vorwort

Der Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ (DNQP 2019a) wurde von März 2016 bis August 2017 durch eine 12-köpfige Expertenarbeitsgruppe entwickelt. Nach der erfolgreichen Konsensuskonferenz steht der Expertenstandard seit März 2018 der Fachöffentlichkeit zur Verfügung. Die vorliegende Veröffentlichung umfasst die Ergebnisse der modellhaften Implementierung des Expertenstandards, welche den abschließenden Schritt in der Entwicklung des Expertenstandards darstellt. Diese Ergebnisse erlauben Rückschlüsse auf die Akzeptanz und Praxistauglichkeit des Expertenstandards und bieten Einblicke in die strukturellen Voraussetzungen und Implementierungsstrategien der beteiligten Einrichtungen. Sie sind für die unterschiedlichen Einrichtungsarten jeweils gesondert aufbereitet und können damit als Orientierungshilfe für Krankenhäuser, Einrichtungen der stationären Altenhilfe, ambulante Pflegedienste, Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz oder Tagespflegeeinrichtungen verstanden werden, die den Expertenstandard implementieren möchten. Die Ergebniskapitel stehen dabei für sich selbst, allerdings kann ebenso die Lektüre der gesamten Veröffentlichung hilfreich und ermutigend für geplante Implementierungsprojekte sein, auch wenn dabei in einzelnen Fällen inhaltliche Wiederholungen auffallen werden.

In jedem Fall ist es dringend empfohlen, beim Lesen den Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ greifbar zu haben. Dieser Ergebnisbericht ersetzt den Expertenstandard nicht und die Verständlichkeit seiner Ergebnisse kann durch Kenntnis der Expertenstandardkriterien und Kommentierungen verbessert werden. Dabei ist es unerheblich, ob es sich um den „Sonderdruck“ zum Expertenstandard oder die „abschließende Veröffentlichung“ aus Mai 2019 handelt. Diese enthält keine Änderungen gegenüber dem Sonderdruck.

Mit dem Implementierungsprojekt konnte nachgewiesen werden, dass der Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ praxistauglich ist und einen wichtigen Beitrag zur Pflege von Menschen mit Demenz in allen Einrichtungsarten liefert. Auch die Akzeptanz des neuen Expertenstandards war trotz hoher Anforderungen in allen Einrichtungsarten hoch. Das Thema Beziehungsgestaltung wird zunehmend als genuin pflegerisches Thema (wieder-)entdeckt.

Die Ergebnisse des Implementierungsprojekts liegen vor allem deshalb vor, weil sich Krankenhäuser, Einrichtungen der stationären Altenhilfe, ambulante Pflegedienste, Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz und Tagespflegeeinrichtungen bereit erklärt und getraut haben, den Expertenstandard modellhaft einzuführen. Unser Dank richtet sich daher an das Pflegemanagement dieser Einrichtungen, die Pflegenden der Modellpflegeeinheiten und vor allem an die Projektverantwortlichen, die entscheidend zum Erfolg des Implementierungsprojekts beigetragen haben und durch ihr Engagement, ihre Offenheit und die vielfältigen Ergebnisse den vorliegenden Bericht überhaupt ermöglicht haben.

Osnabrück, Juni 2019

Prof. Dr. Andreas Büscher und Heiko Stehling, MScN

Inhaltsverzeichnis

1	Die modellhafte Implementierung des Expertenstandards „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“	8
	<i>Heiko Stehling und Martin Moers</i>	
1.1	Ziele und methodisches Vorgehen der modellhaften Implementierung	8
1.2	Die beteiligten Einrichtungen	9
1.3	Datenerhebungsinstrumente	10
1.4	Datenauswertung	12
2	Die Implementierung in Krankenhäusern	13
2.1	Strukturdaten	13
2.2	Person-Zentrierung und Pflege von Menschen mit Demenz vor Implementierungsbeginn	14
2.3	Vorgehen	16
2.4	Ergebnisse	22
2.5	Bewertung des Implementierungsprojekts aus Sicht der Projektverantwortlichen	37
2.6	Fazit zu den Ergebnissen in den Krankenhäusern	40
3	Die Implementierung in Einrichtungen der stationären Altenhilfe	42
3.1	Strukturdaten	42
3.2	Person-Zentrierung und Pflege von Menschen mit Demenz vor Implementierungsbeginn	43
3.3	Vorgehen	44
3.4	Ergebnisse	48
3.5	Bewertung des Implementierungsprojekts aus Sicht der Projektverantwortlichen	57
3.6	Fazit zu den Ergebnissen in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe	59
4	Die Implementierung in ambulanten Pflegediensten	60
4.1	Strukturdaten	60
4.2	Person-Zentrierung und Pflege von Menschen mit Demenz vor Implementierungsbeginn	60
4.3	Vorgehen	62
4.4	Ergebnisse	66
4.5	Bewertung des Implementierungsprojekts aus Sicht der Projektverantwortlichen	75
4.6	Fazit zu den Ergebnissen in den ambulanten Pflegediensten	76

5	Die Implementierung in Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz	78
5.1	Strukturdaten	78
5.2	Person-Zentrierung und Pflege von Menschen mit Demenz vor Implementierungsbeginn	78
5.3	Vorgehen	79
5.4	Ergebnisse	83
5.5	Bewertung des Implementierungsprojekts aus Sicht der Projektverantwortlichen	91
5.6	Fazit zu den Ergebnissen in Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz	92
6	Die Implementierung in Tagespflegeeinrichtungen	93
6.1	Strukturdaten	93
6.2	Person-Zentrierung und Pflege von Menschen mit Demenz vor Implementierungsbeginn	93
6.3	Vorgehen	95
6.4	Ergebnisse	97
6.5	Bewertung des Implementierungsprojekts aus Sicht der Projektverantwortlichen	103
6.6	Fazit zu den Ergebnissen in Tagespflegeeinrichtungen	104
7	Übergeordnetes Fazit zur modellhaften Implementierung des Expertenstandards „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“	105
7.1	Praxistauglichkeit und Akzeptanz	105
7.2	Implementierungsmethodik	106
7.3	Nachhaltige Anwendung des Expertenstandards	107
8	Literaturverzeichnis	109
	Informationen zum "Networking for Quality"	110
Anhang	Audit-Instrument zum Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“	111

Die vorliegenden Ergebnisse der modellhaften Implementierung beziehen sich auf die abschließende Veröffentlichung zum Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“, die als gesonderter Band über die DNQP-Website (www.dnqp.de) bestellt werden kann.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Das Phasenmodell zur Implementierung von Expertenstandards	8
Abbildung 2:	Zielerreichungsgrade somatischen Modellpflegeeinheiten der Krankenhäuser	23
Abbildung 3:	Zielerreichungsgrade gerontopsychiatrischen Modellpflegeeinheiten der Krankenhäuser	24
Abbildung 4:	Zielerreichungsgrade der Einrichtungen der stationären Altenhilfe	49
Abbildung 5:	Zielerreichungsgrade der ambulanten Pflegedienste	67
Abbildung 6:	Zielerreichungsgrade der Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz	84
Abbildung 7:	Zielerreichungsgrade der Tagespflegeeinrichtungen	98

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Übersicht über die beteiligten Krankenhäuser	13
Tabelle 2:	Übersicht über die beteiligten Einrichtungen der stationären Altenhilfe	42
Tabelle 3:	Übersicht über die beteiligten ambulanten Pflegedienste	60
Tabelle 4:	Übersicht über die beteiligten Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz	78
Tabelle 5:	Übersicht über die beteiligten Tagespflegeeinrichtungen	93

1 Die modellhafte Implementierung des Expertenstandards „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ Heiko Stehling und Martin Moers

1.1 Ziele und methodisches Vorgehen der modellhaften Implementierung

Die modellhafte Implementierung stellt einen wichtigen Baustein des Entwicklungsprozesses von Expertenstandards dar und ist der letzte Schritt in dem mehrstufigen und von unterschiedlichen Konsentierungsprozessen gekennzeichneten Verfahren. Nach der Entwicklung evidenzbasierter Kriterien und ihren Kommentierungen durch die Expertenarbeitsgruppe sowie der Diskussion des Expertenstandardentwurfs mit der Fachöffentlichkeit im Rahmen der Konsensuskonferenz dient die modellhafte Implementierung abschließend der Analyse von Praxistauglichkeit und Akzeptanz des Expertenstandards in unterschiedlichen Anwendungsbereichen und unter unterschiedlichen Anwendungsbedingungen. Das Implementierungsprojekt zum Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ umfasste eine Laufzeit von sechs Monaten (Januar - Juni 2018).

Zur Strukturierung des Implementierungsprozesses hat sich die Anwendung eines Phasenmodells bewährt, das bereits in vorangegangenen DNQP-Implementierungsprojekten zur Anwendung gekommen ist. Es umfasst die Phasen Vorbereitung, Fortbildung, Konkretisierung und Einführung bzw. Anwendung des Standards sowie eine abschließende Auditphase (vgl. Abb. 1).



Abbildung 1: Das Phasenmodell zur Implementierung von Expertenstandards

Das Phasenmodell sieht vor, zunächst die Wissensbasis der Pflegenden und die einrichtungsinternen Prozesse dem Qualitätsniveau, das der Expertenstandard empfiehlt, soweit möglich anzupassen. Gleichzeitig soll eine einrichtungsindividuelle Konkretisierung der Standardkriterien auf Basis dieses Qualitätsniveaus erreicht werden. In der folgenden Phase der Einführung werden die konkretisierten Standardinhalte erstmalig in der Praxis angewendet und das abschließende Audit dient der einrichtungsinternen Überprüfung der Umsetzung der Standardkriterien.

Die beteiligten Einrichtungen und insbesondere ihre jeweiligen Projektverantwortlichen erhielten eine methodische Begleitung durch das wissenschaftliche Team des DNQP. Dessen zentrale Aufgaben dabei waren die übergeordnete Steuerung des Projektverlaufs, die inhaltliche und methodische Vorbereitung der Projektverantwortlichen auf die einzelnen Implementierungsphasen, die Moderation und Dokumentation von insgesamt vier gemeinsamen Projektsitzungen und die einrichtungsübergreifende Auswertung des Projektverlaufs und der Projektergebnisse auf Basis verschiedener Datenquellen (vgl. Kap. 1.3). Mit dieser methodischen Begleitung wurde ein Rahmen geschaffen, der den Projektverantwortlichen in den beteiligten Einrichtungen eine Orientierung für ein strukturiertes Implementierungsvorgehen bot. Auf das Vorgehen innerhalb der Einrichtungen wurde – mit Ausnahme des vorgegebenen Zeitrahmens für die Umsetzung der einzelnen Implementierungsphasen – durch das DNQP-Team nicht direkt Einfluss genommen, z. B. durch Vor-Ort Beratungen oder durch strukturelle Vorgaben wie z. B. für einen Mindestumfang an Fortbildungen. In der inhaltlichen Ausgestaltung der jeweiligen Implementierungsphasen in den Modellpflegeeinheiten waren die Projektverantwortlichen der Einrichtungen somit unabhängig und konnten sie an den jeweiligen Stand der Pflege von Menschen mit Demenz in der Einrichtung und an andere interne Einflussfaktoren anpassen.

Das wissenschaftliche Team des DNQP stand den Einrichtungen im gesamten Implementierungsprozess bei Bedarf beratend zur Verfügung und darüber hinaus konnten die Projektverantwortlichen die gemeinsamen Projektsitzungen für einen fachlichen Austausch nutzen. Somit können vor allem das Vorgehen bei der Implementierung und die mit dem Projekt erreichten Umsetzungsergebnisse des Expertenstandards als modellhaft für andere Einrichtungen und Implementierungsvorhaben angesehen werden.

Weitergehende Darstellungen zum methodischen Vorgehens bei der Implementierung von Expertenstandards finden sich im Methodenpapier des DNQP (2019b) und bei Moers et al. (2017).

1.2 Die beteiligten Einrichtungen

An der modellhaften Implementierung des Expertenstandards haben sich nach einem kriteriengeleiteten Auswahlverfahren 29 Modellpflegeeinheiten aus Einrichtungen aller möglichen Settings, in denen der Expertenstandard Anwendung finden kann, beteiligt. Dem DNQP lagen nach öffentlicher Ausschreibung insgesamt 89 qualifizierte Bewerbungen zur Teilnahme vor. Maßgebliche Kriterien für die Auswahl der Einrichtungen waren ein hoher Entwicklungsstand der Pflege, Erfahrungen mit systematischer Qualitätsentwicklung, die Bereitstellung einer Projektleitung für den Implementierungsprozess in den Einrichtungen und die Zusicherung personeller und zeitlicher Ressourcen seitens der Einrichtungsleitung. Zudem war von großer Bedeutung, eine vielfältige Verteilung unterschiedlicher Rahmenbedingungen zu erreichen, die ein möglichst realistisches Abbild der Bedingungen aufzeigen, unter denen der Expertenstandard zukünftig Anwendung finden kann. Zu diesen Rahmenbedingungen gehörten nicht alleine die Beteiligung unterschiedlicher Einrichtungsarten, ihre regionale Verteilung und ihre Größe, sondern auch Fragen nach bereits bestehender Anwendung spezifischer Konzepte oder einer Spezialisierung auf die Pflege von Menschen mit Demenz. Parallel dazu wurde auch darauf geachtet, Einrichtungen zu beteiligen, in denen Menschen mit Demenz regelmäßig pflegerisch versorgt wurden, ohne dass bereits entsprechende Konzepte oder Verfahren etabliert waren. Allerdings war aus Ressourcengründen eine Beschränkung auf etwa 25-30 teilnehmende Einrichtungen notwendig.

Unter den 29 ausgewählten Einrichtungen befanden sich neun Krankenhäuser, vier ambulante Pflegedienste, elf Einrichtungen der stationären Langzeitpflege, zwei Tagespflegeeinrichtungen und drei Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz. Davon haben lediglich ein Krankenhaus

und ein ambulanter Pflegedienst bereits an einem DNQP-Implementierungsprojekt teilgenommen, zudem waren unter den Einrichtungen der stationären Altenhilfe zwei, deren Träger in der Vergangenheit bereits an einer modellhaften Einführung eines Expertenstandards beteiligt waren. Für alle anderen Einrichtungen war die Teilnahme an diesem Projekt Neuland. In allen Einrichtungen lagen Erfahrungen in unterschiedlichen Feldern der Pflegequalitätsentwicklung vor. Auch die persönliche Expertise der Projektverantwortlichen war vielfältig und umfangreich. Sie waren Pflegequalitätsbeauftragte, Pflegedienst- oder Einrichtungsleitungen, Pflegeentwickler und Pflegefachkräfte mit spezifischer Expertise für die Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz in ihrer Einrichtung. Übersichten über die beteiligten Einrichtungen, ausführlichere Beschreibungen ihrer Strukturdaten und der Rahmenbedingungen, unter denen die Implementierung dort stattgefunden hat, finden sich in den jeweiligen Kapiteln der Ergebnisdarstellung.

1.3 Datenerhebungsinstrumente

Alle in diesem Bericht dargestellten Ergebnisse des Implementierungsprojekts beruhen auf Einschätzungen zum Stand der Pflege von Menschen mit Demenz in den beteiligten Einrichtungen, Beschreibungen des Projektverlaufs sowie Datenerhebungen zur Umsetzung der Standardinhalte. Diese Einschätzungen und Datenerhebungen wurden durch die Projektverantwortlichen in ihren Einrichtungen selbst durchgeführt. Hinzu kommen Informationen aus den Protokollen der gemeinsamen Projektsitzungen aller Projektverantwortlichen und des wissenschaftlichen DNQP-Teams im Projektverlauf.

Die vier eingesetzten Erhebungsinstrumente bestanden aus einer Eingangserhebung zum Stand der Pflege von Menschen mit Demenz vor Projektbeginn, einer Abschlusserhebung mit vergleichbaren Fragen zum Projektende, einer Projektverlaufsdokumentation und dem Auditinstrument zur Umsetzung der Standardkriterien.

Eingangs- und Abschlusserhebung

Der Anspruch des Expertenstandards, überall dort Anwendung finden zu können, wo Menschen mit Demenz pflegerisch versorgt werden, erforderte es, eine möglichst breite Verteilung von Einrichtungen unterschiedlichster Art für das Implementierungsprojekt zu erreichen (vgl. Kap. 1.2). Damit einhergehend war es für die Auswertung der Projektergebnisse von Bedeutung, wie die Pflege von Menschen mit Demenz in den Einrichtungen zu Projektbeginn gestaltet war und ob sich bereits Elemente person-zentrierter Haltung und Pflege zeigen.

Die Projektverantwortlichen wurden zu Beginn des Implementierungsprozesses gebeten, einzuschätzen, ob und wenn ja in welchem Ausmaß bestimmte Elemente von Person-Zentrierung in der Pflege von Menschen mit Demenz auf der Modellpflegeeinheit bereits zu finden sind. Hierfür orientierte sich das wissenschaftliche Team des DNQP am ursprünglich Likert-skalierten Person-centered Care Assessment Tool (P-CAT) (Edvardsson et. al 2009), das zur Einschätzung von Person-Zentrierung in Einrichtungen des Gesundheitswesens entwickelt wurde. Fragen aus dem P-CAT wurden übersetzt und ergänzt und der so entwickelte Einschätzungsbogen zusätzlich mit Freitextfeldern versehen, um den Projektverantwortlichen die Möglichkeit zu einer vertiefenden Darstellung der Art und Weise der Pflege von Menschen mit Demenz ihrer Modellpflegeeinheit zu geben. Die Likert-Skalierung hatte für die Auswertung der Bögen letztendlich keine Relevanz. Für die Abschlusserhebung wurden die Projektverantwortlichen gebeten, den gleichen Bogen erneut auszufüllen, diesmal aber mit Blick auf Veränderungen, die sie nach dem sechsmonatigen Implementierungsprozess zu den einzelnen Fragen wahrgenommen haben.

Die insgesamt jeweils 15 Fragen beider Erhebungen thematisierten: den Austausch der Pflegenden untereinander, den Umgang mit pflegerischen Routinen und die Möglichkeit der Abweichung, den Einbezug der Biografie des Menschen mit Demenz und die Berücksichtigung von Individualität, den Einfluss organisatorischer und struktureller Rahmenbedingungen, die Unterstützung durch Demenzexperten und den Einbezug von Angehörigen. Die Eingangserhebung schloss mit der Bitte an die Projektverantwortlichen, die Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz in eigenen Worten zu bewerten. In der Abschlusserhebung wurden sie zudem um eine Einschätzung darüber gebeten, was die Umsetzung des Expertenstandards auf der Modellpflegeeinheit zukünftig fördern oder hemmen kann.

Alle Projektverantwortlichen haben die einzelnen Fragen umfangreich und tiefgehend beantwortet. Die Ein- und Ausgangserhebung ermöglichen die Berücksichtigung unterschiedlicher Ausgangslagen für den Auswertungsprozess und die übergreifenden Projektergebnisse zur modellhaften Implementierung, indem spezifische Einflussfaktoren auf Implementierungsprozesse identifiziert sowie inhaltliche Entscheidungen und erreichte Ergebnisse entsprechend diskutiert und bewertet werden können.

Projektverlaufsdokumentation

Die Projektverlaufsdokumentation hatte zwei zentrale Funktionen und war dementsprechend zweigeteilt. Der erste Teil diente der Erfassung struktureller Rahmendaten der beteiligten Einrichtungen und ihrer Modellpflegeeinheiten. Der zweite Teil wiederum fokussierte das Vorgehen zur Implementierung des Expertenstandards in der Modellpflegeeinheit analog der Implementierungsphasen, indem vor allem die Ausgestaltung der einzelnen Schritte, deren Ergebnisse, Erfahrungen und Einschätzungen der Projektverantwortlichen und die aufgewendeten Zeitressourcen erfragt wurden. Die Projektverlaufsdokumentation hat den Projektverantwortlichen nahezu von Beginn des Implementierungsprojekts an zur Verfügung gestanden, sodass in den meisten Fällen eine zeitnahe Beantwortung der einzelnen Fragen durch sie möglich war.

Auditinstrument

Das Auditinstrument zum Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ basiert auf einem standardisierten Rahmen, der bereits in allen vorangegangenen DNQP-Implementierungsprojekten für die Entwicklung des standard-spezifischen Auditinstruments genutzt wurde. Mit dem Auditinstrument lassen sich der Umsetzungsgrad einzelner Standardkriterien erfassen und somit wird messbar, ob und zu welchem Grad das jeweilige Qualitätsniveau bereits erreicht ist oder nicht und, bei entsprechender Bewertung der Auditergebnisse, welche Ursachen dies jeweils beeinflussen.

Das Instrument ist unterteilt in einen auf Menschen mit Demenz bezogenen Teil, einen pflegepersonalbezogenen Teil und einen einrichtungsbezogenen Teil. Im ersten Auditteil wird auf drei Datenquellen zurückgegriffen: die Pflegedokumentation, die Befragung der Bezugspflegefachkraft und die Befragung der Menschen mit Demenz bzw. ihrer Angehörigen. Im Rahmen des pflegepersonalbezogenen Audits werden alle Pflegefachkräfte der Pflegeeinheit zu ihrem Wissensstand und ihrem selbst eingeschätzten Fortbildungsbedarf befragt. Durch das einrichtungsbezogene Audit wird die Umsetzung der Strukturkriterien überprüft, die entsprechende Anforderungen an die Einrichtung stellen.

Mit der Entwicklung des Auditinstruments wurde parallel zum Implementierungsstart begonnen, sodass eine erste Version durch die Projektverantwortlichen hinsichtlich Verständlichkeit und Vollständigkeit überprüft werden konnte. Der finale „Fragebogen 1: Mensch mit Demenz“ umfasst nun 18 Fragen, davon elf, die mittels einer Dokumentationsanalyse beantwortet werden können, vier

Fragen an die Bezugspflegefachkraft und drei an den Menschen mit Demenz oder seine Angehörigen. Der „Fragebogen 2: Pflegepersonal“ enthält sieben Fragen zu Wissensstand und Fortbildungsbedarf der Pflegenden. Der „Fragebogen 3: Leitende Pflegefachkraft der Einrichtung“ erfasst die Umsetzung der einrichtungsbezogenen Strukturkriterien. Er ist erstmalig im Vergleich zu anderen Auditinstrumenten auch um die Möglichkeit von Freitextangaben ergänzt worden. Das gesamte Auditinstrument enthält zudem allgemeine Hinweise zur Durchführung des Audits und zur Anwendung der Fragebögen sowie konkretisierende Hinweise zu den Fragen des Fragebogens 1. Das Auditinstrument ist diesem Bericht als Anlage beigelegt.

Es steht darüber hinaus nun allen Einrichtungen, die den Expertenstandard einführen möchten, für eigene Qualitätsmessungen über die Website des DNQP zur Verfügung. Wir empfehlen den Einsatz des Instruments einerseits, wie im Phasenmodell zur Implementierung vorgesehen, zur abschließenden Analyse der Ergebnisse einer jeden Implementierung. Andererseits kann es auch zu Beginn eines Implementierungsprojekts wertvolle Hinweise über besonders beachtenswerte Bereiche für eine Implementierung liefern. Dies gilt insbesondere, wenn bestimmte Expertenstandardinhalte möglicherweise bereits Anwendung finden oder, andersherum, mit der Implementierung des Expertenstandards in einer Einrichtung völliges Neuland betreten wird. In einem solchen Fall kommt dem Auditinstrument eine ähnliche Funktion zu, wie der Eingangserhebung im vorliegenden Projekt zur modellhaften Implementierung.

1.4 Datenauswertung

Die einrichtungsübergreifende Auswertung der Projektergebnisse und ihre Bewertung war Aufgabe des wissenschaftlichen Teams des DNQP. Die Projektverantwortlichen der Einrichtungen haben nach Abschluss ihrer Datenerhebung und Projektberichterstattung alle Unterlagen, darunter neben den dargestellten Erhebungsbögen auch die einzelnen fallbezogenen Auditprotokolle und in einigen Fällen weitere Unterlagen, wie z. B. entwickelte Dokumentationsmaterialien oder Informationsbroschüren, dem DNQP zur Verfügung gestellt. Hier wurden alle Ergebnisse einrichtungsartspezifisch zusammengefasst und ausgewertet, sodass nun fünf unabhängig voneinander bestehende Berichte vorliegen: zur Implementierung in Krankenhäusern, in Einrichtungen der stationären Altenhilfe, in ambulanten Pflegediensten, in Tagespflegeeinrichtungen sowie in Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz. In allen Berichten wird kein Rückschluss auf die Ergebnisse einer einzelnen Einrichtung bzw. Modellpflegeeinheit möglich sein, auch nicht, wenn spezifische Beispiele oder Zitate von Projektverantwortlichen genutzt werden. Solche Zitate werden in kursiver Schrift dargestellt und sind mit einem Code versehen.

Mit den Ergebnissen soll zweierlei erreicht werden. Einerseits werden die Einführ- und Anwendbarkeit sowie die Akzeptanz des Expertenstandards unter unterschiedlichen Bedingungen nachgewiesen. Andererseits wird beispielhaft dargestellt, wie bei der Implementierung des Expertenstandards in den unterschiedlichen Einrichtungsarten und vor dem Hintergrund unterschiedlicher Bedingungen vorgegangen wurde. Dies soll allen Einrichtungen, die den Expertenstandard implementieren möchten, als Unterstützung und Ermutigung dienen.

2 Die Implementierung in Krankenhäusern

2.1 Strukturdaten

Unter den beteiligten Krankenhäusern (vgl. Tab. 1) waren sechs mit einem somatischen Schwerpunkt sowie drei psychiatrische Einrichtungen. Die somatischen Kliniken hatten eine Gesamtgröße von 287 bis 1177, die psychiatrischen Kliniken von 358 bis 1549 Betten. Hier wurden in allen Kliniken gerontopsychiatrische Stationen als Modellpflegeeinheit ausgewählt. In den anderen Kliniken waren die gewählten Fachbereiche Neurologie, Innere Medizin, Unfallchirurgie, Gefäßchirurgie und Geriatrie. Die Modellpflegeeinheiten umfassten in allen Krankenhäusern bis zu vier Stationen, die teilweise jeweils verschiedene medizinische Fachrichtungen umfassten. Die Bettenzahl der Modellpflegeeinheiten lag zwischen 27 und 102 Betten. Große Unterschiede zeigen sich auch im Anteil der Menschen mit Demenz im Implementierungszeitraum an den Gesamtpatientenzahlen und in den Verweildauern. Auch, wenn hierzu nicht aus allen somatischen Einrichtungen Zahlen zu ermitteln waren, zeigt sich, dass in den somatischen Modellpflegeeinheiten zwischen 6 % und 8 % der Patienten eine Demenzdiagnose aufwiesen, während es in den psychiatrischen Modellpflegeeinheiten zwischen 19 % und 100 % waren. Die durchschnittlichen Verweildauern lagen zwischen 5 und 40 Tagen, wobei auch hier deutliche Unterschiede zwischen den somatischen und psychiatrischen Modellpflegeeinheiten zu verzeichnen sind.

Zwei psychiatrische Modellpflegeeinheiten arbeiteten nach dem Prinzip der Bezugspflege, alle anderen nach dem Gruppen- oder Bereichspflegeprinzip. Aus allen beteiligten Einrichtungen wird von eingeschränkten Personalressourcen bis hin zu deutlich spürbarer Personalknappheit berichtet, die auch Auswirkungen auf den Projektverlauf zeigten. So konnte eine somatische Klinik aufgrund einer erheblichen Krankheitswelle nicht zeitgerecht mit der Einführung des Expertenstandards beginnen, sodass aus dieser Einrichtung auch keine Ergebnisdaten in die Auswertung eingeflossen sind.

Krankenhäuser	
Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide gGmbH	Pflegedirektor: Dr. Witiko Nickel Projektverantwortliche Person: Nadine Donath
Kbo-Isar-Amper-Klinikum München Ost	Pflegedirektor: Hermann Schmid Projektverantwortliche Person: Dr. Andreas Fraunhofer
Gesundheit Nordhessen Holding AG - Klinikum Kassel	Pflegerischer Geschäftsführer: Dipl. Pflegewirt Helmut Zeilfelder Projektverantwortliche Person: Dipl.-Pflegewirtin Anja Gerhard-Mehl
Klinikum der Stadt Ludwigshafen am Rhein gGmbH	Pflegedirektorin: Alexandra Gräfin von Rex Projektverantwortliche Person: Isolde Helfmann, B.A.
Nils-Stensen-Kliniken, Marienhospital Osnabrück	Pflegedirektorin: Christina Sterk Projektverantwortliche Person: Stefanie Lemme, B.A.
Nils-Stensen-Kliniken, Franziskushospital Harderberg, Georgsmarienhütte	Pflegedirektorin: Dipl. Pflegewirtin Silke Wiemann Projektverantwortliche Person: Verena Lindner, BSc.
Katholisches Klinikum Koblenz - Montabaur gGmbH	Pflegedirektor: Thomas Geltenpoth Projektverantwortliche Person: Alexandra Moog, M.A.
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim	Pflegedirektor: Claus Staudter Projektverantwortliche Person: Simone Schmidt
Karl-Jaspers-Klinik, Psychiatrieverbund Oldenburger Land gGmbH	Klinikpflegedienstleiter Gerontopsychiatrie: Dirk Tenfelde Projektverantwortliche Person: Ilka Strodthoff, B.A.

Tabelle 1: Übersicht über die beteiligten Krankenhäuser

2.2 Person-Zentrierung und Pflege von Menschen mit Demenz vor Implementierungsbeginn

Die beteiligten Krankenhäuser und ihre Modellpflegeeinheiten stellten in diesem Projekt hinsichtlich der Pflege von Menschen mit Demenz keine homogene Gruppe dar. Während in den Modellpflegeeinheiten der drei psychiatrischen Kliniken die Pflege von Menschen mit Demenz von größerer Normalität gekennzeichnet war, wurde sie für die Modellpflegeeinheiten der somatischen Kliniken von Projektverantwortlichen als nicht alltägliche und dementsprechend „*außergewöhnliche Situation*“ (16KH) beschrieben. Damit machen sich beide Gruppen mit unterschiedlichen Voraussetzungen auf den Weg der Expertenstandardimplementierung, die dementsprechend differenziert betrachtet werden müssen.

Modellpflegeeinheiten der psychiatrischen Kliniken

Alle Modellpflegeeinheiten der psychiatrischen Kliniken hatten einen gerontopsychiatrischen Schwerpunkt, waren dabei teilweise Spezialstationen für Menschen mit Demenz und konnten auf ausgeprägte Expertise in der Pflege von Menschen mit Demenz zurückgreifen. Beziehungsgestaltung wurde dabei als „*Kernbereich der psychiatrischen Tätigkeit*“ (26KH) gesehen und fand „*bei jeder pflegerischen Intervention*“ (08KH) statt. Die Pflegenden aller Modellpflegeeinheiten waren entweder gerontopsychiatrische Fachkräfte oder wiesen aufgrund ihrer beruflichen Erfahrungen hohe Expertise in der Pflege von Menschen mit Demenz auf.

Person-Zentrierung war im Stationskonzept einer Modellpflegeeinheit festgeschrieben und auch in beiden anderen Einrichtungen „*ein wichtiges Anliegen*“ (25KH). Negativ beeinflusst wurde person-zentrierte Pflege aus Sicht der Projektverantwortlichen allerdings durch einen sich verdichtenden Arbeitsalltag und Personalknappheit und dementsprechend subjektiv empfundenen Zeitdruck und als hoch wahrgenommenen Pflegeaufwand. Im Vordergrund stand dann eher, den „*Pflegealltag zu bewältigen*“ (08KH). Zudem erschwerten „*externe Vorgaben bezüglich Dokumentation, Hygiene, Brandschutz (...) die Umsetzung einer person-zentrierten Pflege*“ (25KH) ebenso, wie nicht oder wenig zu beeinflussende organisationsspezifische Strukturen und Abläufe, wie z. B. die Terminierung diagnostischer Maßnahmen. Aber auch fehlende Verständigung zwischen den unterschiedlichen an der Pflege von Menschen mit Demenz beteiligten Berufsgruppen darüber, was person-zentrierte Pflege bedeutet und beinhaltet, hatte einen einschränkenden Einfluss auf die Ausgestaltung der person-zentrierten Pflege und damit auf die Beziehungsgestaltung. Die projektverantwortliche Person einer Modellpflegeeinheit stellte hierzu fest, dass es den Pflegenden im Alltag an einer gemeinsamen definitorischen Grundlage von Person-Zentrierung und an Wissen über mögliche damit „*einhergehende Vorteile für die alltägliche Arbeit*“ (26KH) fehle. So würden in viele Pflegehandlungen beziehungs-gestaltende Anteile eher unbewusst und unreflektiert integriert.

In allen drei Modellpflegeeinheiten drückte sich, trotz der beschriebenen Einschränkungen, Person-Zentrierung in der Pflege von Menschen mit Demenz auf vielen Ebenen aus. Interdisziplinäre Kommunikation über den Menschen mit Demenz in Form von Verlaufs- und Fallbesprechungen waren in allen Modellpflegeeinheiten aus Sicht der Projektverantwortlichen ebenso etabliert wie der Einbezug von Lebenswelt und Biografie der Patienten in die Pflegepläne. Abweichungen von geplanten Pflegemaßnahmen und Abläufen wurden innerhalb der Pflegeteams besprochen und durch die Pflegenden überwiegend positiv aufgenommen, wenn die Veränderungen an „*individuellen Bedürfnissen eines Patienten*“ (26KH) orientiert waren. Beziehungsgestaltende Maßnahmen fanden sich aus Sicht der Projektbeauftragten auf unterschiedlichen Ebenen wieder. Sie waren als Ausdruck einer generellen Haltung bzw. eines grundlegenden Verständnisses von psychiatrischem Pflegehandeln einerseits eingebettet in alltägliches Pflegehandeln und fanden andererseits ihren Platz in spezifischen beziehungsfördernden Aktivitäten. Für letztere standen bereits vor Beginn der Implementierung des Expertenstandards verschiedene Angebote in den Einrichtungen und den

Modellpflegeeinheiten zur Verfügung, die sich von Spaziergängen, Bezugsgesprächen und Spielen bis hin zu spezifischen ergo- oder musiktherapeutischen Angeboten erstrecken. Auf einer geschlossenen Abteilung kam dabei aus Sicht der projektverantwortlichen Person den Pflegefachkräften eine *„gesonderte Rolle im Bereich der Eigenkreativität zu, um die Integration in den Alltag und die soziale Teilhabe zu ermöglichen“* (26KH).

Insgesamt erscheint die Pflege von Menschen mit Demenz in den drei gerontopsychiatrischen Modellpflegeeinheiten bereits vor Projektbeginn weit entwickelt zu sein und profitiert dabei in weiten Teilen von einem zu Grunde liegenden Verständnis psychiatrischer Pflege und, wenn auch mit Einschränkungen, von etablierten Strukturen innerhalb der Einrichtung. Person-Zentrierung *„wird gelebt“* (08KH) und die Beziehungsgestaltung *„in der Modellpflegeeinheit entspricht der Haupttätigkeit einer psychiatrischen Facheinrichtung“* (25KH) und weist damit ein hohes Maß an Normalität für die Pflegenden auf.

Modellpflegeeinheiten der somatischen Kliniken

Die Projektverantwortlichen der sechs somatischen Krankenhäuser sahen in der Pflege von Menschen mit Demenz vor Implementierungsbeginn eine Herausforderung für die Modellpflegeeinheiten. Sie beschrieben, dass Menschen mit Demenz durchaus häufig auf den Modellpflegeeinheiten aufgenommen und behandelt werden, ihre Pflege allerdings dennoch *„kein Alltag, keine Normalität und keine Routinearbeit“* (10KH) und *„immer wieder eine außergewöhnliche Situation“* (16KH) für die Pflegenden war.

Keine der beteiligten Modellpflegeeinheiten hatte eine Spezialisierung für die Pflege von Menschen mit Demenz und nur in einer Einrichtung lagen ein Demenzkonzept und eine Verfahrensanweisung für den Umgang mit Menschen mit Demenz vor, die allerdings kaum umgesetzt wurden. In allen Modellpflegeeinheiten waren die Organisationsstrukturen und die Arbeitsabläufe an medizinischer Diagnostik und der Therapie der jeweiligen Erstdiagnosen der Patienten orientiert und damit *„Tagesabläufe, Prozesse und Strukturen (...) klar vorgegeben“* (10KH) und *„Arbeitsabläufe (...) zeitlich eng strukturiert“* (07KH). Veränderungen von Arbeitsabläufen zugunsten der Menschen mit Demenz wurden sowohl von Pflegenden als auch von Therapeuten kritisch gesehen, *„weil der Stationsablauf beeinflusst wird“* und *„weil Termine nicht gehalten werden“* (20KH). Auch die Pflegeorganisationsform beeinflusste eine kontinuierliche Beziehungsgestaltung, wenn Bereichspflege zu einem *„wiederkehrenden Wechsel der Pflegenden“* (17KH) führte.

Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz stand nicht im Fokus der Pflegenden. Eine projektverantwortliche Person sah den Schwerpunkt eher in *„defizitorientierter Pflege in Bezug auf Vermeidung von Komplikationen“* (10KH), eine andere ein *„fehlendes Verständnis für Menschen mit Demenz“* (20KH) und eine weitere *„fehlende Informationen zum Thema Umgang mit Patienten mit Demenz“* (16KH). Dennoch konnte aus Sicht der Projektverantwortlichen ein Problembewusstsein unter den Pflegenden identifiziert werden, denn ihnen sei bewusst, dass *„Patienten mit Demenz im Stationsalltag oft untergehen“* (16KH). Es werde daher auf den Modellpflegeeinheiten z. B. *„schon oft über Möglichkeiten der besseren Einbindung oder Versorgung von Menschen mit Demenz gesprochen“* (20KH). Fallbezogene Gespräche über Menschen mit Demenz fanden vor allem in Übergaben statt, eine projektverantwortliche Person stellt aber auch fest, dass Fall- oder Teambesprechungen *„meist nur bei auffälligem Verhalten“* (07KH) der Patienten initiiert wurden. In einer anderen Einrichtung waren Fallbesprechungen hingegen die Regel, allerdings waren sie interdisziplinär gestaltet und der Fokus lag auf dem weiteren diagnostischen, therapeutischen und in Einzelfällen auch pflegerischen Vorgehen oder der Patientensicherheit und weniger auf *„Bedürfnis-orientiertheit, Wohlbefinden“*.

und Zufriedenheit“ (10KH) der Menschen mit Demenz. So konnten beispielsweise selten „Wünsche, Vorlieben und Gewohnheiten des Betroffenen vollumfänglich erfüllt und die Pflege dementsprechend geplant und durchgeführt werden“ (10KH).

Die Pflegenden versuchten dennoch, *„Freiräume zu schaffen um sich mit dem Patienten zu beschäftigen, Gehtrainings durchzuführen, Toilettengänge regelmäßig einzuplanen“ (10KH)*. Es wurde versucht, der Situation von Menschen mit Demenz gerecht zu werden, sei es über die räumliche Gestaltung der Patientenzimmer oder Stationsflure, die Einbeziehung von Angehörigen oder in einer Einrichtung durch das Vorhalten sogenannter *„Demenzkisten“ (10KH)*, die z.B. Fotos mit regionalem Bezug oder Volkslieder-CDs enthielten, die der Erinnerungsarbeit dienen sollten. Die Biografie und Lebenswelt der Menschen mit Demenz fand allerdings selten Eingang in die Pflegeplanung, obwohl Informationen, z.B. durch Angehörige oder Überleitungsbögen, durchaus erhoben wurden. Auch Informationen, die während des Krankenhausaufenthaltes gewonnen wurden, z.B. Reaktionen auf Pflegesituationen oder Vorlieben bei der Nahrungsaufnahme, wurden nur in Einzelfällen dokumentiert und waren dann in der Regel eher auf das Verhalten des Menschen mit Demenz fokussiert und weniger auf seine Person. Letztendlich spielte in allen Modellpflegeeinheiten auch die kurze Verweildauer der Patienten dabei eine negativ beeinflussende Rolle.

Das Wissen und die Kompetenzen der Pflegenden zur Pflege von Menschen mit Demenz unterschied sich zwischen den Einrichtungen und Modellpflegeeinheiten teilweise erheblich. Während in vier Einrichtungen Demenzexperten oder -beauftragte entweder direkt auf den Modellpflegeeinheiten oder in der Einrichtung verfügbar waren, konnte in den zwei weiteren nicht auf eine entsprechende Expertise zurückgegriffen werden. In Verbindung mit der fehlenden Routine in der Pflege von Menschen mit Demenz, ihrem durchaus geringeren Anteil an der Gesamtbelegung der Stationen und der nachvollziehbaren und in Teilen auch notwendigen Fokussierung auf die Erstdiagnosen der Patienten führten diese demenzspezifischen Wissensdefizite bei den Pflegenden *„zu Überforderung in manchen Situationen“ (20KH)*, insbesondere bei der Reaktion auf subjektive Realitäten der Menschen mit Demenz oder bei herausforderndem Verhalten, das Pflegende auch *„als Angriff auf sich selbst“ (20KH)* erlebten.

Die Pflege von Menschen mit Demenz war vor Implementierungsbeginn auf den somatischen Modellpflegeeinheiten deutlich von strukturellen und konzeptionellen Hürden gekennzeichnet und die Pflegenden konnten weitgehend den Ansprüchen und Anforderungen demenzorientierter Pflege nur selten gerecht werden. Person-Zentrierung fand sich in keiner der Einrichtungen als Konzept verankert. Gleichzeitig ergab sich aus Sicht der Projektverantwortlichen Bedarf und Potential für die Etablierung eines Pflegehandelns, das sich an entsprechenden Prinzipien orientiert.

2.3 Vorgehen

Alle Modellpflegeeinheiten der Krankenhäuser, unabhängig von ihrem fachlichen Schwerpunkt, orientierten sich gemäß dem methodischen Vorgehen dieses Projekts am Phasenmodell des DNQP zur Implementierung von Expertenstandards. Dabei haben sich Phasen, so wie es das Modell auch vorsieht, teilweise überlappt oder wurden in einigen Einrichtungen weniger prominent beachtet als in anderen. Wie bereits dargestellt ist es mit Ausnahme eines Krankenhauses allen Einrichtungen gelungen, den Implementierungsprozess innerhalb der Projektdauer mit dem Audit abzuschließen. Alle Projektverantwortlichen betonten allerdings, dass die Komplexität des vorliegenden Expertenstandards und sein insbesondere für die somatischen Modellpflegeeinheiten hoher inhaltlicher Innovationsgrad einen längeren Implementierungszeitraum erfordert hätte, um aussagekräftigere Ergebnisse zu erreichen und für eine größere Durchdringung seiner Inhalte zu sorgen.

Projektverantwortliche und Arbeitsgruppen

Den Projektverantwortlichen kam für den Implementierungsprozess „ihrer“ Modellpflegeeinheiten eine entscheidende Rolle zu. Sie steuerten, gestalteten und füllten ihn mit Inhalten aus, sofern andere Personen für letzteres nicht zur Verfügung standen. Zudem moderierten sie Arbeitsgruppen und vermittelten zwischen den unterschiedlichen Hierarchieebenen und Berufsgruppen der Einrichtung. Sie nahmen Einfluss auf die Motivation der Pflegenden zur Umsetzung von Inhalten und darauf, wie weitgehend sich alle an der Pflege von Menschen mit Demenz beteiligten Personen auf den inhaltlichen Anspruch des Expertenstandards und die damit verbundene Haltung einlassen und ihm gerecht werden konnten. Dieser hohe Anspruch an die Rolle der Projektverantwortlichen war von deren persönlichem Erfahrungshintergrund und dem ihnen einrichtungsseitig für das Projekt zugestandenen Handlungs- und Ressourcenspielraum beeinflusst. Bei diesen Aspekten bestanden durchaus Unterschiede zwischen den einzelnen Einrichtungen. Kenntnisse und Erfahrungen in qualitätsentwicklungsbezogener Projektsteuerung und hinsichtlich der Pflege von Menschen mit Demenz waren unter den Projektverantwortlichen ebenso unterschiedlich, wie es auch ihre Position innerhalb der Einrichtung war. Einige Projektbeauftragte hatten Stabstellen für Pflegeentwicklung inne, andere hingegen übernahmen die Rolle der projektverantwortlichen Person parallel zu ihrer Tätigkeit als Pflegefachkraft mit einer projektbezogenen, stundenweisen Freistellung. Dort, wo von einem Einfluss dieser unterschiedlichen Rollen und Erfahrungen auf den Projektverlauf oder erzielte Ergebnisse ausgegangen werden kann, wird dies in der Ergebnisdarstellung berücksichtigt und bei Bedarf bewertet.

Für alle Modellpflegeeinheiten wurden Arbeitsgruppen gebildet, die die Projektverantwortlichen im Implementierungsprozess des Expertenstandards unterstützten. Die Auswahl und Zusammenstellung der Arbeitsgruppenmitglieder erfolgte mehrheitlich durch und in Absprache mit den Pflegeleitungen und orientierte sich an der Motivation zur Mitarbeit und am Wissensstand potentieller Arbeitsgruppenmitglieder. So wurde gewährleistet, dass an allen Arbeitsgruppen der Modellpflegeeinheiten Pflegendе mit spezifischer Expertise in der Pflege von Menschen mit Demenz beteiligt werden konnten. Die Arbeitsgruppen hatten, abhängig von der Größe der beteiligten Modellpflegeeinheit zwischen fünf und 14 Mitgliedern.

Projektstart

In allen Einrichtungen war der Projektstart durch Informationsveranstaltungen über das Implementierungsprojekt gekennzeichnet, die sich in der Hauptsache an die Pflegenden der Modellpflegeeinheiten richteten und über den Expertenstandard und den Projektverlauf informierten.

Fortbildungen

Die Fortbildungsplanung war in den Einrichtungen beeinflusst vom Stand der Pflege von Menschen mit Demenz. Dabei konnten die gerontopsychiatrischen Modellpflegeeinheiten die Fortbildungen enger an den bereits bestehenden Erfahrungshintergrund der Pflegenden anlehnen, als es den somatischen Einheiten möglich war, die weniger Berührungspunkte mit der Pflege von Menschen mit Demenz im Allgemeinen und Person-Zentrierung im Besonderen hatten. Auffällig ist, dass die zu diesem frühen Zeitpunkt des Implementierungsprojekts angebotenen Fortbildungen in allen Einrichtungen weniger die Inhalte des Expertenstandards differenziert thematisierten, sondern entweder Grundlagen zum Thema Demenz oder spezifischere Inhalte mit engem Bezug zur jeweiligen Fachdisziplin der Modellpflegeeinheiten vermittelt wurden, wie z. B. Demenz und Pharmakologie, Schmerzeinschätzung bei Demenz oder Einfluss des Krankenhausaufenthaltes auf Menschen mit Demenz. Auch die für die Fortbildungen aufgewendeten Zeitressourcen lassen den vorsichtigen Schluss zu, dass sich die Einrichtungen ohne bestehende Konzepte zur person-zentrierten Pflege von Menschen mit Demenz oder geringeren Vorerfahrungen auf Seiten der Pflegenden und der Projekt-

verantwortlichen dem Thema erst annähern mussten. In diesen Einrichtungen war der in dieser Phase der Expertenstandardimplementierung aufgewendete Zeitbedarf für Fortbildungen sowohl insgesamt als auch pro Pflegefachkraft der Modellpflegeeinheiten geringer. Dies gilt unabhängig von der Fachdisziplin der Modellpflegeeinheiten. In einer Einrichtung wurden die Mitglieder der Arbeitsgruppe im Hinblick auf ihre spätere Multiplikatorenfunktion in der dritten Phase der Implementierung (Anwendung der Expertenstandardinhalte) intensiver und mit höherem Zeitumfang fortgebildet. In der gleichen Einrichtung fanden auch angepasste Schulungen für andere Berufsgruppen statt, z. B. zur Kommunikation mit Menschen mit Demenz für Reinigungskräfte oder den ehrenamtlichen Besuchsdienst. In dieser Einrichtung konnte dabei auf Erfahrungen einer hausintern bereits angebotenen Demenzqualifizierung zurückgegriffen werden.

Aus mehreren Einrichtungen wird von Plänen berichtet, die expertenstandardbezogenen Fortbildungsangebote nach Abschluss des Implementierungsprojektes zu intensivieren und auch unter Einbeziehung externer Fachreferenten und mit einem stärkeren thematischen Bezug zu den Inhalten des Expertenstandards und seiner einrichtungsinternen Konkretisierung zu gestalten.

Die Projektverantwortlichen stellten rückblickend fest, dass eine zentrale Funktion der Fortbildungen zu diesem Zeitpunkt die Sensibilisierung der Pflegenden für das übergeordnete Thema Pflege von Menschen mit Demenz im Krankenhaus war und mit fortlaufenden Angeboten eine Motivationssteigerung zur Teilnahme an den Fortbildungen und eine Öffnung der Pflegenden insgesamt gegenüber der Implementierung des Expertenstandards erreicht werden konnte. Aus einer psychiatrischen Modellpflegeeinheit berichtete eine projektverantwortliche Person beispielsweise, dass sich die Pflegenden erst nach den ersten Fortbildungen ein Bild über die genauen Inhalte von Beziehungsgestaltung und Person-Zentrierung machen konnten und dies zu einem Austausch über den Stellenwert von Nähe und Distanz in der Pflege von Menschen mit Demenz zwischen erfahreneren und weniger erfahrenen Pflegenden führte. Eine projektverantwortliche Person einer somatischen Modellpflegeeinheit sieht in den Fortbildungen die Gelegenheit zur *„Bewusstseinsbildung in Bezug auf die besondere Lebenssituation der Menschen mit Demenz“* (10KH) und die eigene Aufgabe in der Sensibilisierung für und dem Wecken von Neugier auf das Thema. Dabei ging es aber auch darum, Widerstände zu erkennen und eine offene und ehrliche Kommunikationskultur zu etablieren, in der persönliche Haltungen und Einstellungen der Pflegenden zum Thema Demenz transparent werden konnten. Diese Einstellungen hatten aus Sicht der projektverantwortlichen Person Einfluss auf die Motivation zur Teilnahme an Fortbildungen und zwangsläufig auf das Vorgehen bei der Standardimplementierung. So konnten auch frühzeitig Zweifel an der Sinnhaftigkeit der Expertenstandardimplementierung bei den Pflegenden, insbesondere darüber, dass ein Akutkrankenhaus andere Schwerpunkte habe und die kurzen Verweildauern für die Pflege von Menschen mit Demenz herausfordernd seien, wahrgenommen und ausgeräumt werden. Ähnliche Bedenken fanden sich in den anderen Modellpflegeeinheiten nicht. Dort erkannten die Projektverantwortlichen in der Aktualität des Themas für die Pflegenden zumeist einen motivationssteigernden Faktor, der vielleicht auch mit der subjektiv wahrgenommenen Herausforderung durch die Pflege von Menschen mit Demenz und dem geringeren Wissens- und Erfahrungsstand dazu in den somatischen Einrichtungen verbunden war.

Ohne den standardkriterienbezogenen Ergebnissen des Implementierungsprojekts an dieser Stelle vorgreifen zu wollen, kann bereits jetzt der Schluss gezogen werden, dass die Fortbildungen zu Beginn der Implementierung nur den Pflegenden der Modellpflegeeinheiten zur vertieften Wissensvermittlung oder -auffrischung gedient haben, die bereits über entsprechendes Vorwissen verfügten. Mehrheitlich boten die Fortbildungen aber zunächst einen ersten Zugang zum Expertenstandard, zum Implementierungsprojekt und zum Thema Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz und hatten damit eher themensensibilisierende Effekte. Auch der vergleichsweise hohe weiterbestehende Fortbildungsbedarf der Pflegefachkräfte von durchschnittlich 55 % zu allen Stan-

dardkriterienebenen (vgl. Kap. 2.4) verdeutlicht die Notwendigkeit weiterer und dauerhafter Fortbildungsmaßnahmen, ohne die die notwendige Wissens- und Kompetenzbasis zur person-zentrierten Pflege von Menschen mit Demenz und zur Beziehungsgestaltung nicht geschaffen werden kann.

Konkretisierung von Standardkriterien, Anpassung von Prozessen und Umsetzung der Expertenstandardinhalte

Die Konkretisierung der Standardkriterien und deren Umsetzung war in allen Einrichtungen Aufgabe der Arbeitsgruppen in enger Verbindung mit den weiteren Pflegenden der Modellpflegeeinheiten. Die Projektverantwortlichen nahmen dabei organisatorisch steuernde und gleichzeitig inhaltlich lenkende Funktionen ein. Die Vorgehensweise ähnelte sich dabei in allen Einrichtungen. Im Mittelpunkt stand zunächst eine Art von erfahrungsbasiertem Soll-Ist-Abgleich zwischen den Inhalten des Expertenstandards auf der einen und dem etablierten Vorgehen der Modellpflegeeinheit bzw. der gesamten Einrichtung auf der anderen Seite. Im Vordergrund standen dabei zunächst die formalen Anforderungen des Expertenstandards, z.B. Fragen danach, wie die Pflegeanamnese um Aspekte der Patientenbiografie ergänzt werden könnte oder welche Angebote beziehungsgehaltender Maßnahmen möglich wären. Strukturkriterien, die die Haltung der Pflegefachkräfte und konzeptionelle Anforderungen an die Einrichtungen thematisieren, wurden dabei zunächst weniger in den Blick genommen. Hier gingen die Projektverantwortlichen und die Arbeitsgruppen davon aus, dass erst durch längerfristige und möglicherweise ihre Kompetenzen überschreitende Prozesse Änderungen erreicht werden können. Auch von Seiten des Pflegemanagements einiger Einrichtungen wurde verdeutlicht, dass die modellhafte Implementierung des Expertenstandards erst als Auftakt und Anlass für eine konzeptionelle Auseinandersetzung mit Fragen der Person-Zentrierung und der Pflege von Menschen mit Demenz verstanden wurde. Hierzu stellte die projektverantwortliche Person fest, dass sich *„Arbeit an der eigenen Haltung als ‚Softskill‘ (...) erst als Aufgabe auf allen Management- und Mitarbeitererebenen etablieren“ (07KH)* muss.

Neben der zu entwickelnden person-zentrierten Haltung und entsprechenden, einrichtungswelt gültigen Konzepten gab es auch bestimmte Prozesse in den Einrichtungen, deren Anpassung den Projektverantwortlichen zwar notwendig erschien, aber innerhalb der straff kalkulierten Zeitplanung des Implementierungsprojekts größtenteils nicht umsetzbar war. Eine projektverantwortliche Person nennt als Beispiele die Anpassung des Aufnahme- und Entlassungsmanagements an die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz oder die Verkürzung von Wartezeiten in Ambulanzen und Funktionsbereichen und eine andere projektverantwortliche Person bauliche Veränderungen zur Schaffung von Orientierungshilfen für Menschen mit Demenz, die nicht umgesetzt werden konnten. Aus nahezu allen Projektverlaufsberichten geht hervor, dass solche Struktur- und Prozessanpassungen angestoßen und auf den Weg gebracht worden sind, aber erst im Falle einer flächendeckenden Einführung des Expertenstandards abschließend bearbeitet werden sollen.

Der Beginn der Umsetzung konkretisierter Expertenstandardinhalte war in der Regel durch kleinere oder größere Informationsveranstaltungen gekennzeichnet, denen zumeist die Freigabe entwickelter Instrumente oder Verfahrensanweisungen durch die Pflegedirektion vorausgegangen war. Dabei gab es in allen Modellpflegeeinheiten keine eindeutige Abgrenzung zwischen Konkretisierungs- und Umsetzungsphase, sondern eher ein langsames Herantasten an veränderte oder neue Dokumentationsmaterialien und Pflegemaßnahmen. Erfahrungen wurden in Feedbackschleifen zwischen Pflegeteams und Arbeitsgruppen ausgetauscht und führten zu Veränderung oder Bestätigung konkretisierter Standardinhalte. Dieser dauerhafte Austausch diente auch der Prioritätensetzung, z.B. auf die Anwendung von Biografiebögen in der Pflegeanamnese oder der Durchführung von Fallbesprechungen, bis die Pflegenden eine höhere Sicherheit gegenüber diesen Innovationen verspürten und weitere Inhalte in den Blick genommen werden konnten. Dabei hatten vornehmlich

die Projektverantwortlichen und in Teilen die Arbeitsgruppenmitglieder beratende und begleitende Funktion und waren Ansprechpartner für offene Frage sowie Vermittler zwischen Pflegenden und Pflegeleitungen.

In allen Einrichtungen waren die Konkretisierungs- und die Umsetzungsphase von kleineren oder größeren Problemen gekennzeichnet. Geringere Probleme bereiteten die Koordination von Arbeitsgruppenterminen bei begrenzten zeitlichen Ressourcen der Beteiligten, einerseits bedingt durch hohe Arbeitsbelastung oder bereits feststehende Dienstpläne, andererseits durch Erkrankungen von Arbeitsgruppenteilnehmern. Vorrangige Probleme waren, zumindest in den somatischen Modellpflegeeinheiten, inhaltlicher Natur und dabei von unterschiedlicher Qualität. Für Einrichtungen, die im Vorfeld über geringere Expertise in der Pflege von Menschen mit Demenz sowohl auf Seiten der Pflegenden als auch auf Seiten der Projektverantwortlichen verfügten, lag die Herausforderung in der Verständlichkeit der Expertenstandardkriterien und in der „Übersetzung“ seiner Sprache in verständliche und damit umsetzbare Inhalte. So berichtet eine projektverantwortliche Person, dass Begriffe wie „Verstehenshypothese“ oder „Person-Zentrierung“ für die Pflegenden schwer verständlich waren und ihnen erst nahegebracht werden mussten und dadurch *„die Aufschlüsselung des Expertenstandards mit seinen einzelnen Kriterien (...) viel Zeit in Anspruch genommen“* (20KH) hat. Aus einer anderen Einrichtung, deren demenzbezogene Strukturen bereits weitergehend entwickelt waren, berichtet die projektverantwortliche Person beispielsweise von Ablehnung zusätzlicher Dokumentationsinstrumente durch die Pflegenden der Modellpflegeeinheiten, begründet in hoher Arbeitsdichte, die die Bereitschaft Neues auszuprobieren negativ beeinflusste und gleichzeitig eine Abkehr von etablierten, verrichtungsorientierten Strukturen erschwerte. Auf einer weiteren Modellpflegeeinheit haben fast ausschließlich die Arbeitsgruppenmitglieder die Versorgung der Patienten mit Demenz übernommen. Daraus ergab sich für die übrigen Pflegenden, wie sich im späteren Audit zeigte, ein Wissens- und Informationsdefizit. Zudem kann davon ausgegangen werden, dass sich insbesondere bei einem vergleichsweise geringen Anteil von Menschen mit Demenz, auf diese Weise eher ein Spezialistentum für die Pflege dieser Patienten ausbildet und sich entsprechendes Wissen und entsprechende Kompetenzen nicht gleichmäßig unter allen Pflegenden verteilen und die Entwicklung einer gemeinsamen Haltung erschwert wird.

Von Bedeutung war auch, innerhalb der Einrichtungen die Rolle der Projektverantwortlichen im Implementierungsprozess zu klären. Eine projektverantwortliche Person berichtet von anfänglichen Akzeptanzproblemen und dem Infrage stellen von Arbeitsaufträgen durch die Pflegenden der Modellpflegeeinheiten. Dies änderte sich erst, als verdeutlicht wurde, dass die Implementierung des Expertenstandards nicht auf ihre, sondern auf Initiative des Pflegemanagements erfolgte und die Bedeutung des Implementierungsprojekts für die Modellpflegeeinheit und die gesamte Einrichtung dargestellt wurde. Auch eine aktive, an der Pflege teilnehmende Rolle von Projektverantwortlichen hatte einen Einfluss auf deren Wahrnehmung durch die Pflegenden. Eine projektverantwortliche Person, deren Tätigkeiten üblicherweise im Qualitätsmanagement angesiedelt sind, konnte den Pflegenden auf diese Weise vermitteln, dass sie nicht nur *„Kontrolleur und ‚Arbeitsbeschaffer‘ in Bezug auf die pflegerische Versorgung von Menschen mit Demenz, sondern auch Ansprechpartner, Begleiter, Motivator und Unterstützer“* (10KH) war. Ähnlich erging es auch Projektverantwortlichen, die diese Rolle aus dem Team der Modellpflegeeinheiten heraus übernommen haben und somit eine Doppelrolle einnehmen mussten. Einerseits waren sie bereits eine vertraute Person für die anderen Pflegenden, andererseits mussten sie auch den Implementierungsprozess steuern und möglicherweise Veränderungen anstoßen, die nicht von Beginn an akzeptiert waren. Eine projektverantwortliche Person sieht am Beispiel anzupassender Dokumentationsmaterialien ihre Rolle dabei ebenso als Ansprechpartner und Motivator und zudem einen Vorteil darin, selbst mit der Pflegedokumentation arbeiten zu müssen und deshalb darauf zu achten, dass diese *„transparent, verständlich und auch wirklich nutzbar ist“* (20KH). Dies schaffe aus ihrer Sicht Vertrauen auf Seiten der Pflegenden und mindere die Skepsis gegenüber den Veränderungen.

Der Zeitbedarf der Projektverantwortlichen und der Arbeitsgruppenmitglieder im Rahmen der Konkretisierungs- und Umsetzungsphase lässt sich nicht genau beziffern. Den Projektverlaufsdokumentationen folgend schwankt er zwischen den beteiligten Einrichtungen für die Projektverantwortlichen zwischen 16 und 338 Stunden und für die einzelnen Arbeitsgruppenmitglieder zwischen 19 und 51 Stunden. Dabei muss allerdings berücksichtigt werden, dass in keiner Einrichtung wirklich alle Zeiten erfasst werden konnten, z. B. solche, die im Rahmen kollegialer Beratung und Begleitung auf den Modellpflegeeinheiten erbracht wurden, und dass Rollen und Aufgaben der Projektverantwortlichen in den Einrichtungen unterschiedlich waren und ihnen dementsprechend nicht die gleichen Ressourcen zur Verfügung standen. Es gibt allerdings auch keinen Hinweis darauf, dass bestehende Konzepte zur Pflege von Menschen mit Demenz oder eine weiter entwickelte, bereits etablierte Person-Zentrierung den Zeitbedarf verringern. Im Gegenteil erscheint es eher so, dass ähnlich wie bei den Fortbildungen, bereits vorhandenes Wissen und bestehende Strukturen den Zeitbedarf erhöhen. Die vorhandene Expertise erlaubte eine tiefergehende und der Komplexität des Themas entsprechende Auseinandersetzung mit den Inhalten des Expertenstandards und je weiter die Strukturen und Konzepte zu person-zentrierter Pflege von Menschen mit Demenz in den Einrichtungen entwickelt waren, desto umfangreicher gestaltete sich deren Abgleich mit den Empfehlungen des Expertenstandards.

Audit

In sieben der acht Krankenhäuser und bei der Hälfte der Projektverantwortlichen lagen Erfahrungen in der Anwendung von DNQP-Auditinstrumenten vor, allerdings waren in nur zwei der Modellpflegeeinheiten vor dem Implementierungsprojekt Audits zur Umsetzung von Expertenstandards durchgeführt worden.

Die Projektverantwortlichen waren in sieben der acht Modellpflegeeinheiten die alleinigen Auditoren, in einer Einrichtung wurde die projektverantwortliche Person durch eine weitere Person unterstützt. Die Datenerhebung wurde in allen Modellpflegeeinheiten eng an die methodischen Empfehlungen angelehnt, die Teil des Auditinstrumentes sind.

Zur Erhebung der Auditdaten zu den Menschen mit Demenz (Audit Teil 1, s. Anhang) wurden demnach zunächst die Pflegedokumentationen gesichtet, anschließend die zuständigen Pflegefachkräfte befragt und zeitnah versucht, die Befragung des Menschen mit Demenz oder seinen Angehörigen durchzuführen. In allen Einrichtungen wurden entsprechend der Zielgruppe des Expertenstandards nur die Patienten in das Audit einbezogen, bei denen bereits eine Demenzdiagnose vorlag oder die Anzeichen einer Demenz zeigten. Ein entscheidender Faktor für ein gelingendes Audit war dabei die Information der Projektverantwortlichen über die Aufnahme von Menschen mit Demenz auf den Modellpflegeeinheiten. Dies ist allerdings nicht in allen Einrichtungen gleichermaßen gut gelungen. Von zwei Modellpflegeeinheiten berichten die Projektverantwortlichen, dass sie nicht immer zeitgerecht informiert wurden oder, dass die Patientinnen und Patienten bereits wieder entlassen waren, wenn die zeitliche Möglichkeit für ein Audit bestanden hätte. Zusätzlich schränkten auch die den Projektverantwortlichen gewährten Zeitressourcen ihre Flexibilität ein, insbesondere, wenn sie neben der Projektdurchführung weitere Tätigkeiten übernehmen mussten und beispielsweise als Pflegefachkraft im Schichtdienst eingesetzt waren. Unzufrieden zeigten sich die Projektverantwortlichen zum Teil auch mit der Zahl der auditierten Patientinnen und Patienten. Unabhängig davon, ob es sich um psychiatrische oder somatische Kliniken handelte, konnte in keiner Modellpflegeeinheit die angestrebte Zahl von 40 Menschen mit Demenz auditiert werden. Die Stichprobengrößen der Modellpflegeeinheiten variieren zwischen $n=5$ und $n=33$, sodass insgesamt Auditprotokolle von 134 Menschen mit Demenz in die Datenanalyse einfließen. Von diesen 134 Auditprotokollen stammen 68 aus den fünf somatischen und 66 aus den drei gerontopsychiatrischen Modellpflegeeinheiten. Keines dieser Audits konnte vollständig erhoben werden. Insbesondere die Befragung der

Menschen mit Demenz oder deren Angehörigen stellte die Projektverantwortlichen vor Herausforderungen. Gründe dafür lagen in der teilweise eingeschränkten Auskunftsfähigkeit der Menschen mit Demenz, in der Erreichbarkeit der Angehörigen und in unangekündigten Entlassungen der Patientinnen und Patienten. Insbesondere diese Entlassungen, gepaart mit kurzen Liegezeiten der Patientinnen und Patienten und eingeschränkten Zeitressourcen der Auditoren führten dazu, dass Audits teilweise retrospektiv erhoben werden mussten und Befragungen der Menschen mit Demenz oder ihrer Angehörigen in diesen Fällen ausblieben.

Die Dokumentationsanalysen und die Befragungen der Bezugspflegenden stellten die Projektverantwortlichen hingegen vor keine größeren Probleme. Von Vorteil war, wenn ihnen die zu auditierenden Menschen mit Demenz bereits durch aktive Beteiligung an deren Pflege bekannt waren, sie mit der Art der Pflegedokumentation in der Einrichtung vertraut waren und Zugriff auf die EDV-gestützte Dokumentation hatten. Lediglich neue Dokumentationsmaterialien, wie beispielsweise um Biografieanteile erweiterte Pflegeanamnesebögen oder Fallbesprechungsprotokolle, die noch nicht Teil einer solchen elektronischen Dokumentation waren und separat erfasst wurden, erhöhten den Aufwand der Datenanalyse. Der Zeitbedarf lag für ein einzelnes Audit bei durchschnittlich etwa 90 Minuten, allerdings bestätigen die Projektverantwortlichen, dass er sich durch gute Vorbereitung des Auditverfahrens und vor allem steigende Erfahrungen im Umgang mit dem Auditinstrument und den Befragungen der Menschen mit Demenz auf etwa 60 Minuten reduzieren ließ.

Für die Befragung der Pflegefachkräfte zu ihrem Wissensstand und ihrem bestehenden Fortbildungsbedarf (Audit Teil 2, s. Anhang) haben die Projektverantwortlichen aller Modellpflegeeinheiten die Pflegenden über die Befragung informiert und die Bögen mit Bitte um Rückgabe ausgehändigt. Dabei wurde durchgehend auf Anonymität geachtet und in einigen Einrichtungen parallel der Betriebsrat über die Befragung informiert. Die Rücklaufquoten der Modellpflegeeinheiten lagen zwischen als gering anzusehenden 43 % und guten 81 %.

Die einrichtungsbezogenen Strukturkriterien haben die Projektverantwortlichen einmalig durch Befragung leitender Pflegekräfte der Einrichtungen erhoben (Audit Teil 3, s. Anhang). Hierbei ist positiv festzuhalten, dass sich die Befragten darauf einlassen konnten, auch Begründungen für ihre ja/nein-Antworten zu geben. Auf diese Weise liegen für die einrichtungsübergreifende Auswertung des Implementierungsprojekts tiefergehende, pflegemanagementbezogene Einblicke zur Umsetzung der Strukturkriterien des Expertenstandards vor, die in die kriterienbezogene Ergebnisdarstellung einfließen.

2.4 Ergebnisse

Die sichtbarsten Ergebnisse der modellhaften Implementierung liefert das Auditverfahren. Dabei fallen sowohl für die somatischen, als auch für die gerontopsychiatrischen Modellpflegeeinheiten zunächst die bereits dargestellten relativ geringen Fallzahlen ins Auge. Zudem zeigen die Zielerreichungsgrade (vgl. Abb. 2 und 3), die in den folgenden Abschnitten zu den jeweiligen Standardebenen im Einzelnen dargestellt und diskutiert werden, erneut die bereits angedeuteten Unterschiede zwischen den somatischen und den gerontopsychiatrischen Modellpflegeeinheiten, sodass sie auch hier getrennt voneinander betrachtet werden. Unabhängig davon sagen alleine die Auditergebnisse wenig darüber aus, in welcher Weise die Inhalte des Expertenstandards umgesetzt werden konnten, sodass hinsichtlich der Analyse von Anwendbarkeit und Akzeptanz einzelner Standardebenen und des gesamten Expertenstandards auch berücksichtigt werden muss, auf Basis welcher Voraussetzungen, auf welchem Weg und unter welchen Bedingungen die jeweiligen Ergebnisse erreicht wurden.

In die folgende, differenzierte und nach den Standardebenen gegliederte Ergebnisdarstellung werden daher nicht allein die Auditergebnisse, sondern auch die Ergebnisse der Konkretisierungsphase, die vorhandenen oder neu geschaffenen einrichtungsbezogenen Strukturen und Rahmenbedingungen und nicht zuletzt die Sicht der Projektverantwortlichen einfließen, sodass ein umfassenderes Bild über fördernde oder hemmende Faktoren für die Einführung und Umsetzung spezifischer Inhalte des Expertenstandards möglich wird.

Zielerreichungsgrade der somatischen Modellpflegeeinheiten

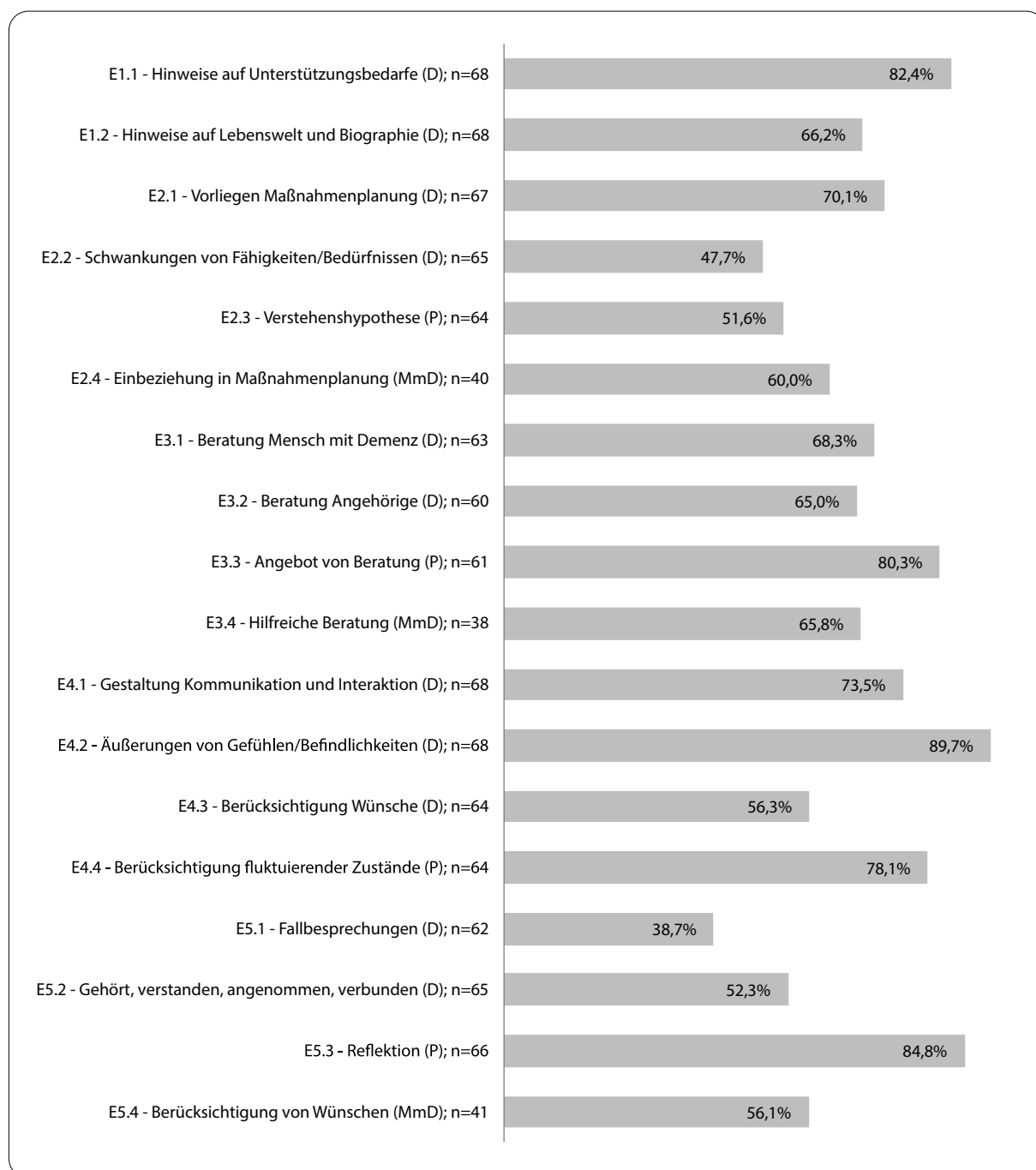


Abbildung 2: Zielerreichungsgrade somatischen Modellpflegeeinheiten der Krankenhäuser

Zielerreichungsgrade der gerontopsychiatrischen Modellpflegeeinheiten

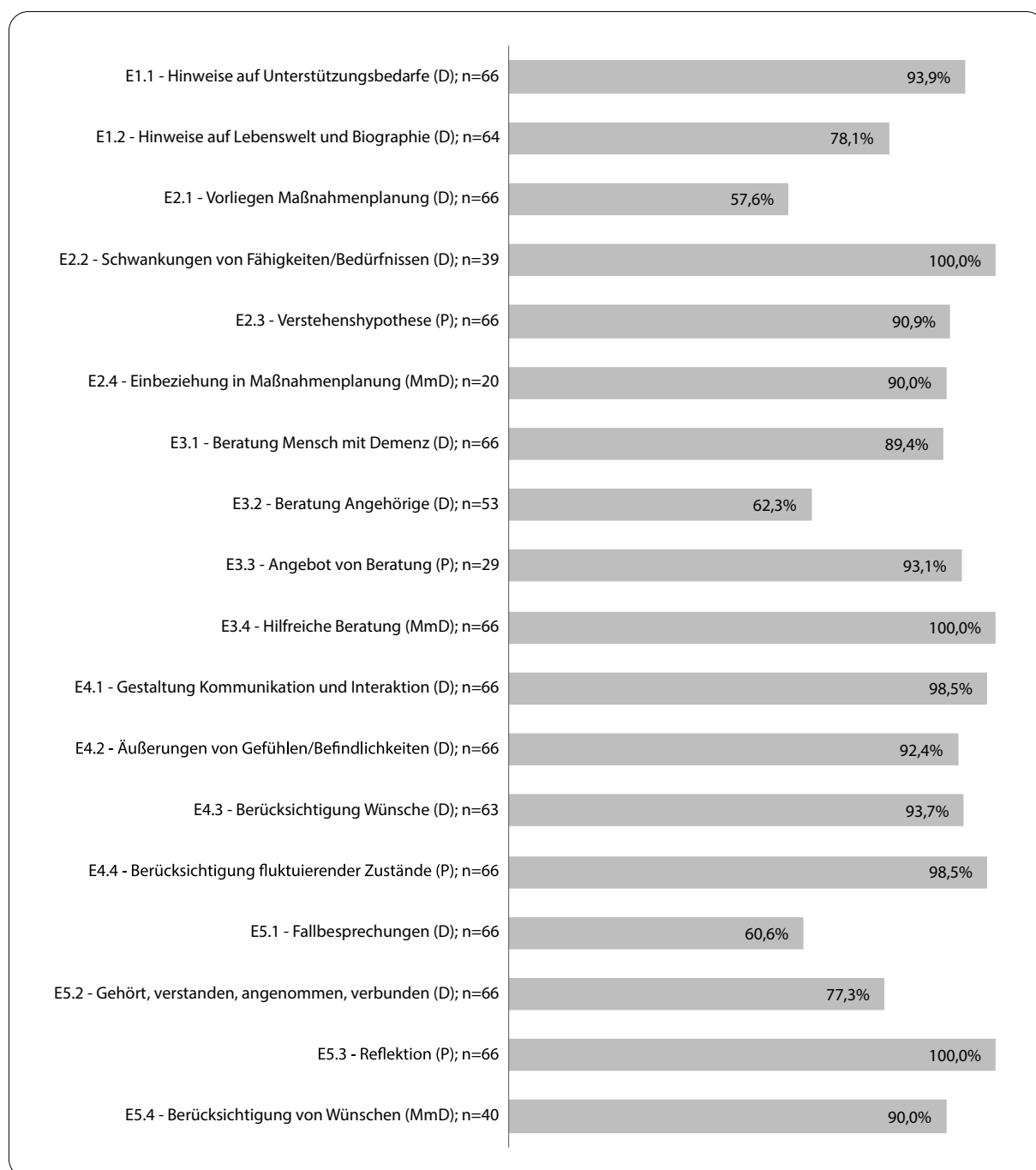


Abbildung 3: Zielerreichungsgrade gerontopsychiatrischen Modellpflegeeinheiten der Krankenhäuser

Standardebene 1 *Person-zentrierte Haltung der Pflegefachkräfte und Einschätzung der Unterstützungsbedarfe in der Beziehungsgestaltung*

Die Standardebene 1 des Expertenstandards enthält zwei, für seine gesamte Umsetzung essentielle Aspekte, die Person-Zentrierung und die Einschätzung von Unterstützungsbedarfen in der Beziehungsgestaltung. In den Strukturkriterien werden die person-zentrierte Haltung der Pflegenden und die person-zentrierte Pflegeorganisation der Einrichtung thematisiert, die sich auch im Ergebniskri-

terium wiederfinden. Darüber hinaus enthält sie Forderungen und Empfehlungen zur Einschätzung von Unterstützungsbedarfen in der Beziehungsgestaltung der Menschen mit Demenz im Rahmen der Pflegeanamnese.

Die Konkretisierung des Vorgehens zur Identifikation von Menschen mit Demenz und zur Einschätzung möglicher Unterstützungsbedarfe in deren Beziehungsgestaltung war für die somatischen Modellpflegeeinheiten herausfordernder als für die gerontopsychiatrischen, denn sie mussten sich stärker als Letztere auf unbekanntes und für den eigentlichen Grund des Krankenhausaufenthaltes der Patientinnen und Patienten weniger relevantes Terrain begeben.

Bei den Patientinnen und Patienten der somatischen Modellpflegeeinheiten war mit der Einweisungsdiagnose nicht in jedem Fall das Vorliegen einer Demenz gesichert, sodass mögliche Anzeichen hierfür frühzeitig zu identifizieren waren. Für diese Fälle wurden vornehmlich kriteriengestützte Beobachtungsbögen eingeführt, die bei Verdacht auf das Vorliegen kognitiver Einschränkungen eingesetzt werden sollten. Lag eine Diagnose vor oder bestätigte sich der Verdacht auf Anzeichen kognitiver Einschränkungen, wurde die weitere Einschätzung von Unterstützungsbedarfen durch Biografiebögen und die Beobachtung von Reaktionen auf Situationen und Handlungen erfasst und dabei Aufmerksamkeit, Handlungssteuerung, Lernen und Gedächtnis, Sprache, Augen-Hand-Koordination sowie soziale Kognition besonders in den Blick genommen. Dabei war von Bedeutung, dass das Ergebnis dieser Einschätzungen möglichst für alle an der Versorgung des Menschen mit Demenz beteiligten Berufsgruppen sichtbar wurde. In einer Einrichtung wurde dafür ein „*Vergiss-mein-nicht-Sticker*“ (07KH) genutzt, der sowohl im elektronischen Dokumentationssystem als auch auf weiteren Patientenakten eingesetzt wurde. Eine andere Einrichtung nutzte einen „*Lern-mich-kennen-Bogen*“ (10KH), der den bereits bestehenden Biografiebogen erweiterte und allen Berufsgruppen für Freitexteingaben zu Unterstützungsbedarfen in der Beziehungsgestaltung der Menschen mit Demenz zur Verfügung stand.

In den gerontopsychiatrischen Modellpflegeeinheiten lagen Demenzdiagnosen in der Regel vor, sodass dort keine Überlegungen hinsichtlich der Identifikation der Menschen mit Demenz mit entsprechenden beziehungsbezogenen Unterstützungsbedarfen notwendig waren. Im Gegenteil kam in einer Einrichtung die Frage auf, ob überhaupt hinsichtlich der Einschätzung und insbesondere der Erfassung biografischer Aspekte Konkretisierungen notwendig seien. Allerdings zeigte sich bei genauer Analyse, dass *„bei jeder Aufnahme der Patient bzw. seine Bezugsperson von verschiedenen Berufsgruppen bis zu vier Mal danach befragt“* (25KH) wurde. Eine Anpassung der Dokumentation und der Anamneseverfahren wurde daraufhin vorgenommen, um solche Überschneidungen zu vermeiden. In allen drei Modellpflegeeinheiten stand hinsichtlich der Einschätzung der Unterstützungsbedarfe eine Auffrischung bereits vorhandener Verfahren im Mittelpunkt. Dabei ging es vornehmlich darum, die Betrachtung von Biografie und Lebenswelt der Menschen mit Demenz verstärkter in den Mittelpunkt von Pflegeanamnesen zu rücken und deren Bedürfnisse losgelöst von Ansprüchen der Institution und Einflüssen der Krankenhauseinweisungsdiagnose wahrzunehmen. So hat es sich beispielsweise für eine Modellpflegeeinheit bewährt, die Bedeutung von Pflegebeziehung im psychiatrischen Alltag für sich erneut zu definieren und ihren Stellenwert zu bestimmen, um dies als Grundlage für die darauffolgende Integration biografischer Anteile in die Anamnese und Pflegeplanung zu nutzen.

Aus Sicht der Pflegeleitungen der beteiligten Einrichtungen (Audit Teil 3, s. Anhang) wurde die person-zentrierte Haltung der Pflegenden der gerontopsychiatrischen Modellpflegeeinheiten vor allem durch konzeptionelle Grundlagen gefördert. Den Pflegeeinheiten wurde Gestaltungsfreiheit gewährt, Konzepte individuell auszugestalten und an die Menschen mit Demenz anzupassen. So beschreibt eine Pflegeleitung, dass sowohl die Leitungsebenen der Abteilungen als auch die Pflegenden ermutigt wurden, neue Wege zu gehen, Ideen einzubringen und Abläufe kreativ zu gestalten.

In den somatischen Kliniken ist person-zentrierte Haltung noch nicht etabliert und die Pflegeleitungen bestätigten im Audit entweder, dass erste Schritte unternommen worden sind, z. B. durch die Etablierung von Demenzexperten oder Fortbildungen, oder dass einrichtungsseitig keinerlei Unterstützung und Förderung möglich sei. Letzteres würde durch kurze Verweildauern von Patientinnen und Patienten, somatisch geprägte und verrichtungsorientierte Haltung und Denkweisen der Pflegenden und das Fehlen eines spezifischen, person-zentrierten Konzept verhindert.

Die Auditfragen zu den Menschen mit Demenz (Audit Teil 1, s. Anhang) konzentrierten sich bei dieser Standardebene ausschließlich auf die Aspekte, die durch eine Dokumentenanalyse zu erheben waren und ließ, vor allem aus Gründen eines ressourcenfreundlichen Erhebungsvorgehens, Fragen zur Haltung der Pflegenden außer Acht. Dabei fanden sich in 82,4 % der in den somatischen Modellpflegeeinheiten gesichteten Pflegedokumentationen (n=68) systematische und konkretisierende Hinweise auf Unterstützungsbedarfe in der Beziehungsgestaltung des Menschen mit Demenz und in 66,2 % Hinweise auf die Lebenswelt und Biographie des Menschen mit Demenz. Aus einigen Auditprotokollen lassen sich nachvollziehbare Gründe für das Fehlen solcher Hinweise ableiten. Insbesondere für das Fehlen von Hinweisen auf die Lebenswelt und Biografie liegen die Gründe in kurzfristigen Wiederaufnahmen von Menschen mit Demenz, bei denen die Dokumentation eines vorherigen Aufenthaltes aus der Zeit vor der Implementierung des Expertenstandards weitergenutzt wurde, in Verlegungen innerhalb der Einrichtung ohne erneutes Durchführen einer Pflegeanamnese oder in fehlender Bereitschaft von Angehörigen zur Informationsgabe. Im Allgemeinen spielten auch Verweildauern von drei oder weniger Tagen eine gewichtige Rolle, denn sie nahmen den Pflegenden die Möglichkeit eines tiefergehenden Kennenlernens der Menschen mit Demenz und somit der schrittweisen, ausführlichen und umfassenden Erfassung von Unterstützungsbedarfen und vor allem biografischer Aspekte.

In den gerontopsychiatrischen Modellpflegeeinheiten waren in 93,9 % (n=66) der Pflegedokumentationen Hinweise auf Unterstützungsbedarfe und in 78,1 % (n=64) Hinweise auf die Lebenswelt und Biografie der Menschen mit Demenz zu finden. Für diese Modellpflegeeinheiten hatte die Erfassung von Unterstützungsbedarfen in der Beziehungsgestaltung weniger hohen Innovationsgrad sondern erschien nahezu als Routine. Diese Routine zeigt sich in der Differenziertheit, mit der die Bedarfe erfasst wurden. So finden sich in Auditprotokollen einer Modellpflegeeinheit beispielweise Hinweise darauf, dass die Pflegenden unter anderem Schwerhörigkeit, Orientierungsprobleme oder Angst vor Alleinsein als Unterstützungsbedarfe identifiziert haben und entsprechende Maßnahmen ableiten konnten. Herausfordernd war bei der Erfassung von nicht beobachtbaren Hinweisen vor allem eine eingeschränkte Ansprechbarkeit von Menschen mit Demenz, die einerseits auf demenzbezogen beeinflusster Kognition beruhte, aber andererseits auch in wahnhafter Vorstellung oder Depression begründet sein konnte. In wenigen Fällen haben die Projektverantwortlichen im Rahmen des Audits auch defizitorientierte Pflegeanamnesen ohne Hinweise auf Unterstützungsbedarfe gefunden.

Die Befragung der Pflegefachkräfte (Audit Teil 2, s. Anhang) zeigt, dass sie ihren Wissenstand, ohne Unterschied zwischen den Fachrichtungen der Modellpflegeeinheiten, positiv einschätzen aber gleichzeitig größeren Fortbildungsbedarf verspüren. Knapp über die Hälfte der befragten Pflegefachkräfte (n=140) schätzte ihr Wissen zu Person-Zentrierung als sehr gut und gut ein, 28,5 % als befriedigend und 18 % als ausreichend und mangelhaft. Vergleichbar sind die Zahlen zum einschätzungsbezogenen Wissensstand. Knapp 60 % der Pflegenden (n=128) schätzten ihr Wissen als sehr gut bzw. gut ein, 26 % als befriedigend und 14 % als ausreichend bzw. mangelhaft. Zu beiden Themen gaben um die Hälfte der Pflegefachkräfte (49,2 % bzw. 52,5 %) weiterhin bestehenden Fortbildungsbedarf an.

Die Projektverantwortlichen der gerontopsychiatrischen Modellpflegeeinheiten bescheinigen der ersten Expertenstandardebene eine sehr gute Einführbarkeit, insbesondere da sowohl die Unterstützungsbedarfe in der Beziehungsgestaltung als auch biografische Aspekte mit der Pflegeanamnese regelhaft erfasst werden. Zudem ist Person-Zentrierung in allen Modellpflegeeinheiten konzeptionell verankert und spiegelt sich in der Haltung der Pflegenden und in der Organisationsstruktur der Einrichtungen wider.

Die Projektverantwortlichen der somatischen Modellpflegeeinheiten beurteilen die Einführbarkeit zurückhaltender. Der Nutzen der Erfassung von Unterstützungsbedarfen wird positiv bewertet und kriteriengestützte Beobachtungsbögen oder kurze, einseitige Biografiebögen bieten aus ihrer Sicht gute Grundlagen für eine fachliche Einschätzung und ein besseres Kennenlernen und Verstehen des Menschen mit Demenz. Allerdings bestanden strukturelle Einschränkungen durch kurze Verweildauern oder die fehlende Integration von Erfassungsbögen in die digitale Patienten- oder Patientinnenakte. Zudem war die Pflegeanamnese erschwert, wenn andere Erkrankungen oder akutes Krankheitsgeschehen im Mittelpunkt standen, Angehörige nicht verfügbar waren oder Pflegeüberleitungen über- oder einweisender Einrichtungen nicht die Informationen boten, die für die Einschätzung von mit der Demenz einhergehenden Unterstützungsbedarfen im Sinne des Expertenstandards hilfreich waren.

Standardebene 2 Planung beziehungsfördernder und -gestaltender Maßnahmen

Das Ergebniskriterium der zweiten Standardebene fordert das Vorliegen einer Maßnahmenplanung, die der individuellen Situation des Menschen mit Demenz gerecht wird, seine identifizierten Unterstützungsbedarfe und mögliche, auf die Demenz zurückgehende Schwankungen seiner Fähigkeiten und Bedürfnisse berücksichtigt. Zudem soll diese Planung allen an der Pflege des Menschen mit Demenz beteiligten Personen bekannt sein. Die Voraussetzungen hierfür sind vielschichtig. Sie liegen in der Planungskompetenz der Pflegefachkräfte, in einem zu Grunde liegenden und einrichtungsweit gültigem person-zentrierten Einrichtungskonzept und in einer Verfahrensregel, die die Verantwortlichkeiten für die individuelle Pflege eines Menschen mit Demenz regelt. Die Planung von Maßnahmen soll unter Einbeziehung der Menschen mit Demenz und auf Basis einer Verstehenshypothese geschehen.

Die Konkretisierungen der Standardebene konzentrierten sich in den somatischen Modellpflegeeinheiten auf Fragen nach der Form der Pflegeplanung, denn in allen Einrichtungen war zunächst zu klären, wie die bestehenden Pflegedokumentationssysteme um die entsprechenden Inhalte ergänzt und wie Schwankungen von Fähigkeiten und Bedürfnissen der Menschen mit Demenz dabei berücksichtigt werden konnten. Herausfordernd empfanden es die Projektverantwortlichen, einen Wandel von vornehmlich defizitorientierten hin zu ressourcenorientierten und beziehungsbedarfsberücksichtigenden Pflegeplanungen zu gestalten. Bewährt haben sich dabei in einer Einrichtung die „*Festlegung verbindlicher Zuständigkeiten im Pflegeteam*“ (07KH), indem, eng an die Empfehlungen des Expertenstandards angelehnt, eine Bezugspflegerin erste Ansprechperson für den Menschen mit Demenz und seine Angehörigen ist und die Planung und Durchführung von Maßnahmen koordiniert. Von Bedeutung war den Projektverantwortlichen, dass insbesondere die Biografie, das Stadium der Demenz und mögliche Schwankungen von Fähigkeiten der Menschen mit Demenz berücksichtigt wurden, um von Beginn der Umsetzung der Expertenstandardinhalte an den oben erwähnten Wandel der Pflegeplanungskultur einzuleiten. Hierfür wurden die Pflegedokumentationen angepasst und um Fallbesprechungsbögen und Dokumentationsmöglichkeiten für Verstehenshypothesen ergänzt. Erschwerend war, wenn die Pflegeplanungsformulare nicht den notwendigen Raum boten. So berichtet eine projektverantwortliche Person, dass Ziele und Maßnahmen „*teilweise handschriftlich in der vorstrukturierten Pflegeplanung ergänzt*“ (10KH) wurden und Schwankungen oder andere Besonderheiten in den Pflegeberichten vermerkt wurden.

Diese Berichte folgten allerdings eher einer defizitorientierten Logik, da sie sich beispielsweise auf die Beschreibung herausfordernden Verhaltens konzentrierten und Reaktionen der Menschen mit Demenz auf beziehungsfördernde Angebote in diesen Situationen seltener berücksichtigten.

Für die gerontopsychiatrischen Modellpflegeeinheiten stand die zweite Standardebene nicht so sehr im Fokus der Konkretisierungen. Die Projektverantwortlichen und die Stationsteams haben sich vor allem damit auseinandergesetzt, wie biografische Anteile verstärkt in die Pflegeplanungen integriert und welche Angebote und Maßnahmen zusätzlich zu bereits etablierten angewendet werden können.

Betrachtet man die Ausgangslage der somatischen Modellpflegeeinheiten, wird deutlich, dass sich die Einrichtungen den in den Strukturkriterien dieser Standardebene geforderten konzeptionellen Grundlagen nur langsam annähern können. Ähnlich wie in den Auditergebnissen der ersten Standardebene, äußerten sich die Pflegeleitungen der Einrichtungen (Audit Teil 3, s. Anhang) auch auf die Frage nach einem bestehenden Konzept zur person-zentrierten Pflege von Menschen mit Demenz zurückhaltend. Während sich das in einer Einrichtung bestehende Konzept in Überarbeitung befindet, ist mit der Einführung des Expertenstandards in zwei weiteren die Entwicklung eines entsprechenden einrichtungsweit geltenden Konzepts begonnen worden bzw. vorgesehen. Zwei Pflegeleitungen gaben an, dass kein Konzept besteht. Die gerontopsychiatrischen Einrichtungen waren, wie auch bereits in Kapitel 2.2 dargestellt, hinsichtlich konzeptioneller Grundlagen der Pflege von Menschen mit Demenz weiter entwickelt, auch wenn die Pflegeleitungen bestätigen, dass entsprechende Konzepte den Pflegenden nicht unbedingt präsent oder bekannt sind.

Im Teil 1 des abschließenden Audits (Mensch mit Demenz) haben die Projektverantwortlichen im Rahmen der Dokumentenanalyse das Vorliegen einer entsprechenden Maßnahmenplanung und die Berücksichtigung fluktuierender Zustände in eben dieser erfasst, die betreuenden Pflegefachkräfte nach Verstehenshypothesen und die jeweiligen Menschen mit Demenz nach deren Beteiligung an der Maßnahmenplanung befragt.

Im Rahmen der Dokumentenanalyse konnten in 70,1 % (n=67) der gesichteten Pflegedokumentationen der somatischen Modellpflegeeinheiten Pflegepläne gefunden werden, die die individuellen Unterstützungsbedarfe in der Beziehungsgestaltung der Menschen mit Demenz berücksichtigten und in 47,7 % (n=65) der Dokumentationen fanden sich Hinweise auf die Berücksichtigung möglicher Schwankungen von Fähigkeiten und Bedürfnissen. Die Zahl der berücksichtigten Antworten zu dieser Frage lässt darauf schließen, dass die Projektverantwortlichen der teilnehmenden Einrichtungen bei der Datenerhebung unterschiedlich vorgegangen sind. Einige haben nach diesen Hinweisen nur in den Pflegeplanungen geschaut, in denen auch die Unterstützungsbedarfe berücksichtigt waren, andere in allen Pflegedokumentationen der Menschen mit Demenz im Auditzeitraum. Somit kann davon ausgegangen werden, dass entweder Schwankungen von Fähigkeiten der Menschen mit Demenz auch in den Pflegeplanungen zu finden waren, in denen Unterstützungsbedarfe nicht berücksichtigt wurden oder anstelle dessen in Pflegeberichten und dies möglicherweise durch Projektverantwortlichen als „ja“-Antwort bei dieser Frage gewertet wurde.

Unabhängig davon zeigen beide Ergebnisse, dass beides im Rahmen der Pflegeplanung noch nicht in allen Einrichtungen in zufriedenstellendem Maße gelingt. Die Ursachen hierfür sind vielschichtig. Während den Auditprotokollen einer Einrichtung beispielsweise entnommen werden kann, dass der Maßnahmenplan der EDV-gestützten Pflegeplanung die Möglichkeit, Schwankungen zu berücksichtigen gar nicht vorsieht, sieht eine andere projektverantwortliche Person die Gründe in der engen organisatorischen und durch unterschiedliche Disziplinen beeinflussten Taktung eines Akutkrankenhauses, die derzeit noch keinen ausreichenden Raum für die Berücksichtigung dieser spezifischen Bedarfe von Menschen mit Demenz lässt.

Die Dokumentenanalyse der gerontopsychiatrischen Modellpflegeeinheiten zeigte in nur 57,6 % (n=66) der gesichteten Pflegedokumentationen das Vorliegen einer Maßnahmenplanung, die auch die Unterstützungsbedarfe in der Beziehungsgestaltung berücksichtigte. Grund für diesen geringen Zielerreichungsgrad ist, dass in einer Einrichtung entsprechende Planungen nicht vorgelegen haben. In allen Planungen der anderen Modellpflegeeinheiten wurden Schwankungen der Fähigkeiten der Menschen mit Demenz berücksichtigt (100 %, n=39).

Die befragten Pflegefachkräfte der somatischen Modellpflegeeinheiten gaben in 51,6 % (n=64) der Fälle an, Verstehenshypothesen gebildet zu haben, in den gerontopsychiatrischen Einrichtungen waren es 90,9 % (n=66). Wie bei der Einschätzung der Beziehungsbedarfe beeinflusste die Verweildauer in den Krankenhäusern auch die Entwicklung von Verstehenshypothesen. Je nach Fachrichtung der Modellpflegeeinheit und der Verweildauer bekam die Verstehenshypothese ein anderes Gewicht. So ist es vorgekommen, dass eine tragfähige Hypothese erst kurz vor der Entlassung des Menschen mit Demenz entstand. Damit bestand die Gefahr, dass dieser wichtige Schritt zwischen Einschätzung und Maßnahmenplanung in diesen Fällen nur geringe Relevanz hatte und damit von den Pflegenden als zusätzliche und nur geringfügig hilfreiche Aufgabe und Mehrbelastung wahrgenommen wurde. Der Einbezug von Angehörigen und deren Information und Beratung können an dieser Stelle unterstützend sein, da sie einerseits ein besseres Verstehen der Menschen mit Demenz oder Anzeichen einer Demenz unterstützen und andererseits im Krankenhaus entwickelte Verstehenshypothesen auch eine Bedeutung für die nachstationäre Versorgung haben können. Aus einem Krankenhaus wird allerdings in diesem Zusammenhang berichtet, dass Angehörige nur selten für Informations- oder Beratungsgespräche zur Verfügung stehen. Dies zeigt sich auch in der Einbeziehung der Menschen mit Demenz oder ihrer Angehörigen in die Maßnahmenplanung. In den somatischen Modellpflegeeinheiten geben 60 % (n=40) an, dass die Einbeziehung in die Maßnahmenplanung ihren Vorstellungen entsprach und in den gerontopsychiatrischen Einrichtungen waren es 90 % (n=20). Damit konnte diese Frage in den somatischen Einrichtungen in 41,2 % und in den gerontopsychiatrischen in 69,7 % der Fälle nicht angewendet werden, was vorsichtige Rückschlüsse auf den Grad der Demenz und damit einhergehender eingeschränkter Auskunftsfähigkeit der Menschen mit Demenz einerseits und die Verfügbarkeit ihrer Angehörigen zum Zeitpunkt des Audits andererseits zulässt.

Die Pflegefachkräfte aller Modellpflegeeinheiten sehen hinsichtlich ihres Wissens zur Planung beziehungsfördernder Maßnahmen unter Berücksichtigung von Verstehenshypothesen Verbesserungsbedarf. Ihren Wissensstand schätzten sie eher gut oder befriedigend ein (Somatik: 32,1 % bzw. 33 %, n=109. Gerontopsychiatrie: 32,3 % bzw. 48,4 %, n=31). Ihr Wissensbedarf ist vergleichsweise hoch. Die Pflegefachkräfte der somatischen Krankenhäuser geben zu 56,6 % (n=97) weiterhin bestehenden Fortbildungsbedarf an, in den gerontopsychiatrischen Einrichtungen sind es 73,3 % (n=30).

Die Einführung und Umsetzung dieser Standardebene bereitete den Projektverantwortlichen und den Pflegenden der Modellpflegeeinheiten Probleme, wenn starre, EDV-basierte Pflegedokumentationssysteme oder standardisierte, einer Erlösrelevanzlogik angeglichenen Pflegeplanungen Anpassungen erschwerten. Zudem wurde die Planung der Maßnahmen als relativ zeitaufwändig wahrgenommen, was in Verbindung mit kurzen Verweildauern und der vorherrschenden Defizitorientierung die Motivation der Pflegefachkräfte negativ beeinflusste. Zudem führten die Verweildauern in den somatischen Einrichtungen auch dazu, dass es den Pflegekräften schwerfiel, *„den Patienten gut kennenzulernen und zu erkennen, welche individuellen Maßnahmen geeignet sind“* (17KH). Ein mögliches Abweichen von Maßnahmen wurde darüber hinaus meistens nicht bereits in Pflegeplänen berücksichtigt, sondern intuitiv und spontan geleistet, wenn die Notwendigkeit gegeben war. Insgesamt beurteilen die Projektverantwortlichen der somatischen Modellpflegeeinheiten die Einführbarkeit der Standardebene als befriedigend, die der gerontopsychiatrischen als gut bis sehr gut.

Standardebene 3 *Information, Anleitung und Beratung von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen*

Information, Anleitung und Beratung finden im Sinne des Expertenstandards auf zwei Ebenen statt. Es gilt, sowohl den Menschen mit Demenz, entsprechend seiner Fähigkeiten, als auch seine Angehörigen zu beziehungsfördernden und gestaltenden Angeboten zu informieren, anzuleiten und zu beraten und bei letzteren dabei Alltags- und Ausnahmesituationen zu berücksichtigen. Zur Umsetzung dieser Standardebene war für die Projektverantwortlichen einerseits zu klären, wie eine solche Beratung gestaltet werden kann und andererseits, was dabei mögliche Inhalte sein können. Im Rahmen der einrichtungsspezifischen Konkretisierung des Vorgehens galt die Konzentration zunächst der Beratung der Angehörigen. Entwickelt wurden Informationsschreiben oder Beratungsmappen für Angehörige, die z.B. Übersichten über externe Beratungsmöglichkeiten, Informationen über Demenz, Hinweise über mögliche beziehungsgestaltende Maßnahmen in Zusammenhang mit der häuslichen Versorgungssituation und die Rolle der Angehörigen im Rahmen des Krankenhausaufenthaltes des Menschen mit Demenz enthielten. Die Berichte der Projektverantwortlichen zeigen dabei, dass die Materialien zumeist nicht das persönliche Gespräch mit den Angehörigen ersetzten, sondern als Unterstützung dafür dienten. In den Beratungssituationen wurde allerdings nicht ausschließlich die Beziehungsgestaltung von Menschen mit Demenz, sondern z.B. auch deren häusliche Versorgungssituation oder die geplante Entlassung aus dem Krankenhaus thematisiert. Dabei spielte aus Sicht einer projektverantwortlichen Person auch die individuelle Belastungssituation der Angehörigen eine große Rolle und wurde in Beratungssituationen regelmäßig thematisiert. Andererseits, so stellt eine weitere projektverantwortliche Person fest, seien Angehörige oft *„Informationslieferanten und können uns im Umgang mit dem Patienten informieren und beraten“* (16KH). In diesen Fällen sei Anleitung und Beratung zur Beziehungsgestaltung oft nicht notwendig. Auch eine dritte projektverantwortliche Person sieht die Aufgabe der Pflegenden bei erfahreneren Angehörigen weniger in deren Information oder Anleitung, sondern in Entlastung. Diese Angehörigen wurden mehr in die pflegerische Versorgung einbezogen und dann *„reichen oftmals auch schon Gespräche, die entlastend wirken können, weil sie neue Wege aufzeigen können“* (20KH). Aus einzelnen Auditprotokollen geht hervor, dass einige Angehörige insbesondere diese entlastenden Gespräche und die Möglichkeit, ihre empfundene Hilflosigkeit zu teilen und einen Ansprechpartner für pflegerische Fragen zu haben, als besonders hilfreich empfanden.

Die Information, Anleitung und Beratung von Menschen mit Demenz beschränkte sich vornehmlich auf die Information durch die Pflegenden über mögliche pflegerische oder therapeutische Maßnahmen, die der Beziehungsgestaltung, zumeist über den Weg von gemeinsamer Beschäftigung dienen sollten. Eine projektverantwortliche Person sieht hierbei noch Entwicklungspotential, denn *„es besteht eine Diskrepanz aus individueller Kompetenz, Pflegeorganisation und zeitlichen Ressourcen“* (07KH). Dabei erfordere insbesondere die Reflexion der eigenen Haltung und die Anpassung der Kommunikation an den Menschen mit Demenz noch Übung und fiel vielen somatisch orientierten Pflegenden derzeit schwer.

Aus Sicht der Pflegeleitungen (Audit Teil 3, s. Anhang) stellt das einrichtungsseitige Bereitstellen von Beratungsmaterialien sowie das Gewähren von Freiräumen für Beratung und Begleiten von Angehörigen in Pflegesituationen eine wichtige Unterstützung dar. Allerdings wird aus einigen Einrichtungen auch bestätigt, dass das Thema bislang ausschließlich in Fortbildungen aufgegriffen wurde und, auch vor dem Hintergrund nicht vorhandener Konzepte zur Pflege von Menschen mit Demenz, strukturell bislang nicht umgesetzt wurde.

Die Auditergebnisse zu den Menschen mit Demenz (Audit Teil 1, s. Anhang) zeigen bei bestehenden Unterschieden zwischen den somatischen und den gerontopsychiatrischen Modellpflegeeinheiten einen positiven Trend. In den gesichteten Pflegedokumentationen der somatischen Modellpflegeeinheiten fanden sich in 68,3 % (n=63) Hinweise auf Information, Anleitung oder Beratung von

Menschen mit Demenz und in 65 % auf Information, Anleitung oder Beratung ihrer Angehörigen. Für 80,3 % (n=61) bestätigten die Pflegefachkräfte, dass es ihnen möglich war, zielgruppengerechte Beratung anzubieten. Der deutliche Unterschied zwischen dokumentierter Beratung und den Aussagen der Pflegefachkräfte bestätigt die Annahme einiger Projektverantwortlichen, dass Beratungsgespräche stattfinden, sie dabei aber entweder ungeplant und spontan verlaufen oder ihre Ergebnisse nicht dokumentiert werden. Letzteres war vor allem dann eingeschränkt, wenn kein entsprechendes Dokumentationsformular hierfür zur Verfügung stand. 65,8 % (n=38) der Angehörigen schätzten die Beratung über beziehungsfördernde Maßnahmen als hilfreich ein. Verneinten sie einen positiven Effekt der Beratung, lag dies beispielsweise, wie aus Auditprotokollen entnommen werden kann, entweder daran, dass sie sich selber als sehr erfahren einschätzten oder daran, dass sie den Effekt zum Auditzeitpunkt noch nicht abschätzen konnten.

In 89,4 % (n=66) der gesichteten Pflegedokumentationen der gerontopsychiatrischen Modellpflegeeinheiten wurden Informations- oder Beratungsgespräche mit Menschen mit Demenz und in 62,3 % (n=53) mit ihren Angehörigen dokumentiert. Der hohe Zielerreichungsgrad an Beratung von Menschen mit Demenz, zeigt, dass diese auf den spezialisierten Modellpflegeeinheiten bereits weitestgehend etabliert ist. Angehörige hingegen wurden seltener beraten, was darauf zurückgeführt werden kann, dass sie weniger verfügbar oder, wie es aus einzelnen Auditprotokollen deutlich wird, aufgrund akuter Verschlechterung der Demenzsituation, deliranter Phasen oder anderer begleitender psychischer Erkrankungen der Menschen mit Demenz mit der Situation überfordert und für Informationen zu beziehungsgestaltenden Maßnahmen nicht offen waren. Die Pflegefachkräfte bestätigten in 93,7 % (n=63) der auditierten Fälle, dass es ihnen möglich war, Beratung anzubieten. Auch dieser hohe Zielerreichungsgrad zeigt, dass Beratung auch strukturell in den Einrichtungen etabliert war. Zudem unterstreicht die mit 93,1 % (n=29) hohe Bestätigung hilfreicher Beratung durch die Angehörigen, dass diese mit großer Kompetenz stattgefunden hat.

Ihren Wissensstand zur Beratung Angehöriger von Menschen mit Demenz schätzten die Pflegefachkräfte aller beteiligten Modellpflegeeinheiten zu knapp 50 % als sehr gut bzw. gut ein, zu 29 % als befriedigend und zu 21 % als ausreichend oder mangelhaft (n=140). Etwas weniger gut empfinden sie ihren Wissensstand zur Beratung von Menschen mit Demenz. Hier schätzten 42 % ihr Wissen als sehr gut oder gut, 34 % als befriedigend und 24 % als ausreichend oder mangelhaft ein (n=140). Dabei schätzten die Pflegenden der gerontopsychiatrischen Modellpflegeeinheiten ihren Wissensstand insgesamt besser ein, als die somatischen Modellpflegeeinheiten. Der bestehende Fortbildungsbedarf ist unabhängig davon hoch. Mehr als jede zweite Pflegefachkraft wünschte sich Fortbildungen zu beiden Beratungsfeldern (54,3 % bzw. 55,5 %, n=129).

Die Projektverantwortlichen aller beteiligten Krankenhäuser bescheinigen auch der dritten Standardebene eine gute bis befriedigende Einführbarkeit. Allerdings benennen sie dafür auch Voraussetzungen, die zum Zeitpunkt der modellhaften Implementierung noch nicht in allen teilnehmenden Einrichtungen gegeben waren. Bereits angesprochen wurde die Kompetenz der Pflegenden zur Beratung von Menschen mit Demenz, die aus Sicht der Projektverantwortlichen gefördert werden sollte. Dies kann ihrer Meinung nach allerdings nicht alleine durch Fortbildungen geschehen, sondern muss auch durch strukturelle Bedingungen wie ausreichende zeitliche Ressourcen und einen angemessen gestalteten Rahmen für Beratungen unterstützt werden. Einschränkungen entstanden auch durch den Krankenhausalltag selbst, wenn Verlegungen, Entlassungen oder Untersuchungstermine die Kontaktaufnahme erschwerten. Zudem verdeutlichen sie, dass die Möglichkeit, die Angehörigen beratend zu unterstützen, sehr von deren Bereitschaft abhängig ist und identifizieren unterschiedliche Verhalten der Angehörigen. Einige, die sehr präsent sind und sich aktiv an der Pflege des Menschen mit Demenz beteiligen, sind offener für Informationen, Anleitungen und Beratung als solche, die wenig Kontakt zu den Menschen mit Demenz und den Pflegefachkräften suchen. Insbesondere unter der letzteren Gruppe waren laut einer projektverantwortlichen Person auch

Angehörige, die den Krankenhausaufenthalt des Menschen mit Demenz aus seiner Sicht zurecht dafür nutzten „um einmal an sich zu denken und durchzuatmen, Energie zu tanken.“ (10KH). Insgesamt erkannten die Projektverantwortlichen im Rahmen der Auditerhebungen und der damit verbundenen Gespräche einen hohen Bedarf der Angehörigen an Beratung, weil insbesondere „das Wissensdefizit im Bereich Demenz und zu einem entsprechenden Umgang bei Angehörigen häufig größer ist, als von professionell Tätigen vermutet wird“ (26KH). Gleichmaßen spielt auch Scham der Angehörigen eine Rolle für die Inhalte und die Ausgestaltung der Gespräche. Eine projektverantwortliche Person sieht Pflegende dann in einer Schlüsselrolle und die Beratung als Prozess, der ein Einlassen erfordert und zeitliche Ressourcen benötigt.

Standardebene 4 Angebot und Durchführung beziehungsfördernder und -gestaltender Maßnahmen

Die vierte Standardebene thematisiert die Durchführung beziehungsfördernder und -gestaltender Maßnahmen und empfiehlt dazu auf struktureller Ebene neben Kenntnissen entsprechender Maßnahmen einrichtungsseitige Rahmenbedingungen, die eben solche Angebote ermöglichen. In den Modellpflegeeinheiten stand im Rahmen der einrichtungsspezifischen Konkretisierung im Mittelpunkt, welche Maßnahmen aus den in der Expertenstandardkommentierung genannten Schwerpunkten bereits durch die Pflegenden der Modellpflegeeinheiten angeboten werden, welche zusätzlich eingeführt werden können und wie Angebote, Maßnahmen, mögliche Abweichungen von der Maßnahmenplanung und die beziehungsfördernde und -gestaltende Wirkung angebotener Maßnahmen in der Pflegedokumentation nachvollziehbar verankert werden können.

Für die gerontopsychiatrischen Modellpflegeeinheiten wurde dabei deutlich, dass im Kern des psychiatrischen Pflegehandels bereits viele beziehungsfördernde Elemente enthalten sind, diese allerdings eher ungezielt eingesetzt wurden und dementsprechend im Rahmen der Expertenstandardeinführung ein bewusster und gezielter Umgang damit gefördert werden musste. Hilfreich dafür waren Beispiele für individualisierte, beziehungsfördernde Aktivitäten und die Verdeutlichung, dass es nicht in jedem Fall um innovative, zusätzliche Maßnahmen gehen muss, sondern bereits etablierte Alltagsaktivitäten oder Gespräche beziehungs gestaltende Aspekte beinhalten. Gleichzeitig wurde in einer Einrichtung auch die Rolle und Haltung der Pflegenden als Einfluss auf die Beziehungsgestaltung thematisiert und diskutiert, ob durch den Einsatz von Gegenständen, wie z. B. Nesteldecken, Beziehungen künstlich erzeugt würden und gemeinsame Aktivitäten wie Spaziergänge eine natürlichere Form der Beziehungsgestaltung ermöglichen. Auffällig war für die projektverantwortliche Person dieser Einrichtung, dass Pflegendе mit geringerer Berufserfahrung eher den Einsatz von Aktivitätsboxen mit eben solchen Gegenständen bevorzugten und sich dadurch in ihrer Methodenkompetenz unterstützt fühlten, während erfahrenere Pflegendе mehr auf Alltagsaktivitäten zur Beziehungsgestaltung setzten und hinsichtlich der beziehungsfördernden Ausgestaltung von Maßnahmen auf ihre Erfahrung und daraus resultierender Kreativität setzten. In einer anderen Einrichtung wurden nach dem Abgleich des bisherigen Vorgehens mit den Empfehlungen des Expertenstandards zusätzlich zu bislang angebotenen beziehungs gestaltenden Maßnahmen eine Essgruppe eingeführt, Gruppenangebote neu strukturiert und milieugestaltende, bauliche Veränderungen geplant. Die Projektverantwortlichen sahen alle insgesamt geringen Anpassungsbedarf des pflegerischen Handelns der drei gerontopsychiatrischen Modellpflegeeinheiten an die Expertenstandardinhalte.

Besonderen Einfluss auf die Konkretisierung des Angebots und die Durchführung beziehungsfördernder und -gestaltender Maßnahmen nahmen in den somatischen Modellpflegeeinheiten die stark strukturierten und teilweisen starren Abläufe und „die Fülle an Aufgaben im Akutkrankenhaus“ (07KH). Dadurch hatten Angebote und Maßnahmen zur Beziehungsgestaltung geringere Priorität und somatische Anteile standen in der Regel im Vordergrund. Zudem waren, wie bereits deutlich

wurde, die Voraussetzungen der Modellpflegeeinheiten unterschiedlich. So konnte in einer Einrichtung theoretisch auf einen größeren Erfahrungsschatz und auf bereits gegebene Strukturen und Hilfsmittel wie eine „Demenzkiste“ und den Einsatz von *„Therapiepüppchen, Singliesel, Nesteldecken, Puzzle und persönliche Gegenstände“* (07KH) zurückgegriffen werden. Auch die Anwesenheit eines Besuchsdienstes konnte, auch wenn dieser keinen demenzspezifischen Handlungsauftrag hatte, als Ressource genutzt werden. In anderen Einrichtungen stand im Vordergrund, Maßnahmen auszuwählen und zu benennen, die zur Beziehungsgestaltung genutzt werden können. Zur Erleichterung der Dokumentation wurden in zwei Einrichtungen entsprechende Textbausteine formuliert, die in der EDV-gestützten Pflegedokumentation eingesetzt werden sollten. In einer weiteren Einrichtung ist unter anderem begonnen worden, Kurzbeschreibungen zu Interventionen, Prozessen und der Umfeldgestaltung im Rahmen der Demenzkonzeptentwicklung zu berücksichtigen.

Die Pflegeleitungen aus drei somatischen Modellpflegeeinrichtungen bestätigen, dass das Umfeld der Modellpflegeeinheiten bereits in wahrnehmungsfördernder Art und Weise gestaltet ist oder zukünftig werden soll, indem die farbliche Gestaltung, Bilder an Betten und Türen oder Piktogramme der Orientierungsförderung von Menschen mit Demenz dienen sollen. Durch die Möglichkeit zum Rooming-In für Angehörige soll das Sicherheitsgefühl der Menschen mit Demenz erhöht werden. Weitere Anpassungen an die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz sind in einer dieser Einrichtungen geplant, allerdings sei deren Umsetzung laut der leitenden Pflegefachkraft eine Budgetfrage. In einer anderen Einrichtung sieht die Pflegeleitung starre Vorgaben an Größe und Hygiene für die Gestaltung der Patienten- und Patientinnenzimmer als hinderlich für die Umfeldanpassung an, während in einer weiteren die flexible Umfeldgestaltung aus Sicht der Pflegeleitung am Personal-mangel scheitert. Die Personaleinsatzplanung der somatischen Modellpflegeeinheiten ist aus Sicht der Pflegeleitungen mehrheitlich nicht an die spezifischen Bedürfnisse und den Bedarf der Menschen mit Demenz angepasst. Der Grund wird in der Abrechnungslogik gesehen, da der Mehraufwand der Pflege von Menschen mit Demenz nicht berücksichtigt wird. In einer Einrichtung werden die Pflege-teams auch durch Altenpflegefachkräfte ergänzt und es bestehen Konzepte zur Einbindung von Jahrespraktikanten und ehrenamtlichen Helfern, um den Bedürfnissen und Bedarfen von Menschen mit Demenz besser begegnen zu können.

Die Umfeldgestaltung der gerontopsychiatrischen Modellpflegeeinheiten diene in einer Einrichtung durch Orientierungshilfen und jahreszeitliche Dekoration der Wahrnehmungsförderung von Menschen mit Demenz und in einer weiteren konnte auf Konzepte der Milieutherapie zurückgegriffen werden und die Pflegenden verfügten laut Aussagen der Pflegeleitung über ausreichende Kenntnisse der Umfeldgestaltung. Die dritte Modellpflegeeinheit war bereits durch bauliche Maßnahmen an die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz angepasst. Auch durch die Personaleinsatzplanung der gerontopsychiatrischen Modellpflegeeinheiten wurde versucht, den spezifischen Bedürfnissen von Menschen mit Demenz gerecht zu werden. Aus einer Einrichtung wurde allerdings berichtet, dass die dünne Personaldecke hierauf negativen Einfluss nimmt. Bewährt hat sich in einer anderen Einrichtung hingegen ein Skill- und Grademix der Pflege-teams, die aus Altenpflegefachkräften, Gesundheits- und Krankenpflegern und psychiatrischen Fachpflegekräften gleichermaßen zusammengesetzt waren. Der Personalschlüssel für die Gerontopsychiatrie wird aus allen Einrichtungen zusätzlich als positiv beeinflussend dargestellt.

Für das Audit stand weniger im Mittelpunkt, welche Maßnahmen den auditierten Menschen mit Demenz angeboten wurden, sondern ob sich aus der Pflegedokumentation ableiten ließ, wie deren Pflege durchgeführt wurde. Dabei war für eine „ja“-Antwort von Bedeutung, dass in einer Pflegedokumentation Hinweise auf Interaktionsgestaltung, auf Befindlichkeitsäußerungen des Menschen mit Demenz oder die Berücksichtigung seiner aktuellen Wünsche mehrfach oder regelmäßig zu finden waren und sie in direkter Verbindung mit angebotenen oder durchgeführten Maßnahmen zur Beziehungsgestaltung standen.

Aus 73,5 % der gesichteten Pflegedokumentationen (n=68) der somatischen Modellpflegeeinheiten ging hervor, dass die Kommunikation und Interaktion den Bedürfnissen der Menschen mit Demenz entsprach. Die individuelle Äußerung von Gefühlen und Befindlichkeiten der Menschen mit Demenz wurden in 89,7 % der Pflegedokumentationen (n=68) regelmäßig thematisiert. Nur in wenigen Fällen bemängelten die Projektverantwortlichen die Aussagekraft der Dokumentation zu diesem Thema und verneinten dementsprechend die Frage. Wurden Äußerungen der Menschen mit Demenz dokumentiert, so zumeist auch in Verbindung mit ihrer möglichen Bedeutung. In einem Fall wurde beispielsweise schreien und rufen nicht als Störung oder herausforderndes Verhalten des Menschen mit Demenz wahrgenommen, sondern als Zeichen für Unwohlsein während einer Pflegemaßnahme. In einem anderen Fall wurde körperliche Unruhe mehrfach richtigerweise als Wunsch nach einem Toilettengang gedeutet und die Pflegemaßnahmen entsprechend angepasst. Auch wenn aus mehreren Einrichtungen berichtet wurde, dass starre Abläufe und Strukturen in den somatischen Kliniken Veränderungen oder Anpassungen geplanter Pflegemaßnahmen erschwerten, zeigten sich in immerhin 56,3 % der Pflegedokumentationen (n=64) Hinweise auf die Berücksichtigung von Wünschen der Menschen mit Demenz nach oder bei bestimmten Pflegemaßnahmen. Die befragten Pflegefachkräfte äußerten, dass sie in 78,4 % der Fälle (n=64) fluktuierende Zustände bei den Menschen mit Demenz wahrnehmen und beim Angebot von Pflegemaßnahmen berücksichtigen konnten. So war es in einer Modellpflegeeinheit beispielsweise möglich, geplante pflegerische Maßnahmen zu verschieben, wenn ein Mensch mit Demenz Schläfrigkeit zeigte. Offen bleibt allerdings, ob dies auch möglich wäre, wenn Schwankungen von Fähigkeiten der Menschen mit Demenz es notwendig gemacht hätten, geplante medizinische oder therapeutische Maßnahmen zu verschieben oder den jeweiligen Fähigkeiten des Menschen mit Demenz anzupassen.

Wie ausgeprägt beziehungsförderndes und -gestaltendes Pflegehandeln in den gerontopsychiatrischen Modellpflegeeinheiten einen Platz gefunden hat, wird an den Ergebnissen der Pflegedokumentationsanalyse deutlich. In allen gesichteten Dokumentationen (n=66) finden sich Hinweise auf die individuelle Gestaltung der Kommunikation und Interaktion mit den Menschen mit Demenz und aus 98,5 % geht hervor, wie der Menschen mit Demenz seine Gefühle äußert. Die Berücksichtigung aktueller Wünsche und Befindlichkeiten wurde in 92,4 % der Pflegedokumentationen erfasst und die Pflegefachkräfte gaben an, dass sie als Bezugspflegekraft in 98,5 % der Fälle fluktuierende Zustände der Menschen mit Demenz bei Angeboten und Maßnahmen regelmäßig berücksichtigen konnten. Diese insgesamt hohen Zielerreichungsgrade verdeutlichen, dass person-zentrierte Pflege für die teilnehmenden gerontopsychiatrischen Modellpflegeeinheiten in Grundzügen kein Neuland darstellte, obwohl dabei nicht jeder Pflegefachkraft die Begrifflichkeiten oder konzeptionellen Grundlagen vollständig bekannt waren. Dies zeigt sich auch in ihrem selbst eingeschätzten Wissen über Maßnahmen der Beziehungsgestaltung. Nahezu die Hälfte von ihnen (48,4 %, n=31) schätzte ihr Wissen dazu als sehr gut oder gut ein, 45,2 % als befriedigend und nur einzelne Pflegende als mangelhaft (6,4 %). Dennoch war der selbsteingeschätzte Fortbildungsbedarf der Pflegefachkräfte mit 64,5 % (n=31) weiterhin hoch.

Anders als die Pflegefachkräfte der gerontopsychiatrischen Modellpflegeeinheiten schätzten die der somatischen Pflegeeinheiten (n=109) ihr Wissen weniger gut ein. 40,4 % sahen bei sich selbst nach der modellhaften Implementierung einen sehr guten oder guten Wissensstand. 30,3 % schätzten ihr Wissen als befriedigend ein und 29,4 % empfanden ihr Wissen zu beziehungsfördernden Maßnahmen als ausreichend oder mangelhaft. Die Hälfte der Pflegefachkräfte wünscht sich Fortbildungen zu solchen Maßnahmen. Dabei muss berücksichtigt werden, dass sie für beziehungsgestaltende Maßnahmen im Rahmen des Implementierungsprojekts erst langsam sensibilisiert wurden. Eine projektverantwortliche Person stellt allerdings fest, dass das *„somatische Krankheitsbild im Vordergrund steht, sodass die Beziehungsgestaltung nicht die oberste Priorität hat.“* (17KH).

Unter diesem Gesichtspunkt beurteilen die Projektverantwortlichen der somatischen Modellpflegeeinheiten auch die Einführbarkeit der vierten Standardebene. Die Erforderlichkeit beziehungsfördernder und -gestaltender Maßnahmen wird wahrgenommen, allerdings ist deren Umsetzbarkeit stark eingeschränkt, solange strukturierte Abläufe und an den somatischen Krankheitsbildern der Menschen mit Demenz orientierte Aufgaben den Handlungsrythmus in den Krankenhäusern vollständig bestimmen. So trägt allein die Verfügbarkeit von Materialien zur Unterstützung der Beziehungsgestaltung nicht unbedingt zu einer Veränderung des Pflegehandelns bei, wenn die übrigen Strukturen diesen Aufgaben nicht entsprechen. Eine projektverantwortliche Person stellt fest, dass Materialien aus sogenannten Demenzkisten nur selten genutzt wurden, *„da es sich kaum ein Team leisten kann, mit dem Betroffenen zu spielen, ihm die Zeitung vorzulesen, sich zu ihm zu setzen, um ihn zu trösten oder im Park spazieren zu gehen.“* (10KH). Beeinflussend sind natürlich auch die kurzen Verweildauern, die es erschweren, geeignete Maßnahmen zu finden und sie dem Bedarf und dem Bedürfnis eines Menschen mit Demenz anzupassen. Auch, wenn eine Pflegefachkraft nach einer Fortbildung zu beziehungsfördernden Maßnahmen laut einer projektverantwortlichen Person feststellte, dass bereits viele der vorgestellten Maßnahmen immerhin unsystematisch umgesetzt würden, wird aus anderen Aussagen deutlich, dass eine Integration solcher Maßnahmen in alltägliches Pflegehandeln, z. B. im Rahmen von Mobilisationsmaßnahmen oder der Körperpflege noch nicht in ausreichendem Maße geschieht und eine große Herausforderung darstellt. Eine projektverantwortliche Person stellte dazu fest, dass es schwer ist, *„in einem Krankenhaus Zeit zu finden, um noch zusätzliche Aufgaben zu machen. Viele Kollegen finden es schwer, von Verrichtungen abzuweichen“* (20KH).

Auch für die gerontopsychiatrischen Modellpflegeeinheiten spielten eingeschränkte zeitliche Ressourcen durchaus eine Rolle bei der Umsetzung von Maßnahmen zur Beziehungsgestaltung und -förderung. Allerdings nicht in dem Maße, dass sie aus Sicht der Projektverantwortlichen negativen Einfluss auf die Einführbarkeit der Standardebene nehmen würden. Im Gegenteil bescheinigen alle drei projektverantwortlichen Personen der Standardebene eine sehr gute Einführ- und Umsetzbarkeit, vor allem, da die Inhalte erneut der subjektiv wahrgenommenen Kernaufgabe pflegerischen Handelns in der Psychiatrie entsprächen und sie sich einfach und spontan in den Pflegealltag integrieren ließen. Sie stellen fest, dass durch die Implementierung ein bewussterer und gezielterer Umgang damit gefördert werden konnte.

Standardebene 5 Evaluation beziehungsfördernder und -gestaltender Maßnahmen

Die fünfte und abschließende Standardebene thematisiert die Evaluation der beziehungsfördernden und -gestaltenden Pflege von Menschen mit Demenz. Für die Modellpflegeeinheiten waren damit zweierlei Fragen verbunden. Zum einen galt es zu klären, welche Evaluationsmethoden eingesetzt werden könnten und wie die Ergebnisse der Evaluation in der Pflegedokumentation zu verankern wären. Als Evaluationsmethoden standen zwei Vorgehensweisen im Mittelpunkt. Erstens die zeitnahe, laufende Evaluation durch die Pflegefachkraft, die Maßnahmen angeboten oder durchgeführt hat und zweitens Fallbesprechungen zur mono- oder multidisziplinären Reflexion.

Pflegerische Fallbesprechungen waren auf allen somatischen Modellpflegeeinheiten nicht etabliert und wurden nicht regelmäßig durchgeführt. Ausnahmen bildeten ethische Fallbesprechungen bei schwerwiegenden Problemen oder multidisziplinäre Fallbesprechungen mit einem medizinischen oder therapeutischen Schwerpunkt. Den gerontopsychiatrischen Modellpflegeeinheiten waren Fallbesprechungen vertraut und wurden dort als Evaluationsmöglichkeit genutzt. Aus einer dieser Einrichtungen wurde allerdings auch berichtet, dass der Austausch über Bedürfnisse der Menschen mit Demenz oder mögliche Maßnahmen vornehmlich in Übergaben oder kurzen Reflexionsgesprächen während einer Schicht stattfand. In dieser Einrichtung ist die Einführung systemischer Fallbesprechungen geplant. In einer Einrichtung, in der es bereits Fallbesprechungen gab, stellte eine projektverantwortliche Person lediglich bei der systematischen Erfassung ihrer Ergebnisse Defizite fest.

Die Berichte der Projektverantwortlichen zeigen allerdings, dass die Einführung und Umsetzung dieser Standardebene nicht in allen Einrichtungen vollständig abgeschlossen wurde. Gründe hierfür lagen vornehmlich in Zeitmangel durch die Beschränkung des Implementierungsprojekts auf sechs Monate, aber auch, zumindest in einigen somatischen Modellpflegeeinheiten, in den kurzen Verweildauern der Menschen mit Demenz. Die Projektverantwortlichen dieser Modellpflegeeinheiten beschrieben daher Schwierigkeiten in der Durchführung von zeitnahen Fallbesprechungen, sodass sie in einer Einrichtung bisweilen retrospektiv durchgeführt wurden, was zwar den Umgang mit Fallbesprechungen übte, der Anpassung von Maßnahmen auf Basis der Evaluationsergebnisse aber natürlich nicht dienen konnte.

In 38,7 % der gesichteten Pflegedokumentationen der somatischen Modellpflegeeinheiten ($n=62$) waren Ergebnisse von Fallbesprechungen zu Menschen mit Demenz dokumentiert. Sowohl pflegerische Fallbesprechungen, als auch die Dokumentation der Ergebnisse und daraus möglicherweise resultierender Veränderungen an der Pflegeplanung stellten für die Modellpflegeeinheiten Neuland dar. Besser gelang der Austausch der Pflegefachkräfte untereinander in Übergaben oder Einzelgesprächen, die über einen einfachen Austausch oder ein Erzählen über die Situation hinausgegangen sind und reflexive Anteile enthielten. In 84,8 % der Fälle ($n=66$) gaben die befragten Bezugspflegerkräfte an, dass sie gemeinsam mit anderen an der Pflege Beteiligten ihre Beziehung zu dem Menschen mit Demenz reflektieren konnten.

Anzeichen dafür, dass beziehungsgestaltende oder -fördernde Maßnahmen dazu beigetragen haben, dass der Mensch mit Demenz sich „gehört, verstanden, angenommen und mit anderen Personen verbunden fühlt“ fanden sich in etwas mehr als der Hälfte der gesichteten Pflegedokumentationen (52,3 %, $n=65$). Dabei handelte es sich um Hinweise, die sich auf die in der Kommentierung des Expertenstandards als Evaluationskriterien genannten Aspekte bezogen und sich insbesondere an Stimmung und Affekt des Menschen mit Demenz, seiner Beziehung und Interaktion zu anderen Menschen und seinem Eingebunden-Sein orientierten. Die Projektverantwortlichen fanden beispielsweise Dokumentationseinträge, aus denen hervorging, dass ein Mensch mit Demenz aufgeschlossen wirkte oder eine Bezugsperson aus dem Pflgeteam bevorzugte. 56,1 % der Menschen mit Demenz oder ihre Angehörigen ($n=41$) bestätigten, dass ihre Wünsche nach Beziehungsgestaltung berücksichtigt wurden bzw. denen des Menschen mit Demenz entsprachen. Aus den Auditprotokollen ist ansatzweise abzulesen, dass diese Frage für die Befragten schwierig zu beantworten war und die Antworten für die Auditoren ebenso schwierig einzuordnen waren. So schätzte es beispielsweise ein Angehöriger als positiv ein, dass nach den Essenswünschen des Menschen mit Demenz gefragt wurde und antwortete deshalb mit „ja“. In anderen Fällen bleibt offen, warum Menschen mit Demenz mit „nein“ geantwortet haben oder in welcher Weise die Frage durch die Auditoren sprachlich angepasst wurde, was die Aussagekraft des erreichten Zielerreichungsgrades insgesamt relativiert.

Aus 60,6 % der Pflegedokumentationen ($n=66$) der gerontopsychiatrischen Modellpflegeeinheiten geht hervor, dass Fallbesprechungen zu den Menschen mit Demenz stattgefunden haben und die Pflegefachkräfte bestätigten in jedem Fall (100 %, $n=66$), dass sie mit anderen an der Pflege beteiligten Personen ihre Beziehung zu dem Menschen mit Demenz reflektieren konnten. Die Ergebnisse zeigen, dass der kollegiale Austausch über Patientinnen und Patienten, angebotene Pflegemaßnahmen und die Reflektion der Pflege in den gerontopsychiatrischen Einrichtungen etabliert war, die systematische Erfassung von Ergebnissen allerdings Verbesserungspotentiale aufweist. In 77,3 % der gesichteten Pflegedokumentationen ($n=66$) finden sich Hinweise auf eine gelungene Beziehungsgestaltung zwischen Pflegenden und Menschen mit Demenz. Dokumentierte Anzeichen beziehen sich dabei auf mimische Reaktionen der Menschen mit Demenz auf Ansprache, beispielsweise ein offenes Lächeln oder ihre Äußerungen, zufrieden zu sein. Verneint wurde die Frage nach Anzeichen dafür, dass der Mensch mit Demenz sich „gehört, verstanden, angenommen und mit

anderen Personen verbunden fühlt“, wenn beispielsweise Pflegende dokumentierten, dass sie keinen Zugang zu dem Menschen mit Demenz fänden oder, in einem anderen Fall, der Kontakt durch den Menschen verweigert worden wäre. In der Befragung der Menschen mit Demenz geben 90% (n=40) an, dass ihre Wünsche nach Beziehungsgestaltung berücksichtigt wurden und sie aus ihrer Sicht gelänge. Befragt werden konnten dabei zumeist die Menschen mit Demenz und zumindest aus den Auditprotokollen aus zwei der drei Einrichtungen ist abzulesen, dass einige von ihnen diese Frage auch mit „ja“ beantwortet haben, obwohl aus ihren Pflegedokumentationen keine Anzeichen für eine gelingende Beziehungsgestaltung hervorgingen. Ob dies an Defiziten der Pflegedokumentation, Schwankungen im Erleben und Ausdrücken dieser Anzeichen oder dem Antwortverhalten der Menschen mit Demenz festgemacht werden kann, bleibt offen.

Die Pflegefachkräfte der somatischen Modellpflegeeinheiten schätzten ihr Wissen über die Evaluation beziehungsgestaltender und -fördernder Pflege zu 39% als sehr gut oder gut ein, 29% als befriedigend und 32% als ausreichend oder mangelhaft (n=110). Etwas mehr als die Hälfte von Ihnen gaben weiterhin bestehenden Fortbildungsbedarf an (53,5%, n=101). Der selbsteingeschätzte Fortbildungsbedarf war bei den Pflegefachkräften der gerontopsychiatrischen Modellpflegeeinheiten vergleichbar hoch (54,8%, n=31), ihren Wissensstand schätzten sie allerdings höher ein. Für mehr als die Hälfte von ihnen (n=31) war er sehr gut oder gut (58%), 39% schätzten ihn als befriedigend und nur eine Person (3%) als lediglich ausreichend ein. Damit spiegelt der selbsteingeschätzte Wissensstand in beiden Gruppen den Grad an Etablierung evaluierender Vorgehensweisen in den Einrichtungen ab, während der Fortbildungsbedarf erneut relativ hoch erscheint, aber auch von einem dauerhaft bestehenden Weiterbildungswillen der Pflegenden zeugt.

Die leitenden Pflegefachkräfte sahen Möglichkeiten zur Reflektion und Evaluation von beziehungsgestaltenden Maßnahmen und der Beziehung zum Menschen mit Demenz für die Pflegenden durch Übergaben, Teambesprechungen und Fallbesprechungen gegeben, wenngleich letztere selten regulär eingesetzt wurden. Eine leitende Pflegefachkraft nennt auch Demenzexperten als Unterstützung bei der Reflektion des Pflegehandelns und hält auch eine Stärkung der Wissens- und Kompetenzbasis der Pflegenden für notwendig.

Die Projektverantwortlichen der somatischen Modellpflegeeinheiten schätzen die Einführbarkeit der fünften Standardebene zurückhaltend ein. Kurze Liegezeiten der Menschen mit Demenz, nicht etablierte pflegerische Fallbesprechungen und ein häufig unstrukturierter Umgang mit Ergebnissen unsystematisch durchgeführter Wirksamkeitsüberprüfungen eigener pflegerischer Leistungen erschweren die Umsetzung dieser Standardebene. Für die gerontopsychiatrischen Modellpflegeeinheiten stellte die Einführung dieser Standardebene keine Hürde dar, da Fallbesprechungen und andere Evaluationsmethoden dort vertrauter erschienen. Dennoch bestand auch nach Abschluss des Implementierungsprojekts auf struktureller Ebene in allen Einrichtungen weiterhin Entwicklungsbedarf zur Stärkung und Etablierung von pflegerischen Fallbesprechungen und anderen Methoden, die Reflektion ermöglichen und so im Sinne des Expertenstandards eine verstehende Haltung der Pflegenden fördern.

2.5 Bewertung des Implementierungsprojekts aus Sicht der Projektverantwortlichen

Naturgemäß bewerten die Projektverantwortlichen der somatischen und der psychiatrischen Kliniken die Ergebnisse des Implementierungsprojekts ausgehend von unterschiedlichen Standpunkten, die sich einerseits an den unterschiedlichen Ausgangslagen (vgl. Kap. 2.2) und andererseits an der perspektivischen Anwendung des Expertenstandards in weiteren Abteilungen oder ihrer gesamten Einrichtung festmachen lassen. Übergreifend sind sich allerdings alle Projektverantwortlichen einig, dass der enge projektbezogene Zeitrahmen von sechs Monaten für die Implementie-

rung keinesfalls ausreichte, um alle Aspekte des Expertenstandards mit einem hohen Durchdringungsgrad einzuführen und damit ein person-zentriertes Pflegeverständnis etablieren oder Einfluss auf die Haltung der Pflegenden nehmen zu können, sofern dies notwendig war. Die unterschiedlichen Ausgangslagen erfordern in der Folge erneut eine getrennte Betrachtung der Bewertung der Projektverantwortlichen.

Modellpflegeeinheiten der psychiatrischen Kliniken

Die Projektverantwortlichen der gerontopsychiatrischen Modellpflegeeinheiten ziehen ein positives Fazit des Implementierungsprojekts und bescheinigen dem Expertenstandard für ihre Einrichtungen eine gute Praxistauglichkeit und eine hohe Akzeptanz unter den Pflegenden. Beides führen sie auf seine inhaltliche Nähe zur alltäglichen und von Normalität gekennzeichneten Pflege von Menschen mit Demenz der Modellpflegeeinheiten zurück. Dies gilt vor allem, da viele Inhalte des Expertenstandards bereits vor Implementierungsbeginn auf den Modellpflegeeinheiten umgesetzt wurden und *„das Bewusstsein, dass die person-zentrierte Pflege der entscheidende Faktor bei der Pflege von Menschen mit Demenz ist, (...) in der Gerontopsychiatrie schon immer vorhanden“* (25KH) war. Die Implementierung des Expertenstandards wurde als Impuls wahrgenommen, Beziehungsgestaltung inhaltlich intensiver und mit größerer Systematik zu betrachten und sie stärker in den Vordergrund zu rücken. Die Projektverantwortlichen sehen als Ergebnis eine Sensibilisierung der Pflegenden für die Bedeutung von Person-Zentrierung und Beziehungsgestaltung im Allgemeinen und eine Bestätigung der geleisteten Arbeit im Besonderen. Erreicht werden konnte aus Sicht der Projektverantwortlichen ein besserer Einbezug von Biografie und Lebenswelt der Menschen mit Demenz in ihre pflegerische Versorgung, ein flexiblerer Umgang mit geplanten organisatorischen Abläufen, ein systematischerer Umgang mit den Ergebnissen von Fallbesprechungen oder anderen Formen der Evaluation von Maßnahmen und zu einem gewissen Grad auch eine Kompetenzsteigerung der Pflegenden. Hier sehen die Projektverantwortlichen allerdings noch weiteres Verbesserungspotential, denn insbesondere zum Umgang mit subjektivem Realitätserleben der Menschen mit Demenz reiche eine theoretische Vermittlung von Inhalten nicht aus. Eine notwendige Expertise entsteht aus ihrer Sicht erst durch Erfahrung.

Die Implementierung des Expertenstandards hat aus Sicht der Projektverantwortlichen dazu beigetragen, Beziehungsgestaltung als pflegerische Aufgabe zu verstetigen und das hohe Niveau der pflegerischen Fachlichkeit in der Beziehungsgestaltung bei der Pflege von Menschen mit Demenz unterstrichen. Allerdings zeigen die Projektberichte auch, dass nicht überall ein gleiches Verständnis von Person-Zentrierung vorherrschte und Prinzipien zwar bekannt, aber nicht immer gelebt wurden. Eine projektverantwortliche Person sah auch für psychiatrische Kliniken die Gefahr einer zunehmenden Defizitorientierung, die die Beziehungsgestaltung als Kern psychiatrischer Pflegetätigkeit in den Hintergrund drängt. Ursächlich dafür seien auch unpassende, freiwillig oder unfreiwillig eingenommene Rollen der Pflegenden: *„Pflegefachkräfte mit einem Selbstbild als medizinische Assistenz sind sich der eigenen Rolle nicht bewusst und weisen einen Mangel oder eine Vernachlässigung im Bereich der Beziehungsgestaltung auf.“* (25KH). Notwendig sind aus Sicht aller drei Projektverantwortlichen weiterhin regelmäßige Fort- und Weiterbildungen, die Etablierung unterschiedlicher Qualifikationsniveaus in den Pflegeteams, die Klärung der Rollen der Pflegenden und ihres Beitrags an der Versorgung von Patientinnen und Patienten, eine Stärkung der interdisziplinären Zusammenarbeit und eine personelle Kontinuität in den Pflegeeinheiten und Einrichtungen, damit einmal bestehende Expertise in der beziehungsfördernden und -gestaltenden Pflege von Menschen mit Demenz dauerhaft gesichert werden kann.

Modellpflegeeinheiten der somatischen Kliniken

Das Fazit der Projektverantwortlichen fällt unterschiedlich aus und die differenzierten Sichtweisen auf Praxistauglichkeit, Akzeptanz und zukünftige Anwendungsmöglichkeiten sind geprägt durch den Stand der Pflege von Menschen mit Demenz vor Implementierungsbeginn, den inhaltlichen Verlauf des Implementierungsprojekts und ihre eigene Rolle dabei. Sie blicken allerdings auch über die Grenzen des Implementierungsprojekts und der Modellpflegeeinheiten hinweg.

Die Auditergebnisse der Modellpflegeeinheiten schätzen die Projektverantwortlichen realistisch ein und sehen einen weiterhin bestehenden inhaltlichen und strukturellen Entwicklungsbedarf, der es verhindert, von einer vollumfänglich gelungenen Standardimplementierung sprechen zu können. Wenig überraschend sehen sie die Einführung des Expertenstandards nach dem Projektende auch nicht als abgeschlossen an. Einfluss auf die Zielerreichungsgrade der Dokumentationsanalyse des Audits nimmt aus Sicht einer projektverantwortlichen Person die defizitorientierte Pflegedokumentation, deren vollständige Anpassung, z. B. durch veränderte Maßnahmenpläne, im Rahmen der Projektlaufzeit nicht möglich war. Zudem seien die Pflegenden einen bestimmten Dokumentationsstil gewohnt und in Kombination dessen komme *„die komplexe Abbildung von Pflege an Grenzen“* (10KH). Allerdings gab es auch Zielerreichungsgrade, die die Projektverantwortlichen in der Höhe überrascht haben und eine projektverantwortliche Person hinterfragt sie kritisch. Sie stellt eine mögliche Diskrepanz fest zwischen dem, was in der Dokumentation festgehalten oder in der Befragung geäußert wurde und dem, was in der Pflege der Menschen mit Demenz wirklich angeboten wurde.

Unabhängig davon und letztendlich bedeutsamer als die Auditergebnisse, erkennen die Projektverantwortlichen Anzeichen dafür, dass sich das Verständnis der Pflege von Menschen mit Demenz auf den Modellpflegeeinheiten ändert. Dies machen sie vor allem an einer verstärkten Sensibilisierung der Pflegenden für die Bedürfnisse der Menschen mit Demenz, an einem einfühlsamen Umgang mit ihnen, einer veränderten Kommunikation über sie und mit ihnen und der Gewährung von größerem Freiraum für situationsbedingte Angebote und Maßnahmen fest. Unterstützend wirkt dabei die gestiegene Beachtung der Biografie der Menschen mit Demenz, eine veränderte und zum Teil neue Palette möglicher Maßnahmen sowie natürlich auch die projektbedingte Konzentration auf das Thema und die Rolle der Pflegeeinheiten als Modellpflegeeinheit. Dennoch geschieht dies alles weiterhin innerhalb der zeitlich und organisatorisch eng strukturierten und einer somatischen Behandlungslogik unterworfenen Abläufe des Akutkrankenhauses. Eine projektverantwortliche Person fasst dies so zusammen: *„Die Kollegen wirken besser vorbereitet, sie haben mehr kreative Ideen und besprechen die Situationen vermehrt und sind auf der Suche nach geeigneten Lösungen. Eine Normalität wird es, glaube ich, nie werden, da Menschen mit Demenz trotzdem immer noch etwas Unruhe in einen „normalen“ Stationsalltag bringen und jeder Mensch letztendlich individuell zu betrachten und zu behandeln ist.“* (20KH).

Hinsichtlich der Akzeptanz und der Praxistauglichkeit des Expertenstandards äußern sich die Projektverantwortlichen der somatischen Modellpflegeeinheiten verhalten optimistisch, formulieren zum Teil berechtigte Zweifel und benennen dabei notwendige Voraussetzungen für eine Einführung des Expertenstandards. Zweifel bestehen hinsichtlich der Rahmenbedingungen, die derzeit verhindern, dass beziehungsfördernde und -gestaltende Pflege von Menschen mit Demenz einen höheren Stellenwert bekommt. Eine projektverantwortliche Person erkennt die Notwendigkeit von Freiräumen für die Pflegenden, in denen sie, möglicherweise auch unterstützt durch Coaching, Supervision und eine offene Feedback-Kultur, ihre Rolle und Haltung reflektieren und an ihnen arbeiten können. Ohne dies bliebe, so eine andere projektverantwortliche Person, nur der veränderte Dokumentations- und der subjektiv empfundene Zeitaufwand sichtbar und die Schwerpunktaufgaben der Diagnostik, Behandlung und Therapie im Mittelpunkt, was die positiven Effekte der eingeleiteten beziehungsfördernden Maßnahmen in den Hintergrund treten ließe. Gut umsetzbar erscheinen den Projektverantwortlichen die Einschätzung von Beziehungsbedarfen und der Einbezug der Biografie des

Menschen mit Demenz in eine beziehungsbedarfsbezogene Maßnahmenplanung. Zudem werden die klaren Strukturen des Expertenstandards, die mit seiner Einführung verbundenen Vorgaben und die möglichen Maßnahmen positiv gesehen. Dennoch klingt in nahezu allen Projektberichten an, dass Fallbesprechungen und das Bilden von Verstehenshypothesen durch die kurzen Verweildauern der Menschen mit Demenz selten möglich waren.

Alle Projektverantwortlichen sehen das Projekt der modellhaften Implementierung für ihre Einrichtungen als Startschuss für die weitere Einführung des Expertenstandards an und nehmen die erreichten Ergebnisse dabei als Standortbestimmung. Sie sehen große Notwendigkeit für weitere Fortbildungen der Pflegenden, die Bildung von demenzbezogener Expertise und eine interne Auseinandersetzung mit dem Konzept der Person-Zentrierung auch auf der Leitungsebene der Einrichtung.

2.6 Fazit zu den Ergebnissen in den Krankenhäusern

Der Bedarf für eine beziehungsgestaltende und -fördernde Pflege von Menschen mit Demenz in den Krankenhäusern ist unabhängig von deren Fachrichtung hoch. Die modellhafte Implementierung hat gezeigt, dass der Expertenstandard unabhängig von bestehenden Konzepten zur person-zentrierten Pflege und unabhängig von vorhandener Expertise in der Pflege von Menschen mit Demenz einführbar ist und seine Inhalte von den Pflegefachkräften akzeptiert werden. Allerdings begrenzen fehlende Konzepte, mangelnde Expertise und vor allem geringe Unterstützung durch das Pflege- und Einrichtungsmanagement die Reichweite seiner Einführung. Einrichtungen, die zu Implementierungsbeginn über wenig Vorerfahrungen in person-zentrierter Pflege von Menschen mit Demenz verfügten, haben sich im Rahmen Standardeinführungen auf eine formale Erfüllung von Standardkriterien konzentriert und ihr Augenmerk weniger auf die inhaltliche Ausgestaltung der Pflege von Menschen mit Demenz und die Förderung einer person-zentrierten Haltung gelegt. Die Auditsergebnisse der somatischen Modellpflegeeinheiten zeigen großen Entwicklungsbedarf und sind sehr heterogen, während die Ergebnisse der gerontopsychiatrischen Modellpflegeeinheiten den Schluss zulassen, dass die Verstetigung bereits bestehender person-zentrierter Haltung im Mittelpunkt zukünftiger Entwicklungsmaßnahmen stehen sollte.

Einfluss auf die Ergebnisse haben aus Sicht der wissenschaftlichen Projektbegleitung insbesondere die Expertise und Rolle der Projektverantwortlichen, die organisatorischen und strukturellen Bedingungen, die teilweise kleinen Fallzahlen der Modellpflegeeinheiten und selbstverständlich der Stand der Pflege von Menschen mit Demenz zu Projektbeginn genommen. Gut gelungen ist die verstärkte Konzentration auf die Biografie und Lebenswelt von Menschen mit Demenz im Rahmen der Pflegeanamnese und sie scheint unabhängig von Aufenthaltsdauer und Einweisungsdiagnose geeignet zu sein, auf die Person größere Aufmerksamkeit zu lenken und ein Verständnis für Verhaltensweisen zu erhöhen. Maßnahmen zur Beziehungsgestaltung stehen unter dem Einfluss der Kernaufgaben eines Krankenhauses und im Rahmen des Implementierungsprojektes ist nicht allen Modellpflegeeinheiten gelungen, eine Balance zwischen einer Integration beziehungsgestaltender Elemente in andere Pflegemaßnahmen und spezifischen, wirksamen Maßnahmen zur Beziehungsgestaltung zu finden.

Letztendlich ist all dies aber nur unter der Voraussetzung einer Haltungsänderung der Pflegenden und einer geringeren Konzentration auf verrichtungsorientierte Prinzipien nachhaltig erreichbar. Dazu kann eine Stärkung der Wissensbasis der Pflegenden durch Fortbildungen beitragen. Es bestätigen sich aber auch die Empfehlungen des Expertenstandards zur Einbeziehung von Demenzexperten, die entweder als Teil des Pflegeteams einer Abteilung oder auf Einrichtungsebene vorbildhaft die Pflege von Menschen mit Demenz prägen, für kollegiale Fachberatungen zur Verfügung stehen und den Erfahrungszuwachs anderer Pflegenden begleiten. Einen Effekt können zusätzlich auch zu bildende interne und externe Netzwerke haben, indem im Austausch über Einzelfälle im

Rahmen von Verlegungen, Entlassungen oder Einweisungen von Menschen mit Demenz sowie durch allgemeinen fachlichen Austausch zwischen Abteilungen oder Einrichtungen mit einem unterschiedlichen Entwicklungsstand in der Pflege von Menschen mit Demenz förderliche Synergieeffekte entstehen. Eine entscheidende Rolle spielt bei alldem die Haltung der Einrichtungs- und Pflegeleitungen zur Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz.

Unabhängig von der Fachrichtung von Kliniken erscheint aus qualitätsmethodischer Sicht eine gezielte Einführung des Expertenstandards zunächst in Abteilungen ratsam, die regelmäßig und häufig eine größere Zahl von Menschen mit Demenz versorgen und dabei die Ziele abhängig vom individuellen Stand der Pflege von Menschen mit Demenz zu setzen. Eine bereits weit entwickelte und in der person-zentrierten Pflege erfahrene Einrichtung oder Pflegeeinheit wird den Expertenstandard unter großer Wahrscheinlichkeit mit nur geringen Schwierigkeiten vollumfänglich einführen und nutzen können. Für andere Einrichtungen mit weniger ausgeprägten Erfahrungen in der Pflege von Menschen mit Demenz kann es wiederum hilfreich sein, zunächst Kernaspekten der Struktur- und Prozesskriterien oder einzelnen Standardebenen größere Aufmerksamkeit zu widmen, sei es beispielsweise der Stärkung der Wissens- und Kompetenzbasis der Pflegenden, der Etablierung von abteilungsübergreifend tätigen Demenzexperten oder der Einführung pflegerischer Demenzberatung für Patienten und Angehörige. Dabei darf allerdings das Ziel einer schrittweisen Annäherung an das gesamte Qualitätsniveau des Expertenstandards nicht aus den Augen verloren werden.

3 Die Implementierung in Einrichtungen der stationären Altenhilfe

3.1 Strukturdaten

An der modellhaften Implementierung haben sich elf Einrichtungen der stationären Altenhilfe beteiligt (vgl. Tab. 2), von denen neun auf die Pflege von Menschen mit Demenz spezialisiert waren. In fünf dieser spezialisierten Einrichtungen lag ein Konzept zur person-zentrierten Pflege vor. Die Gesamtgröße aller Einrichtungen bewegte sich zwischen 40 und 448 Bewohnerinnen- und Bewohnerplätze und für die Implementierung des Expertenstandards wurden zwischen einer und vier Pflegeeinheiten ausgewählt. Damit wurde er in zwei Einrichtungen einrichtungsweit und in allen anderen auf einzelnen Modellpflegeeinheiten implementiert. Die Pflegeeinheiten hatten zwischen 12 und 51 Bewohnerinnen- und Bewohnerplätze und der Anteil an Menschen mit Demenz lag zwischen 51 % und 100 % aller Bewohnerinnen und Bewohner, wobei in der Mehrzahl der Pflegeeinheiten der Anteil deutlich überwog. Alle Modellpflegeeinheiten waren nach dem Bezugspflegesystem organisiert und an der Pflege von Menschen mit Demenz waren Pflegefach- und Pflegehilfskräfte sowie Betreuungskräfte und weitere Pflegenden ohne Qualifikation beteiligt. Die Pflegedokumentation orientierte sich in sieben der elf Einrichtungen am Strukturmodell und wurde in neun Einrichtungen digital geführt. In allen Einrichtungen lagen umfassende Erfahrungen in der Anwendung von Expertenstandards vor, nicht allerdings in der Durchführung von Audits mit den DNQP-Auditinstrumenten. Diese wurden nur in vier Einrichtungen genutzt, dann allerdings auch auf den Modellpflegeeinheiten.

Einrichtungen der stationären Altenhilfe	
Seniorenstift Haus Berge, Essen	Pflegedienstleitung: Marita Neumann Projektverantwortliche Person: Ingeborg Becker
Caritas Altenzentrum Santa Teresa, Frankfurt	Einrichtungsleitung: Gesche Oppermann Projektverantwortliche Person: Susanne Beltz
Danuvius Haus Ingolstadt	Einrichtungsleitung & Projektverantwortliche Person: Beate Fröhlich
St. Augustinus Memory-Zentrum, Neuss	Pflegedienstleitung & Projektverantwortliche Person: Katharina Hötte
Seniorenheim Haus Malta, Berlin	Pflegedienstleitung: Gudrun Panieke-Schulz Projektverantwortliche Person: Bernard Langner
Seniorenwohnen im Park, Bad Fredeburg	Pflegedienstleitung & Projektverantwortliche Person: Birgit Quaas
Diakonisches Werk Schweinfurt e. V., Pflegezentrum Maininsel, Schweinfurt	Pflegedienstleitung: Tatjana Sammeth Projektverantwortliche Person: Daniela Rütth
Wohn- und Pflegeheim Kessler-Handorn, Kaiserslautern	Pflegedienstleitung & Projektverantwortliche Person: Heidemarie Sauerbaum
Diakonie Düsseldorf, Ferdinand-Heye-Haus, Düsseldorf	Abteilungsleiterin: Andrea Köhler Projektverantwortliche Person: Sabine Sylvester-Bierwas
AWO-Zentrum - Hausgemeinschaften, Bayreuth	Pflegedienstleitung: Natalie Erigin Projektverantwortliche Person: Antje Wagner, M.A.
Samariterstift Wiesensteig	Hausleitung & stellv. Pflegedienstleitung: Ines Göring Projektverantwortliche Person: Josefine Weisse, B.A.

Tabelle 2: Übersicht über die beteiligten Einrichtungen der stationären Altenhilfe

3.2 Person-Zentrierung und Pflege von Menschen mit Demenz vor Implementierungsbeginn

Die Projektverantwortlichen schätzten die Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz aller Modellpflegeeinheiten vor Projektbeginn bereits als gelingend und durchgängig weit entwickelt ein. Das lag entweder an einem bereits etablierten person-zentrierten und auf entsprechenden Konzepten beruhenden Pflegeverständnissen in den Einrichtungen oder an der Expertise in der Pflege von Menschen mit Demenz einzelner oder mehrerer Pflegenden.

Beziehungsgestaltende Angebote waren bereits vor Projektbeginn auf allen Modellpflegeeinheiten etabliert. In der Regel waren es Gruppen- oder Individualangebote, die sich teilweise an der Biografie einzelner Menschen mit Demenz orientierten. In der Mehrzahl nannten die Projektverantwortlichen Angebote, die in den Aufgabenbereich von Betreuungskräften und Mitarbeitern des sozialen Dienstes fielen. Angehörige der Menschen mit Demenz wurden in allen Modellpflegeeinheiten regelmäßig eingebunden, sofern sie dazu bereit waren. Hinweise auf beziehungsgestaltende Anteile pflegerischer Tätigkeiten wurden vor allem von Projektverantwortlichen aus Einrichtungen gegeben, die bereits seit längerem ein Konzept zur person-zentrierten Pflege nutzten und eine entsprechende Haltung als Grundlage aller Aktivitäten von Alltags- und Milieugestaltung bis hin zur Gewährung von Nähe und Präsenz ansahen. Ausschlaggebend hierfür war aber nicht allein ein vorliegendes Konzept zur person-zentrierten Pflege, sondern es war *„stark von der Fachlichkeit abhängig und wie lange ein Mitarbeiter schon im Haus arbeitet“ (06SAH)*. Zudem spielten auch die *„zeitlichen und personellen Ressourcen“ (11SAH)* eine Rolle dafür, ob und in welcher Weise sich Pflegefachkräfte an beziehungsgestaltenden Angeboten beteiligen konnten.

Neben zeitlichen und personellen Ressourcen nahmen auch andere strukturelle Rahmenbedingungen Einfluss auf die Möglichkeiten die Pflege von Menschen mit Demenz person-zentriert zu gestalten. Vorrangigen Einfluss hatten die Haltung, das Wissen und die Expertise der Pflegenden. Sie wirkten sich vorrangig auf deren Flexibilität in der Ausgestaltung von Maßnahmen aus. Pflegenden mit höherer Expertise und einer person-zentrierten Haltung fiel es demnach leichter, der Beziehungsgestaltung Vorrang vor der Erfüllung geplanter Pflegemaßnahmen zu geben, für andere stand *„die Verrichtung von Tätigkeiten im Vordergrund“ (15SAH)*. Neben fehlendem Fachwissen und verrichtungsorientiertem Denken lagen Gründe dafür aus Sicht der Projektverantwortlichen auch in der Angst vor Angehörigenkonflikten bei nicht Erfüllen derer Erwartungen, dem Gefühl, selbstgesteckte Ziele und Aufgaben nicht erfüllen zu können und möglicherweise auch in kulturell bedingten Einstellungen gegenüber der Pflege von Menschen mit Demenz.

Expertise in der Pflege von Menschen mit Demenz, gefestigte Teamstrukturen und entsprechende Leitbilder und Konzepte erleichterten auch das Abweichen von Maßnahmenplänen und die Veränderung von Abläufen. Allerdings stellten mehrere Projektverantwortliche fest, dass Reaktionen in den Teams darauf unterschiedlich ausfielen, wenn geringe Zeitkorridore für einzelne Tätigkeiten vorhanden waren oder Menschen mit Demenz nach Ansicht einzelner Pflegenden durch die Abweichung nicht angemessen gepflegt wurden. Die Organisationsstruktur verhinderte dies aus Sicht der Projektverantwortlichen ebenso wenig, wie sie Möglichkeiten zur person-zentrierten Pflege im Allgemeinen einschränkte. Die Strukturen in den Einrichtungen sahen sie mehrheitlich als förderlich an, wenn person-zentrierte Pflege in Konzepten verankert war, flache Hierarchien mit einem kooperativen Führungsstil verbunden waren und ausreichend Fachkräfte und andere Pflegenden verfügbar waren. Einschränkungen ergaben sich allerdings durch Dienstzeiten, Personalbesetzungen der Schichten oder vorgegebene Essenszeiten und weniger beeinflussbare Rahmenbedingungen wie *„Lieferungen, Bestellwesen, Wäsche- und Geschirrvorsorgung, Speisemanagement“ (21SAH)*.

Ähnliches gilt für die Fähigkeit der Pflegenden, angemessen auf subjektive Realitäten der Menschen mit Demenz zu reagieren. Auch hier standen ihre Expertise, die Teamstruktur und die Organisationsstruktur der Einrichtungen als unterstützende Grundlagen im Mittelpunkt. Eine projektverantwortliche Person fasst zusammen, wodurch dies neben der Haltung aller an der Pflege beteiligten Personen und der Einrichtungsleitung noch gefördert wird und benennt *„ausreichend Freiraum der Pflegenden, ausreichende Personalausstattung, ein Milieu, das den Anforderungen der Menschen mit Demenz entspricht, einen guten Umgangston unter den Pflegenden, ausreichendes Wissen zum Thema Demenz, Personalentwicklung und Beratung durch einen Demenzexperten“* (24SAH). Demenzexperten waren, zusätzlich zu den erfahrenen und fortgebildeten Pflegenden, vor Projektbeginn in nur drei der Einrichtungen nicht verfügbar. In allen anderen bestand zumindest regelmäßig, aber zumeist dauerhaft die Möglichkeit, einen Demenzexperten, z. B. eine gerontopsychiatrische Fachkraft, hinzuzuziehen.

Die Pflege von Menschen mit Demenz war nach Einschätzung der Projektverantwortlichen in allen beteiligten Modellpflegeeinheiten von großer Normalität gekennzeichnet. Dies war natürlich einerseits Folge der Spezialisierung auf die Pflege von Menschen mit Demenz in einem Teil der Einrichtungen und gleichermaßen des hohen Anteils von Menschen mit Demenz an allen Bewohnerinnen und Bewohnern der Einrichtungen. Die Normalität machte sich für zwei Projektverantwortliche insbesondere daran fest, dass *„nur äußerst selten Irritationen über die Kommunikations- und Interaktionsweisen der Bewohner (02SAH)“* entstanden und andererseits *„die Integration der Bewohner mit Demenz in den Alltag in der Regel gut gelingt“* (15SAH).

3.3 Vorgehen

Die Projektverantwortlichen haben sich für den Implementierungsprozess in den Modellpflegeeinheiten am DNQP-Phasenmodell orientiert, dabei allerdings die Phasen sowohl hinsichtlich ihrer zeitlichen Abfolge als auch ihrer inhaltlichen Ausgestaltung modifiziert. Beides war auf den Stand der Pflege von Menschen mit Demenz zurückzuführen und auf frühzeitige Erkenntnisse darüber, zu welchen Expertenstandardinhalten Anpassungen des einrichtungsinternen Vorgehens erfolgen müssten.

Projektverantwortliche und Arbeitsgruppen

Die Vorerfahrungen der Projektverantwortlichen waren unterschiedlicher Natur, ebenso hatten sie innerhalb der Einrichtungen unterschiedliche Rollen und beides nahm an verschiedenen Stellen Einfluss auf den Projektverlauf. Alle Projektverantwortlichen waren im Rahmen ihrer Tätigkeiten mit Expertenstandards in Berührung gekommen und hatten Vorwissen hinsichtlich ihrer Anwendung, allerdings gaben nur vier von ihnen an, bereits tiefergehende Erfahrungen in der Einführung von Expertenstandards zu haben. Ähnlich gelagert waren die Erfahrungen der Projektverantwortlichen in der Pflege von Menschen mit Demenz. Alle hatten Berührungspunkte und wiesen unterschiedliche Erfahrungen auf, die von übergeordneten Kenntnissen bis hin zu expliziter Expertise reichten. Hinsichtlich der Projektsteuerung gab es an unterschiedlichen Stellen ebenso Bedarf an qualitätsmethodischen Erfahrungen wie an demenzspezifischer Expertise, sodass die Projektverantwortlichen, die gleichermaßen über beides verfügten, in diesen Fällen Vorteile für eine gelingende Projektdurchführung und -steuerung erkannten.

Für die Implementierung wurden auf allen Modellpflegeeinheiten Arbeitsgruppen gebildet. An der Auswahl potentieller Arbeitsgruppenmitglieder waren in der Regel die Einrichtungs- oder Pflegeleitungen beteiligt, die die Mitglieder nach Eignung und Bereitschaft zur Mitarbeit auswählten oder vorschlugen. Die Arbeitsgruppen hatten eine Größe von sieben bis dreizehn Personen und setzten sich aus Vertreterinnen und Vertreter aller an Pflege von Menschen mit Demenz beteiligten Personen zusammen. Beteiligt wurden demnach leitende und nicht-leitende Pflegefachkräfte,

Pflegehilfskräfte, Betreuungskräfte und Angehörige des Sozialen Dienstes oder hauswirtschaftliche Präsenzkkräfte. Gute Erfahrungen haben die Modellpflegeeinheiten dabei mit der Beteiligung von Personen mit unterschiedlicher Berufserfahrung und -qualifikation, der Leitungsebene der Einrichtungen und dem Einbezug von Befürwortern und Kritikern des Projekts gemacht. Aus einer Einrichtung wurde zudem positiv über Beteiligung einer Angehörigen an der Arbeitsgruppe berichtet, die an einigen Stellen Sichtweisen von Angehörigen, Bewohnerinnen und Bewohnern in den Implementierungsprozess einbringen konnte.

Projektstart

Der Projektstart war in allen Einrichtungen durch Informationsveranstaltungen über das Projekt gekennzeichnet, die in einigen Modellpflegeeinheiten sofort mit Hinweisen zum Vorgehen im Projekt oder der Bildung von Arbeitsgruppen verbunden waren. In der Regel erhielten die Mitarbeiter der Modellpflegeeinheiten mehr Informationen als die der weiteren Bereiche der Einrichtung. In einer Einrichtung wurden auch die Angehörigen der Bewohnerinnen und Bewohner zu einem Informationsabend über die anstehende Implementierung des Expertenstandards eingeladen, was allerdings nur auf geringe Resonanz stieß.

Fortbildungen

In allen Einrichtungen bestand Fortbildungsbedarf zum Expertenstandard und seinen Inhalten. Dabei waren die Inhalte abhängig vom Grad der Spezialisierung der Einrichtung und der Expertise der Mitarbeiter. Der Fortbildungsbedarf wurde in allen Einrichtungen entweder durch Abfrage bei den Mitarbeitern oder durch eine systematische Erhebung, z. B. per Fragebogen, ermittelt.

Im Mittelpunkt des Fortbildungsbedarfs standen neben allgemeineren Themen zum Vorgehen bei der Expertenstandardimplementierung und der Vorstellung des Expertenstandards Inhalte, die enger mit Wissen über Demenz sowie der Haltung und dem Verhalten im Rahmen der Pflege von Menschen mit Demenz verbunden waren. Dies waren vor allem Grundlagen zu person-zentrierter Pflege, spezifischen Konzepten wie z. B. Validation, Umgang mit subjektiven Realitäten von Menschen mit Demenz oder die Entwicklung von Verstehenshypothesen. Seltener thematisiert waren konkrete Maßnahmen oder Fragen der Einschätzung von Unterstützungsbedarfen und Dokumentationsanforderungen. In Einrichtungen, die bereits ein person-zentriertes Konzept zur Pflege von Menschen mit Demenz nutzten, gab dabei keinen geringeren Fortbildungsbedarf als in anderen Einrichtungen, der Bedarf hatte allerdings eine andere thematische Bandbreite.

In Einrichtungen mit stärker ausgeprägter Person-Zentrierung und höherer Expertise in der Pflege von Menschen mit Demenz wurden Fortbildungen inhaltlich analog zu Inhalten bestehender Konzepte oder etablierter Handlungsweisen gestaltet und auf diese Weise für eine Wissensauffrischung erfahrener und für den Neuerwerb von Wissen weniger erfahrener oder neuer Mitarbeiter gesorgt. Insbesondere Schulungen zu den Konzepten erwiesen sich dabei als zeitintensiv, demgegenüber konnten Fortbildungen zu spezifischen Pflegemaßnahmen und -angeboten auch als Einzelcoaching in den Pflegealltag integriert werden. Insgesamt hat sich in allen Einrichtungen ein Mix aus klassischen Fortbildungen und gezielter Anleitung in der Praxis ebenso bewährt, wie die Beteiligung aller Berufsgruppen unabhängig von ihrer Qualifikation an Fortbildungen. Zudem berichten alle Projektverantwortliche davon, dass Fortbildungen nicht ausschließlich zu Beginn der Implementierung angeboten wurden, sondern sich über den gesamten Implementierungsprozess erstreckten und auch nach Abschluss des Projekts weiterhin geplant sind. Dies gilt sowohl für Fortbildungen innerhalb der Einrichtungen als für die Weiterbildung einzelner Pflegenden, z. B. zur gerontopsychiatrischen Fachkraft. Aus diesem Grund lässt sich auch kein verlässlicher Zeitbedarf für Fortbildungen zum Expertenstandard in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe ermitteln, der für ein Erreichen des empfohlenen Wissensstandes ausreichend wäre. Dies gilt auch vor dem Hinter-

grund unterschiedlicher Expertise und bereits entwickelter Haltung in der Pflege von Menschen mit Demenz. Die zeitintensivsten Fortbildungen wurden im Rahmen der Implementierung nicht in einer Einrichtung mit geringer Expertise angeboten, sondern im Gegenteil in einer Modellpflegeeinheit mit bestehendem und gelebtem Konzept zur Person-Zentrierung in der Pflege von Menschen mit Demenz. Es ist davon, dass der Rückgriff auf ein bestehendes Konzept und vorhandene Expertise einen positiven Effekt auf die inhaltliche Ausgestaltung der Fortbildungen hat.

Grundsätzlich bestätigen alle Projektverantwortlichen, dass die Fortbildungen zur Motivationssteigerung unter den Pflegenden beigetragen haben. Durch die Fortbildungen konnten Unsicherheiten in Bezug auf die Standardinhalte verringert, theoretische Grundlagen für die Pflege von Menschen mit Demenz gelegt und Person-Zentrierung oder spezifische Konzepte wie Validation in Ansätzen theoretisch vermittelt werden. Sie dienten auch dem Austausch und der Verständigung der Pflegenden untereinander über die Bedeutung der Pflege von Menschen mit Demenz im Allgemeinen und person-zentrierter Haltung im Speziellen.

Konkretisierung von Standardkriterien, Anpassung von Prozessen und Umsetzung der Expertenstandardinhalte

Die Projektverantwortlichen und die Arbeitsgruppen der Modellpflegeeinheiten haben sich zur Konkretisierung der Standardkriterien für deren Umsetzung zunächst inhaltlich mit dem Expertenstandard vertraut gemacht und Kriterien und relevante Inhalte der Kommentierungen mit dem Vorgehen der Modellpflegeeinheiten abgeglichen. Dabei unterschieden sich Vorgehensweisen und Aufgabenverteilungen zwischen den Einrichtungen nur in Nuancen. Im Mittelpunkt standen in allen Einrichtungen die Fragen danach, was bereits umgesetzt wurde und welche Veränderungen oder Anpassungen notwendig werden. Dazu wurden durch die Arbeitsgruppen zu Beginn vor allem die Pflegedokumentationen gesichtet, aber auch Materialien wie z.B. Einschätzungsinstrumente oder Informationsflyer und Methoden wie z.B. Fallbesprechungen hinsichtlich ihrer Aktualität und Angemessenheit analysiert. Im weiteren Verlauf und je nach Regelmäßigkeit der hausinternen Arbeitsgruppentreffen wurden Arbeitsaufträge an einzelne Arbeitsgruppenmitglieder vergeben oder gemeinsam Konkretisierungen an den Standardkriterien vorgenommen, z.B. ein „*interner Standard entwickelt und eine interdisziplinäre Verfahrensregel geschrieben*“ (15SAH). Bewährt hat sich in einer Einrichtung, im Rahmen der Konkretisierung gezielt Themen aufzugreifen, die von Pflegenden im Rahmen der ersten Fortbildungen zum Expertenstandard als problematisch oder herausfordernd beschrieben wurden und diese prioritär zu bearbeiten.

Anpassungen der Vorgehensweisen auf den Modellpflegeeinheiten (vgl. Kap. 3.4) wurden durch die Arbeitsgruppen zumeist in enger Absprache mit den weiteren Teammitgliedern vorgenommen: „*Die AG-Mitglieder fungierten als Multiplikatoren und übernahmen die Beratung und Anleitung der Teams im Alltag*“ (06SAH). Dabei gab es in allen Einrichtungen eine enge Verzahnung zwischen der Konkretisierungs- und der Umsetzungsphase, die zurecht in allen Einrichtungen als Teil der Einführung des Expertenstandards und damit als Probelauf wahrgenommen wurde. Damit bestand weiterhin die Möglichkeit, Veränderungsimpulse der praktischen Umsetzung durch die Arbeitsgruppe aufzugreifen und in die theoretische Konkretisierung der Standardinhalte einfließen zu lassen. Förderlich hierfür waren auch die Teilnahme der Projektverantwortlichen an Teamsitzungen und die Informationsvermittlung durch Einführungsveranstaltungen für alle Beteiligten. Alle Einrichtungen haben auf diese Weise auch für eine große Transparenz gesorgt. Dies führte in einigen Einrichtungen zu gesteigertem Interesse am Expertenstandard und dem Implementierungsprojekt und die Umsetzung von Inhalten wirkten motivationsfördernd, wenn sich Erfolge im Umgang mit den Menschen mit Demenz einstellten.

Allerdings berichten die Projektverantwortlichen auch von Motivationsproblemen. In den Arbeitsgruppen war es durch krankheitsbedingte Ausfälle oder hohes Arbeitsaufkommen in den Wohnbereichen nicht in allen Einrichtungen möglich, regelmäßige Sitzungstermine einzuhalten. Auf inhaltlicher Ebene war es nicht immer einfach, die Inhalte des Expertenstandards verständlich den Pflegenden zu vermitteln und eine „*Sprache zu finden, die alle an der Versorgung Beteiligten verstehen und sprechen*“. (15SAH). Dabei war vor allem die Übersetzung von Fachbegriffen schwierig und ihr Verstehen zusätzlich erschwert, wenn Begrifflichkeiten wie „Beziehungsgestaltung“ oder „Person-Zentrierung“ sich weniger gut mit dem vorherrschenden, zum Teil verrichtungsorientierten Pflegeverständnis in Einklang bringen ließen. Hilfreich war die gemeinsame Bearbeitung von Pflegedokumentationen durch Mitglieder der Arbeitsgruppe und andere Pflegende oder die probeweise, angeleitete Entwicklung von Verstehenshypothesen durch die Pflegeteams, um auf diese Weise die Bedeutung von Begrifflichkeiten und ihren Zweck zu vermitteln.

Audit

Alle Projektverantwortlichen haben sich bei der Durchführung des Audits an das empfohlene methodische Vorgehen gehalten und lediglich für die Befragung der Menschen mit Demenz beziehungsweise ihrer Angehörigen kleinere, vornehmlich organisatorische Sonderwege gewählt.

Auch, wenn alle Modellpflegeeinheiten bereits Vorerfahrungen in der Einführung und Anwendung von Expertenstandards aufwiesen, waren nur vier von ihnen mit der Durchführung von Audits vertraut. Dies gilt gleichermaßen für die Projektverantwortlichen. Sie haben dennoch alle das Audit selbst durchgeführt und lediglich in zwei Einrichtungen zusätzlich eine weitere Person zum Audit hinzugezogen.

Die Analyse der Pflegedokumentation (Audit Teil 1, s. Anhang) verlief in allen Modellpflegeeinheiten ebenso problemlos, wie die Befragung der jeweiligen zuständigen Pflegefachkraft des auditierten Menschen mit Demenz. Für die Dokumentationsanalyse haben die Projektverantwortlichen alle Pflegedokumente in das Audit einbezogen, um Hinweise für die entsprechenden Fragen zu identifizieren. Dazu gehörten neben der Pflegeplanung und -verlaufsdokumentation z. B. auch die Pflegeanamnese, Protokolle von Pflegevisiten, von Fallbesprechungen oder von Übergabe- und Teambesprechungen. Einige Projektverantwortliche berichteten, dass der Analyseprozess besonders zu Beginn zeitaufwändig war, mit steigender Kenntnis der Dokumentationsstrukturen aber schneller bewältigt werden konnte. Die Befragung der Bezugspflegerkräfte wurde in den meisten Fällen durch vorherige Informationen über das Vorgehen erleichtert und zusätzlich durch zuvor abgesprochene Terminierung und Anpassung von Dienstplänen gefördert. Einen positiven Effekt hatte zudem, dass zwischen den auditierenden Personen und den Pflegenden in der Regel ein vertrauensvolles Verhältnis aufgebaut war, sodass ein Kontroll- oder Überprüfungseffekt ausgeschlossen werden konnte.

Ein solches, vertrauensvolles Verhältnis unterstützte auch die Befragung der Menschen mit Demenz oder ihrer Angehörigen. Die Befragung der Angehörigen fand bei deren Besuchen in der Einrichtung und zumeist nach vorheriger Information über die Befragung und Terminabsprache statt. Eine Befragung von Menschen mit Demenz gelang nur selten. Wenn es möglich war, haben die auditierenden Personen die Fragen sprachlich angepasst. Aus einer Einrichtung berichtet eine projektverantwortliche Person, dass sie durch die Befragung einen aktivierenden Effekt und Spaß an der Situation bei den Menschen mit Demenz wahrnehmen konnte.

Die Stichprobengrößen lagen zwischen $n = 12$ und $n = 40$ Menschen mit Demenz. Damit hat in vier Modellpflegeeinheiten eine Vollerhebung stattgefunden und auch in vier weiteren konnten nahezu alle Menschen mit Demenz der Modellpflegeeinheit in das Audit einbezogen werden. Lediglich in den zwei Einrichtungen mit größeren Modellpflegeeinheiten ist die Datenerhebung mit der angestrebten Zahl von 40 Audits beendet worden.

Auch die Befragung der Pflegenden zu ihrem Wissensstand (Audit Teil 2, s. Anhang) verlief in allen Modellpflegeeinheiten weitestgehend unproblematisch. Förderlich waren die vorherige Information der Pflegenden zu Sinn und Zweck der Befragung und die Verteilung der Fragebögen im Rahmen von Teamsitzungen in Verbindung mit der Möglichkeit der Rückgabe in Sammelboxen, um die Anonymität zu gewährleisten. Die Rücklaufquoten lagen zwischen zufriedenstellenden 71 % und sehr guten 100 %.

Durch die Befragungen der leitenden Pflegefachkräfte zu den Strukturkriterien (Audit Teil 3, s. Anhang) des Expertenstandards liegen für die Modellpflegeeinheiten Hinweise zur vorhandenen oder geplanten Umsetzung der Strukturkriterien des Expertenstandards vor, die in die Ergebnisdarstellung einfließen.

3.4 Ergebnisse

Die Auditergebnisse zu den Menschen mit Demenz (Audit Teil 1, s. Anhang) zeigen für den gesamten Expertenstandard einen hohen Umsetzungsgrad in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe, der insgesamt die bereits zu Implementierungsbeginn weit entwickelte Qualität der Pflege von Menschen mit Demenz auf Basis der vorhandenen Expertise und bestehenden Konzepten in einigen der Einrichtungen widerspiegelt (vgl. Abb. 4). Entwicklungsbedarf ist bei den innovativeren Inhalten des Expertenstandards zu erkennen, insbesondere bei den Verstehenshypothesen (E2.3), der Beratung Angehöriger von Menschen mit Demenz (E3.2) und dem Einsatz von Fallbesprechungen (E5.1). Letztendlich sind diese Auditergebnisse allerdings nur unter Berücksichtigung der in den Einrichtungen vorgenommenen Konkretisierung, der inhaltlichen Ausgestaltung und der Umsetzung der Expertenstandardempfehlungen interpretierbar.

Zielerreichungsgrade der Einrichtung der stationären Altenhilfe

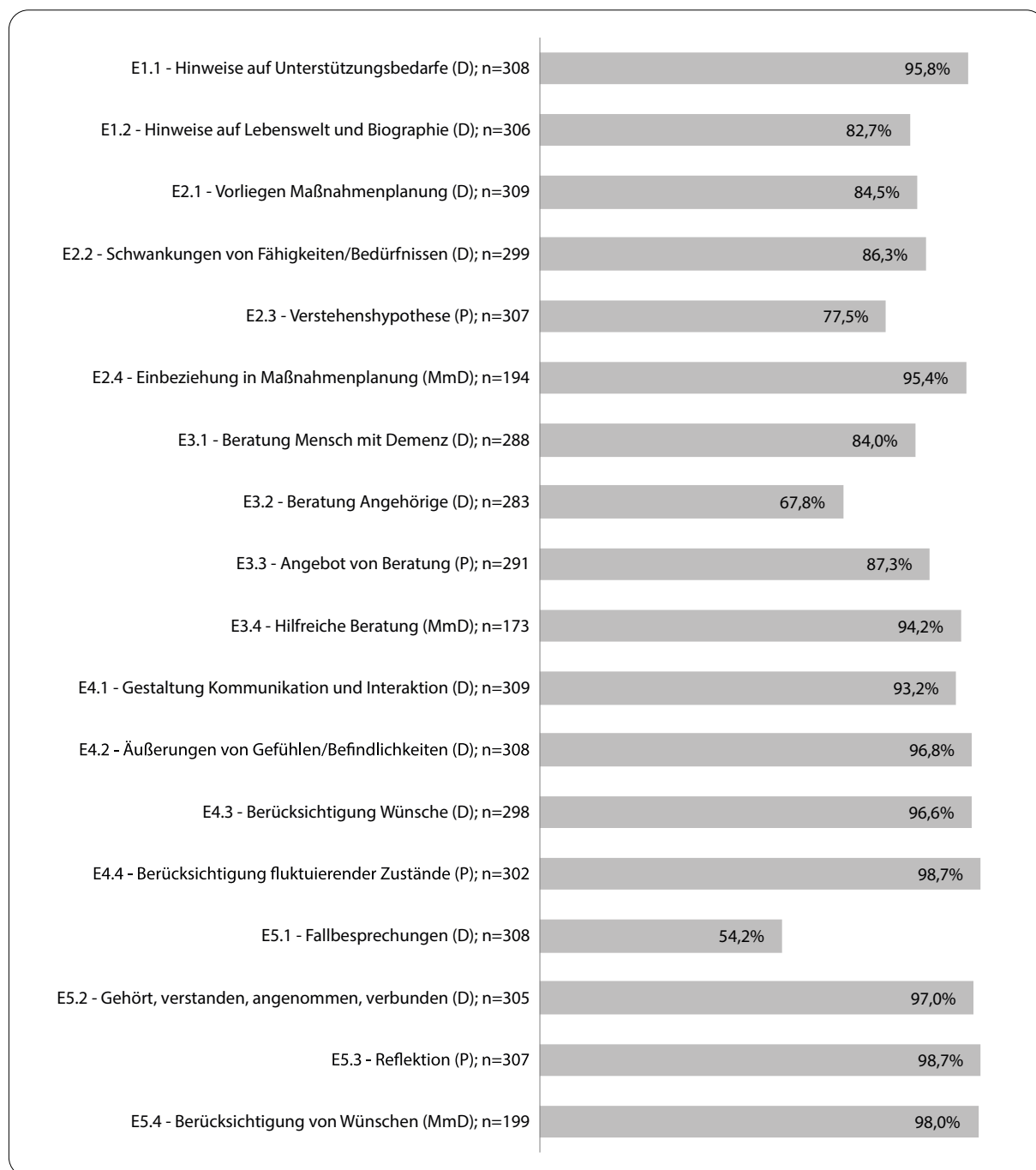


Abbildung 4: Zielerreichungsgrade der Einrichtungen der stationären Altenhilfe

In die folgende, differenzierte und nach den Standardebenen gegliederte Ergebnisdarstellung werden nicht allein die Auditergebnisse, sondern auch die Ergebnisse der Konkretisierungsphase, die vorhandenen oder neu geschaffenen einrichtungsbezogenen Strukturen und Rahmenbedingungen und nicht zuletzt die Sicht der Projektverantwortliche Personen einfließen, sodass ein umfassenderes Bild über fördernde oder hemmende Faktoren für die Einführung und Umsetzung spezifischer Inhalte des Expertenstandards möglich wird.

Standardebene 1 *Einschätzung der Unterstützungsbedarfe in der Beziehungsgestaltung*

Die Standardebene 1 des Expertenstandards enthält zwei, für seine gesamte Umsetzung essentielle Aspekte, die Person-Zentrierung und die Einschätzung von Unterstützungsbedarfen in der Beziehungsgestaltung. In den Strukturkriterien werden die person-zentrierte Haltung der Pflegenden und die person-zentrierte Pflegeorganisation der Einrichtung thematisiert, die sich auch im Ergebniskriterium wiederfinden. Darüber hinaus enthält sie Forderungen und Empfehlungen zur Einschätzung von Unterstützungsbedarfen in der Beziehungsgestaltung der Menschen mit Demenz im Rahmen der Pflegeanamnese.

Für die Einschätzung der Unterstützungsbedarfe galt es in den Modellpflegeeinheiten das gängige Vorgehen mit den Empfehlungen des Expertenstandards und den Hinweisen der Kommentierung der Standardebene abzugleichen. Dabei war auch von Bedeutung, wer die Einschätzung bislang vorgenommen hat, in welcher Weise Ergebnisse dokumentiert wurden und welche Ergänzungen gegebenenfalls vorzunehmen wären. Bestanden in den Einrichtungen bereits hausinterne Handlungsanleitungen oder Verfahrensanweisungen, so wurden diese inhaltlich überprüft und angepasst. Dabei haben die Einrichtungen, die bereits die strukturierte Informationssammlung anwenden, entweder Ergänzungen oder Verweise auf die jeweiligen Themenfelder in den Handlungsanleitungen oder Verfahrensanweisungen vorgenommen und entsprechende Zuständigkeiten festgelegt.

Die in der Kommentierung der Standardebene empfohlenen Kriterien zur Erfassung von Unterstützungsbedarfen in der Beziehungsgestaltung haben sich für die Pflegeanamnese in den Modellpflegeeinheiten als hilfreich erwiesen. Bewährt haben sich dafür in einigen Einrichtungen entwickelte Leitfragen zu den jeweiligen Kriterien, die den Pflegenden bei der Anamnese als Hilfestellung dienten.

Mehrere Faktoren wirkten unterstützend auf die Ausgestaltung der Bedarfseinschätzung. Großen Einfluss hatten bestehende Konzepte und das Pflegeverständnis in den Einrichtungen. Dabei wurde in den Einrichtungen auch die Rolle der Betreuungskräfte berücksichtigt. So war in einer Einrichtung das *„Konzept der Kultur der Beachtung, das Bezugspflegekonzept und das Konzept der sozialen Betreuung“ (06SAH)* Grundlage für das Vorgehen bei der Einschätzung. Zudem war Biografiearbeit in allen Modellpflegeeinheiten etabliert und damit mehr als ein Grundstein für die Auseinandersetzung mit der Person des Menschen mit Demenz und seiner Lebenswelt gelegt.

Dennoch fanden sich bei der Analyse der Pflegedokumentationen im Rahmen des Audits etwas weniger Hinweise auf die Lebenswelt und Biografie der Menschen mit Demenz (82,7 %, n = 306), als systematische und konkretisierende Hinweise auf Unterstützungsbedarfe in der Beziehungsgestaltung (95,8 %, n = 308). Für beide Kriterien lässt sich dennoch festhalten, dass es den Modellpflegeeinheiten in hohem Maß gelungen ist, das Qualitätsniveau der Standardebene zu erreichen. Den etwas geringeren Zielerreichungsgrad zu der Berücksichtigung von Biografie und Lebenswelt führen einzelne Projektverantwortliche auf die Nutzung der strukturierten Informationssammlung (SIS) zurück. Dies galt in deren Einrichtungen vor allem für langjährige Bewohnerinnen und Bewohner, bei denen Informationen nicht aktualisiert wurden und dementsprechend weniger lebensweltorientierte Aspekte vorliegen. Eine andere projektverantwortliche Person hat allerdings genau gegenteilig feststellen können, dass sich der *„Einbezug der Biografie (...) durch die Neugestaltung des Leitfadens zur Erstellung der SIS verbessert hat“ (15SAH)* und Angaben zu Menschen mit Demenz, die länger in der Einrichtung leben auch um weitere Inhalte ergänzt wurden. Förderlich dafür kann also, wie bereits weiter oben vermutet, die Entwicklung entsprechender Leitfäden sein, die es den Pflegenden erleichtern, im Rahmen der Anamnese relevante Aspekte zu berücksichtigen.

Die Pflegenden schätzten ihren Wissensstand zur Einschätzung von Unterstützungsbedarfen in der Beziehungsgestaltung überwiegend als sehr gut oder gut ein (70 %, n = 89). 28 % empfanden ihn als befriedigend und nur 2 % schätzten ihr Wissen als lediglich ausreichend oder mangelhaft

ein. Dennoch haben knapp 56 % der Pflegenden (n=81) weiterhin bestehenden Fortbildungsbedarf zur kriteriengeleiteten Einschätzung. Ähnlich sind die Einschätzungen der Pflegenden zu ihren Kenntnissen über Person-Zentrierung und person-zentrierte Pflege. Hierzu schätzten 77,5 % der Pflegenden ihr Wissen als sehr gut oder gut, 20 % als befriedigend und nur 2,5 % als ausreichend ein (jeweils n=89). Weiterbestehenden Bedarf attestierten sich 48 % der Pflegenden aller Modellpflegeeinheiten (n=81).

Die Befragung der leitenden Pflegefachkräfte des dritten Auditteils zeigt, dass insbesondere durch Fortbildungen und andere Wissensvermittlung eine person-zentrierte Haltung einrichtungsweit gefördert wird. Als weitere Förderungsmöglichkeit sehen sie vor allem konzeptionelle Arbeit, eine offene Gesprächs- und Beschwerdekultur und kollegiale Beratung.

Die Projektverantwortlichen sind sich in der Frage nach der Einführbarkeit der Standardebene einig und sehen sie vor allem dann sehr gut oder gut umsetzbar, wenn bereits durch bestehende person-zentrierte Haltung und hohe fachliche Kompetenz der Pflegenden entsprechende Voraussetzungen erfüllt sind. Auch die strukturierte Informationssammlung und darauf bezogene Verfahrensanweisungen unterstützen aus ihrer Sicht die Einführung der kriteriengestützten Einschätzung von Unterstützungsbedarfen in der Beziehungsgestaltung.

Standardebene 2 Planung beziehungsfördernder und -gestaltender Maßnahmen

Das Ergebniskriterium der zweiten Standardebene fordert das Vorliegen einer Maßnahmenplanung, die der individuellen Situation des Menschen mit Demenz gerecht wird, seine identifizierten Unterstützungsbedarfe und mögliche, auf die Demenz zurückgehende Schwankungen seiner Fähigkeiten und Bedürfnisse berücksichtigt. Zudem soll diese Planung allen an der Pflege des Menschen mit Demenz beteiligten Personen bekannt sein. Die Voraussetzungen hierfür sind vielschichtig. Sie liegen in der Planungskompetenz der Pflegefachkräfte, in einem zu Grunde liegenden und einrichtungsweit gültigen, person-zentriertem Einrichtungskonzept und in einer Verfahrensregel, die die Verantwortlichkeiten für die individuelle Pflege eines Menschen mit Demenz regelt. Die Planung von Maßnahmen soll unter Einbeziehung der Menschen mit Demenz und auf Basis einer Verstehenshypothese geschehen.

Die Konkretisierungen zu dieser Standardebene waren in den Modellpflegeeinheiten vornehmlich struktureller Natur. Es galt insbesondere Wege zu finden, beziehungsgestaltende Maßnahmen und beziehungsgestaltende Anteile anderer Maßnahmen in die Pflegeplanung zu integrieren. Aus einigen Modellpflegeeinheiten berichten die Projektverantwortlichen, dass die defizit- und verrichtungsorientierte Nutzung und Ausrichtung der Pflegedokumentationssysteme dies zu einer Herausforderung machte. Die Schwierigkeit bestand darin, einen geeigneten Platz und eine geeignete Sprache für die Planung und die Dokumentation beziehungsfördernder und -gestaltender Maßnahmen zu finden.

Um zu verdeutlichen, dass beziehungsgestaltende Maßnahmen nicht generell als zusätzliches pflegerisches Angebot zu verstehen sind, sondern in den Alltag eingebunden und in das gesamte pflegerische Handeln integriert werden können, wurden in einer Einrichtung alle in Frage kommenden Pflegemaßnahmen in der Planung mit dem Zusatz „*beziehungsfördernd gestaltet*“ (22SAH) versehen. Für eine andere Modellpflegeeinheit war es bedeutsam, dass nicht allein Angebote und Maßnahmen in der Planung dargestellt waren, sondern sich in Verbindung mit der Pflegeanamnese auch das „*individuelle wie*“ (02SAH) nachvollziehbar zu erkennen war. Aus den Projektverlaufsberichten geht allerdings auch hervor, dass eine mögliche Umstrukturierung der Pflegedokumentation noch nicht in jeder Einrichtung vollständig abgeschlossen ist. Dies kann durchaus auch von Vorteil sein, da es die Möglichkeit eröffnet, Erkenntnisse aus einer zeitlich länger andauernden Berücksichtigung beziehungsgestaltender Angebote und Maßnahmen in die Anpassung der Pflegedokumentationen

einfließen zu lassen. So berichtet eine projektverantwortliche Person, dass eine Handlungsanleitung für die Dokumentation von Unterstützungsbedarfen zwar vorliegt, aber noch nicht abschließend entschieden wurde, ob eine weitere für die Berücksichtigung von fluktuierenden Zuständen der Menschen mit Demenz in der Pflegeplanung auch von Nutzen sein kann. Im Rahmen des Audits identifizierten die Projektverantwortlichen in 84,5 % der analysierten Pflegedokumentationen (n = 309) Maßnahmenpläne, in denen neben allgemeinen geplanten Maßnahmen auch beziehungs-fördernde und -gestaltende Angebote und Maßnahmen und deren mögliche Integration in den Alltag enthalten waren und die auch Hinweise auf die für das Angebot und die Durchführung verantwortlichen Personen enthielten. In 86,3 % der Pflegedokumentationen (n = 299) fanden sich zudem Hinweise darauf, wie Maßnahmen situativ an die Bedürfnisse des Menschen mit Demenz angepasst werden können. Damit enthielten viele Maßnahmenpläne eine Sammlung individueller angepasster Möglichkeiten der Beziehungsgestaltung und -förderung und wichen von starren Verrichtungsschemata ab. 95,4 % der befragten Menschen mit Demenz oder deren Angehörige (n = 194) bestätigten, dass sie ihre Einbeziehung und Beteiligung an der Maßnahmenplanung angemessen erlebten.

Die Entwicklung von Verstehenshypothesen war für den Großteil der Modellpflegeeinrichtungen Neuland, dennoch stellten die Hypothesen eine wichtige Grundlage für die Entwicklung der oben beschriebenen Maßnahmenpläne dar. Die Entwicklung von Verstehenshypothesen ging in vielen Modellpflegeeinheiten mit der Einschätzung der Beziehungsbedarfe Hand in Hand. Auch, wenn das Entwickeln der Hypothesen in vielen Einrichtungen noch geübt werden musste, stellten einige Projektverantwortliche fest, dass die Reflektion über den Menschen mit Demenz und die Auseinandersetzung mit seiner Person in den Teams dazu führte, individuelle Verhaltensweisen eines Menschen mit Demenz differenzierter wahrzunehmen. Bewährt hat sich bei der Entwicklung der Hypothesen die Frage „Wie würde sich der Mensch selbst beschreiben?“. Die Hypothesen werden als „Schlüssel“ (24SAH) zu den Bewohnerinnen und Bewohnern angesehen. Als praktische Lösung hat sich in einer Einrichtung erwiesen, Verstehenshypothesen in die Zimmer oder Kleiderschränke der Menschen mit Demenz zu hängen und sie nicht in der Pflegedokumentation abzuheften, da auf diese Weise eine laufende Aktualisierung der Hypothesen und ihre Präsenz gewährleistet werden konnte. 77,5 % der Pflegenden (n = 307) bestätigten, dass sie die Maßnahmenplanung auf Basis einer im Team gebildeten Verstehenshypothese vornehmen konnten. Für das Einüben der Entwicklung von Verstehenshypothesen haben sich fallbezogene Mikrofortbildungen als wertvoll erwiesen. Die Projektverantwortlichen berichten, dass an diesen Fortbildungen alle an der Pflege beteiligten Personen und nicht ausschließlich Pflegefachkräfte teilgenommen haben, dies ausdrücklich unterstützt und als hilfreich für die spätere, teaminterne Entwicklung von Verstehenshypothesen angesehen wurde. Die Pflegefachkräfte schätzten ihren Kenntnisstand zur Planung beziehungsfördernder und -gestaltender Maßnahmen unter Berücksichtigung von Verstehenshypothesen dementsprechend gut ein. 60 % hielten ihren Wissensstand für sehr gut oder gut, 35 % für befriedigend und nur 5 % für lediglich ausreichend (n = 88). Weiterbestehenden Fortbildungsbedarf zu diesem Thema haben dennoch 53 % der befragten Pflegefachkräfte (n = 81), was, wie auch bei allen anderen Themen, die hohe Fortbildungsbereitschaft der Pflegenden der Modellpflegeeinheiten unterstreicht und zudem verdeutlicht, dass mehr als einmalige Fortbildungen notwendig erscheinen, um das geforderte strukturelle Qualitätsniveau des Expertenstandards zu erfüllen und die Expertise der Pflegenden zu sichern.

Die Projektverantwortlichen sahen, abgesehen von den zeitlichen Bedingungen und der notwendigen Abkehr von verrichtungsorientierten Prinzipien der Pflegedokumentation, keine weiteren Schwierigkeiten bei der Konkretisierung der Inhalte dieser Standardebene und bei der Anpassung der eigenen Vorgehensweisen. Sie attestieren der Standardebene eine gute Einführbarkeit.

Standardebene 3 *Information, Anleitung und Beratung von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen*

Information, Anleitung und Beratung finden im Sinne des Expertenstandards auf zwei Ebenen statt. Es gilt, sowohl den Menschen mit Demenz, entsprechend seiner Fähigkeiten, als auch seine Angehörigen zu beziehungsfördernden und gestaltenden Angeboten zu informieren, anzuleiten und zu beraten und bei letzteren dabei Alltags- und Ausnahmesituationen zu berücksichtigen.

Die Projektverantwortlichen sehen die Beratung und vor allem die Information von Angehörigen als dauerhaften Bestandteil der Arbeit der Modellpflegeeinheiten in der stationären Altenhilfe. Allerdings wird das Wissen und Kompetenz dazu ebenso wie die Bereitschaft der Pflegenden nicht in allen Einrichtungen als gleichermaßen hoch und ausgeprägt eingeschätzt. Zur Umsetzung der Standardebene wurde für die Modellpflegeeinheiten, je nach vorherigem Niveau pflegerischer Beratung und Information, Handlungsanweisungen überprüft und ergänzt, Informationsmaterialien wie z. B. Flyer überarbeitet oder entwickelt und die Beratung Angehöriger als Bestandteil des Einzugsprozesses von Menschen mit Demenz strukturell verankert.

Angehörige wurden in einigen Modellpflegeeinheiten auch in Fallbesprechungen einbezogen und erwiesen sich dann auch als Informationsgeber für die Pflegenden. Andererseits berichtet eine projektverantwortliche Person auch, dass nicht alle Angehörige offen waren für Informationen über Demenz im Allgemeinen und über die Pflege ihres Angehörigen im Besonderen. Einige wollen sich „dem Thema nicht stellen“ (15SAH), andere wiederum haben keinen Bedarf an Informationen und gestalten ihr Handeln auf Basis ihrer persönlichen Erfahrungen und vor dem Hintergrund der langjährigen Beziehung zu ihren Angehörigen. Eine weitere projektverantwortliche Person erkennt allerdings, dass sich Pflegenden auch unsicher darüber sind, welche Informationen für welche Angehörigen und zu welcher Zeit angemessen sind. Um ihnen diese Situation zu erleichtern, haben sich in einer Einrichtung neben entsprechenden Fortbildungen Formularvorlagen bewährt, die bereits wichtige zu besprechende Inhalte enthielten und durch ein Hinweisblatt ergänzt waren, das Beispiele zu möglichen Inhalten des Beratungsgespräches aufführte und den beratenden Pflegenden damit Hilfestellung in der Vorbereitung der Gespräche gab. Zusätzlich wurde in dieser Einrichtung auch überlegt, pflegerische Beratung gemeinsam mit dem Sozialen Dienst durchzuführen, um die dort vorhandenen Kompetenzen in Beratung und Information zu nutzen. Förderlich war auch, wenn der Kontakt zu Angehörigen generell gut gepflegt wurde und Beratungs- oder Informationsgespräche mit anderen Angehörigenaktivitäten in Verbindung standen, dies konnten ebenso regelmäßig stattfindende Gesprächsrunden, Angehörigengruppen oder besondere Anlässe, wie z. B. jahreszeitliche Feste oder Veranstaltungen sein. Insbesondere solche Voraussetzungen sind es auch, die neben den Kompetenzen in Biografiearbeit aus Sicht der im Audit Teil 3 (s. Anhang) befragten leitenden Pflegekräfte der Einrichtungen unterstützend für die pflegerische Information, Anleitung und Beratung der Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen sind.

In 67,8% der analysierten Pflegedokumentationen (n=283) konnten im Rahmen des Audits Hinweise auf die Information, Anleitung oder Beratung von Angehörigen zu beziehungsfördernden und -gestaltenden Maßnahmen gefunden werden. Dieser vergleichsweise geringere Zielerreichungsgrad zeigt einerseits Entwicklungspotential bei der pflegerischen Beratung auf in einigen Einrichtungen auf, spiegelt aber auch wider, dass nicht alle Angehörigen beraten werden wollten oder in den Pflegeprozess eingebunden werden konnten. Zudem hatten noch nicht alle Einrichtungen die Konkretisierung der Standardebene und die Anpassung des eigenen Verfahrens zum Auditzeitpunkt abgeschlossen, was zusätzlich minimierenden Einfluss auf das Ergebnis hat. Findet die Beratung allerdings statt, ist sie erfolgreich. 94,2% (n=173) der befragten Angehörigen bestätigten, dass diese Informations- oder Beratungsgespräche und Anleitungen durch die gemeinsame Durchführung von Pflegemaßnahmen mit Pflegenden für sie hilfreich waren. Gespräche und Anleitungen nutzten die Pflegenden überwiegend, Beratungsmaterialien hingegen seltener.

Die Information oder Anleitung von Menschen mit Demenz gestaltete sich aus Sicht der Projektverantwortlichen als herausfordernd für die Pflegenden. Im Rahmen der Dokumentationsanalyse konnten allerdings in 84 % der gesichteten Pflegedokumentationen (n=288) Hinweise darauf gefunden werden, dass der Mensch mit Demenz entsprechend seiner Fähigkeiten über beziehungs-fördernde und -gestaltende Angebote informiert, angeleitet oder beraten wurde. Aus Auditproto-kollen lässt sich ableiten, dass es sich hierbei beispielsweise um Informationen über Gruppen- oder Einzelangebote und Alltagsaktivitäten handelte und diese häufig sowohl in Pflegeberichten als auch in Berichten der sozialen Betreuung zu finden waren. Dabei war der Umfang und die Form der Infor-mationsweitergabe aus Sicht der Projektverantwortlichen auch abhängig von der Ausprägung und der Schwere der Demenz von Bewohnerinnen und Bewohnern.

Die befragten Bezugspflegekräfte bestätigten, dass es bei 87,3 % der Fälle (n = 291) möglich war, den Menschen mit Demenz oder ihren Angehörigen Angebote für Information, Anleitung oder Bera-tung zu machen. Nicht anwendbar war diese Frage nur in den Fällen, in denen kein Angehöriger zur Verfügung stand und der Mensch mit Demenz gleichzeitig aufgrund der Schwere seiner Demenz das Angebot nicht wahrnehmen konnte. Somit zeigt der Zielerreichungsgrad, dass die Rahmen-bedingungen in den Einrichtungen für individuelle, zielgruppengerechte Informations- oder Bera-tungsangebote gegeben waren.

Die befragten Pflegefachkräfte schätzten ihren Wissensstand zur Information, Anleitung und Bera-tung von Menschen mit Demenz etwas weniger gut als den zur Information, Anleitung und Bera-tung von Angehörigen ein. 72,5 % halten ihre Kompetenzen in der Beratung von Angehörigen für sehr gut oder gut, 25 % für befriedigend und 3,5 % für ausreichend (n = 88). Hinsichtlich der Beratung von Menschen mit Demenz schätzten 66 % ihr Wissen als sehr gut oder gut, 30,5 % als befriedigend und ebenfalls 3,4 % als ausreichend ein (n = 88). Auch der Fortbildungsbedarf war zu beiden Themen nahezu identisch. Hinsichtlich der Beratung Angehöriger attestierten sich knapp unter und hinsicht-lich der Beratung von Menschen mit Demenz knapp über 50 % der Pflegenden (n = 81 bzw. 72) einen weiterbestehenden Fortbildungsbedarf.

Die Projektverantwortlichen sehen für diese Standardebene Hürden in der Einführbarkeit, wenn in der Einrichtung keine Angehörigenarbeit etabliert und die Angehörigenpräsenz geringer ist. Zudem fällt aus ihrer Sicht vielen Pflegenden die *„Information und Beratung der Angehörigen anlassbezogen in Alltags- und Ausnahmesituationen über beziehungsfördernde und -gestaltende Angebote immer noch schwer“* (21SAH). Der relativ hohe Innovationsgrad des Themas, verbunden mit immer noch vorherr-schender Unsicherheit und teilweise geringer Kompetenz in pflegerischer Beratung macht aus Sicht der Projektverantwortlichen weitere Unterstützung der Pflegenden zu diesem Thema notwendig. Gleiches gilt auch für die Information und Anleitung von Menschen mit Demenz, für deren Umset-zung auch ein gewisses Umdenken erforderlich ist, das Kompetenzen der Menschen mit Demenz mehr als mögliche Defizite in den Mittelpunkt stellt.

Standardebene 4 Angebot und Durchführung beziehungsfördernder und -gestaltender Maßnahmen

Die vierte Standardebene thematisiert die Durchführung beziehungsfördernder und -gestaltender Maßnahmen und empfiehlt dazu auf struktureller Ebene neben Kenntnissen entsprechender Maßnahmen einrichtungsseitige Rahmenbedingungen, die eben solche Angebote ermöglichen. In den Modellpflegeeinheiten stand im Rahmen der einrichtungsspezifischen Konkretisierung im Mittelpunkt, welche Maßnahmen aus den in der Expertenstandardkommentierung genannten Schwerpunkten bereits durch die Pflegenden der Modellpflegeeinheiten angeboten werden, welche

zusätzlich eingeführt werden können und wie Angebote, Maßnahmen, mögliche Abweichungen von der Maßnahmenplanung und die beziehungsfördernde und -gestaltende Wirkung angebotener Maßnahmen in der Pflegedokumentation nachvollziehbar verankert werden können.

Für die Konkretisierung der Inhalte haben sich die Projektverantwortlichen vornehmlich auf die konzeptionelle Ausgestaltung konzentrieren können und nur an wenigen Stellen zusätzliche Angebote oder Maßnahmen integrieren müssen. Sie erkannten unter allen Berufsgruppen eine „zum Teil hohe Fachlichkeit“ (06SAH) und konnten den Schwerpunkt der Umsetzung dieser Standardebene auf die Dokumentation von Maßnahmen legen, wenn das „Konzept der Einrichtung (...) auf beziehungsfördernden und -gestaltenden Maßnahmen“ (28SAH) basierte. Es wurden auch die bestehenden Angebote inhaltlich mit den Empfehlungen des Expertenstandards abgeglichen und es galt, die Zuständigkeiten innerhalb der Teams zu definieren oder auch aufzubrechen.

Einige Projektverantwortliche berichteten von einer überwiegenden Trennung zwischen Pflege- und sogenannten Betreuungsaufgaben. Damit kam einerseits den Betreuungskräften entscheidende Bedeutung zu, da sie die Alltagsgestaltung der Menschen mit Demenz übernahmen und in vielen Fällen Informationsträger über deren individuelle Bedürfnisse waren. Andererseits wurde auch berichtet, dass Pflegefachkräfte ihre Rollen neu finden mussten, da sie bislang die Alltagsbegleitung von Menschen mit Demenz weniger als ihre primäre Aufgabe angesehen haben und gleichzeitig Maßnahmen zur Beziehungsgestaltung und -förderung losgelöst von z.B. körperpflegebezogenen Maßnahmen verorteten. In diesen Fällen war es Aufgabe der Projektverantwortlichen zu vermitteln, dass eine alltägliche Pflegemaßnahme ebenso beziehungsfördernd gestaltet werden kann, wie Maßnahmen, die beispielsweise der Lebensweltorientierung oder der Ermöglichung sozialer Teilhabe dienen sollen. Gleichwohl sahen die Projektverantwortlichen sowohl auf Seiten der Pflegefachkräfte als auch auf Seiten der Betreuungskräfte Wissen über die Menschen mit Demenz in den Einrichtungen. Sie stellten aber auch Defizite im Informationsaustausch und in ihrer Zusammenarbeit fest. Allerdings erschien beides für ein gelingendes Angebot beziehungsfördernder und -gestaltender Maßnahmen notwendig.

Aus den gesichteten Pflegedokumentationen ließ sich diese Problematik im Rahmen des Audits nicht ablesen, denn alle Kriterien wiesen einen sehr hohen Umsetzungsgrad auf. Unter der Voraussetzung, dass alle Hinweise auf Interaktionsgestaltung, auf aktuelle Befindlichkeitsäußerungen des Menschen mit Demenz oder auf die Berücksichtigung seiner aktuellen Wünsche mehrfach oder regelmäßig in der Dokumentation zu finden waren und in direkter Verbindung mit angebotenen oder durchgeführten Maßnahmen zur Beziehungsgestaltung standen, wurden in 93,2% der gesichteten Dokumentationen (n=309) Hinweise auf angemessene Gestaltung der Kommunikation und Interaktion mit dem Menschen mit Demenz gefunden, aus 96,8% (n=308) ging hervor, wie der Mensch mit Demenz seine Gefühle oder Befindlichkeiten äußert und aus 96,6% (n=298) der Pflegedokumentationen konnte abgeleitet werden, dass aktuelle Wünsche des Menschen mit Demenz bei Angebot und Durchführung beziehungsfördernder Maßnahmen berücksichtigt wurden. Die zuständigen Pflegefachkräfte bestätigten, dass sie in 98,7% (n=302) der Fälle in der Lage waren, Schwankungen von Fähigkeiten und Bedürfnissen des Menschen mit Demenz bei Angebot und Durchführung von Maßnahmen zu berücksichtigen. Die bestätigt einerseits ihre hohe Fachlichkeit, zeigt aber auch, dass Maßnahmenpläne nicht starr eingehalten werden mussten und damit die Pflegeorganisation den Ansprüchen an person-zentrierte Pflege in diesen Situationen gerecht wurde.

Hierzu trug aus Sicht der leitenden Pflegefachkräfte in einem Großteil der Modellpflegeeinheiten auch die Personaleinsatzplanung bei. Einige Pflegeleitungen bestätigten, dass Dienstpläne flexibel angepasst werden könnten, wenn entweder besondere Belastungen durch gesteigerten Pflegebedarf oder besondere Herausforderungen durch Feierlichkeiten oder Ausflüge dies erforderten. Andere machten allerdings deutlich, dass der momentane Pflegeschlüssel der Pflege von Menschen

mit Demenz nicht angepasst ist und somit auch eine verrichtungsorientierte Pflege unterstütze. Die leitenden Pflegefachkräfte der Einrichtungen bestätigten, dass das Umfeld der Modellpflegeeinheiten weitestgehend den Bedürfnissen der Menschen mit Demenz angepasst werden konnte. Dies geschah ebenso auf klassischem Weg durch die Möglichkeit, eigene und vertraute Möbelstücke und Einrichtungsgegenstände in den Zimmern aufzustellen, durch Farbgestaltung der Räume wie auch durch das Durchbrechen üblicher Normen, wenn beispielsweise ein Mensch mit Demenz nicht in seinem Zimmer, sondern auf der Couch im Tagesraum übernachtet und dies akzeptiert wird.

Die Pflegenden (n=86) beurteilen ihren Wissensstand zu Angeboten und Maßnahmen der Beziehungsgestaltung und -förderung als hoch. 61,7 % schätzten ihr Wissen als sehr gut oder gut, 36 % als befriedigend und nur 2,3 % als ausreichend ein. Etwas mehr als die Hälfte von ihnen (53 %, n=83) wünscht dennoch weitere Fortbildung zu Maßnahmen der Beziehungsgestaltung.

Zur guten Einführbarkeit der Standardebene haben aus Sicht der Projektverantwortlichen, wie bereits angedeutet, vor allem die bestehenden Konzepte und die Fachlichkeit der Pflegenden beigetragen. Dadurch wurde auch der Anpassungsbedarf eigener Vorgehensweisen der Modellpflegeeinheiten als gering wahrgenommen. Einfluss nahm aus Sicht einer projektverantwortlichen Person zusätzlich die vorhergehende Konkretisierung und Anpassung der ersten, zweiten und dritten Standardebene.

Standardebene 5 Evaluation beziehungsfördernder und -gestaltender Maßnahmen

Die fünfte und abschließende Standardebene thematisiert die Evaluation der beziehungsfördernden und -gestaltenden Pflege von Menschen mit Demenz. Für die Modellpflegeeinheiten stand im Rahmen der Konkretisierung der Inhalte die Frage im Mittelpunkt, wie eine laufende Evaluation beziehungsgestaltender und -fördernder Maßnahmen ausgestaltet und wodurch die gemeinsame Reflektion von Beziehungen, Interaktionen und Maßnahmen unterstützt werden kann.

Neben Anforderungen an die Dokumentation der laufenden Evaluation galt es auch zu klären, wie sich die Evaluationsergebnisse auf mögliche Änderungen in den Maßnahmenplänen auswirken und diese mit allen Pflegenden kommuniziert werden können. Während es sich für eine Modellpflegeeinheit bewährt hat, die Evaluation von Maßnahmen und mögliche Planungsanpassungen mit der Pflegevisite zu verbinden, sehen mehrere Projektverantwortliche bei der Evaluation von Maßnahmen und der Anpassung der Maßnahmenpläne noch Verbesserungsbedarf. Eine projektverantwortliche Person prognostiziert, dass die Überprüfung und Dokumentation der Wirksamkeit von Maßnahmen ähnlich wie deren Planung erst mit der Zeit in das normale Handlungsrepertoire der Pflegenden übergehen und sie nur langsam Sicherheit darin gewinnen werden. Hemmend seien dabei noch „*der gefühlte Zeitmangel und die Formulierungsunsicherheiten*“ (06SAH) für die Pflegenden. Die Folge war, dass durchaus die in der Kommentierung der Standardebene dargestellten Aspekte beobachtbarer Verhaltensweisen durch die Pflegenden regelmäßig erfasst wurden und sie, je nach eigener Expertise, ihr Handeln danach ausrichteten, beides aber nicht regelhaft tiefgehend dokumentiert wurde.

Dennoch zeigen die Pflegedokumentationen deutliche Hinweise auf gelingende Evaluationsverfahren und die regelmäßige Einschätzung von Pflegeergebnissen. Im Rahmen des Audits konnte in 97 % (n=305) der gesichteten Dokumentationen Hinweise darauf gefunden werden, dass der Mensch mit Demenz sich gehört, verstanden, angenommen und mit anderen Personen verbunden fühlte. Diese Hinweise konnten häufig aus Pflegeberichten oder aus Berichten der sozialen Betreuung abgeleitet werden. Waren sie in einzelnen Fällen dokumentiert, konnte beispielsweise nachvollzogen werden, dass ein Mensch mit Demenz sich sichtbar über Gartenarbeit freute oder es war beschrieben, auf was ein Mensch mit Demenz emotional reagiert, z. B. wenn Lieblingslieder „*die Tränen in die Augen steigen lassen*“ (02SAH). Gleichzeitig bestätigen 98 % der befragten Menschen mit Demenz oder deren Angehörige (n = 199), dass ihre Wünsche nach Beziehungsgestaltung in der Regel berücksichtigt wurden und diese aus ihrer Sicht also gelingt.

Zur Reflektion der Beziehungsgestaltungen wurden Fallbesprechungen seltener genutzt als der etwas weniger strukturierter Austausch zwischen Pflegenden, z. B. im Rahmen von Übergaben. In nur 54,2 % der gesichteten Pflegedokumentationen (n = 308) fanden sich Protokolle oder Hinweise auf durchgeführte Fallbesprechungen. Andererseits bestätigten die befragten Bezugspflegekräfte, dass sie in 98,7 % der Fälle (n = 307) gemeinsam mit anderen an der Pflege Beteiligten ihre Beziehung zu dem Menschen mit Demenz reflektieren konnten. Fallbesprechungen erfordern aus Sicht einiger projektverantwortlicher Personen hohe Kompetenzen in der Moderation, aber auch eine wertschätzende Kommunikationskultur unter den Pflegenden. Die Projektverantwortlichen sind sich einig, dass Erfahrungen in der Durchführung von Fallbesprechungen mit der Zeit wachsen werden und auch die Moderationserfahrung durch Multiplikationsprozesse innerhalb der Teams steigen kann.

Die Reflektion von Beziehungen zu den Menschen mit Demenz wurde aus Sicht der leitenden Pflegefachkräfte der Einrichtungen durch Fallbesprechungen, Pflegevisiten, Teambesprechungen oder kollegiale Fallberatungen unterstützt. Eine leitende Pflegefachkraft sah auch einen positiven Einfluss durch die Feedbackgespräche im Rahmen des Dementia Care Mappings (DCM) und in einer anderen Einrichtung wurden regelmäßig auf Wunsch von Mitarbeitenden Einzelcoachings durch erfahrene Pflegekräfte angeboten. 60 % der Pflegenden schätzten ihre Kenntnisse über die Evaluation beziehungsgestaltender und -fördernder Pflege als sehr gut oder gut, 32 % als befriedigend und 8 % als ausreichend (n = 88) ein. Weiterbestehenden Fortbildungsbedarf attestierten sich 52 % von ihnen (n = 81).

Mehrere Projektverantwortliche gehen davon aus, dass Unterstützung der Pflegenden im Pflegealltag und gezielte Fortbildungsmaßnahmen notwendig sein werden, um ihnen größere Sicherheit in der Evaluation beziehungsgestaltender und -fördernder Maßnahmen zu geben und damit für ein nachhaltiges Erreichen des Qualitätsniveaus dieser Standardebene zu sorgen.

3.5 Bewertung des Implementierungsprojekts aus Sicht der Projektverantwortlichen

Das Implementierungsprojekt ist aus Sicht aller Projektverantwortlichen in ihren Modellpflegeeinheiten positiv verlaufen und seine Ergebnisse stimmen mit ihren Erwartungen entweder überein oder übertreffen sie sogar in einzelnen Bereichen. Der Expertenstandard ist unter den Pflegenden aller Modellpflegeeinheiten auf Akzeptanz gestoßen. Dabei unterstützte er in den Einrichtungen, in denen bereits weiter entwickelte Erfahrungen in person-zentrierter Pflege vorlagen, die Pflegenden in ihrem Handeln und bestätigte sie in ihrer Haltung und in der Zielsetzung ihrer täglichen Arbeit. Etwas zurückhaltender beurteilten Projektverantwortliche aus Einrichtungen mit weniger Vorerfahrungen in person-zentrierter Pflege die Akzeptanz des Expertenstandards. Sie machten deutlich, dass einigen Pflegenden *„das Verständnis zum Teil bei der Umsetzung“* (22SAH) fehlte und die Verständlichkeit und Sprache des Expertenstandards, auch nach seiner Konkretisierung, Schwierigkeiten machte. Zudem stellte eine projektverantwortliche Person fest, dass *„das Interesse an Neuem (...) meist verhalten ist“* (03SAH) und die Implementierung zunächst als Mehrarbeit wahrgenommen wurde. Allerdings hat dies keinen Einfluss auf die Einschätzung der Praxistauglichkeit des Expertenstandards durch die Projektverantwortlichen, die von allen als gegeben beurteilt wird. Einschränkend auf die Einschätzung wirken in einigen wenigen Einrichtungen die Rahmenbedingungen, und zwar insbesondere hohe Mitarbeiterfluktuation, der Einsatz von Leasingkräften und daraus resultierend geringere Motivation von Mitarbeitern. Auf der anderen Seite kann der Expertenstandard auch *„zur Haltungsschulung der Pflegenden“* (06SAH) beitragen und stärkt sie zukünftig, *„indem sie nicht nur die funktionale Versorgung in den Vordergrund stellen werden, sondern sich an der Beziehungsgestaltung und den daraus resultierenden positiven Erfolgserlebnissen des Bewohners erfreuen können“* (24SAH).

Alle Projektverantwortlichen sehen im Vergleich zum Beginn des Implementierungsprojekts deutliche Veränderungen in der Pflege von Menschen mit Demenz auf den Modellpflegeeinheiten. Dabei nehmen die Projektverantwortlichen von Modellpflegeeinheiten mit geringeren Vorerfahrungen in person-zentrierter Pflege vor allem wahr, dass ein Umdenken eingesetzt hat und sich im Laufe der Implementierung der Stellenwert pflegerischer Tätigkeiten zugunsten der Beziehungsgestaltung von einem verrichtungsorientierten Pflegeverständnis wegentfernt. Dies lässt sich aus Sicht der Projektverantwortlichen an größerer Offenheit gegenüber der Anpassung von Abläufen an den Bedarf von Menschen mit Demenz, der Anpassung von Tagesstrukturen, der Entzerrung von Arbeitspitzen und der damit verbundenen Entlastung der Mitarbeiter festmachen. Eine projektverantwortliche Person beschreibt exemplarisch, dass die Pflegenden einer Modellpflegeeinheit *„anfangen mit dem Zeitproblem anders umzugehen und teilen sich die Arbeit anders ein, sie merken, dass es für die Beziehung und dann den Ablauf der Pflege von großer Bedeutung ist. Die Mitarbeiter haben angefangen, eine andere Sichtweise zur Frage von „Arbeit schaffen“ einzunehmen“* (11SAH).

Andere Projektverantwortliche bestätigen, dass der Expertenstandard die Kommunikation über den Menschen mit Demenz insgesamt fördert und den Austausch unter den Pflegenden und zwischen den Berufsgruppen unterstützt. Eine projektverantwortliche Person stellt fest, dass *„das Sprechen bzw. kommunizieren der Mitarbeiter untereinander deutlich auf den Weg gebracht ist. Die Notwendigkeit des gemeinsamen Austausches ist dadurch transparenter geworden und sichert die Beziehungsgestaltung und die Qualität in der Pflege“* (24SAH). Auf diese Weise trüge die Implementierung zur Teamentwicklung bei, Teamstrukturen würden sich festigen und das Bewusstsein und die Kompetenzen der Pflegenden gesteigert. Dies zeige sich an *„intensiveren Überlegungen über die Bedürfnisse unserer Bewohner“* (27SAH) und daran, dass *„die Mitarbeiter zum Großteil verstanden haben, dass die Pflege mit dem person-zentrierten Ansatz erleichtert wird“* (22SAH).

Auch bei schon weit entwickelter Person-Zentrierung der Modellpflegeeinheiten stellen die Projektverantwortlichen positive Effekte der Implementierung fest. Neben der motivationsfördernden Wahrnehmung, dass viele Inhalte des Expertenstandards den *„gelebten Alltag“* (02SAH) der Modellpflegeeinheiten widerspiegeln, wurde auch deutlich, dass seine Anwendung den Pflegenden gesteigerte Sicherheit gewährte, zu besserem Umgang mit subjektiven Realitäten der Menschen mit Demenz führte und die Relevanz ihrer Biographie und Lebenswelt für die Planung und das Angebot von Pflegemaßnahmen bewusster machte. Zusätzlich verringerte sich die Angst vor Konflikten mit Angehörigen aufgrund der Anpassung von Abläufen oder Maßnahmen und *„die Erkenntnis einzelner Mitarbeiter, dass mit einer guten Zusammenarbeit, Information und Anleitung der Angehörigen die tägliche Arbeit erleichtert werden kann, ist gestiegen“* (06SAH).

Förderlich für die nachhaltige Umsetzung des Expertenstandards sind aus Sicht der Projektverantwortlichen Fortbildungen für die Pflegenden, die Gewinnung von geeignetem Personal, die vorbildhafte Pflege durch Demenzexperten und vor allem die *„Bereitschaft der Pflegenden, ihre Haltung und ihren Arbeitsstil zu verändern“* (06SAH). Zudem spielen Teamstabilität und Teamentwicklungsmaßnahmen, z. B. Supervision, aber auch der Austausch der Berufsgruppen untereinander und das Ausräumen von *„Verständigungsschwierigkeiten zwischen dem Sozialen Dienst und der Pflege“* (27SAH) eine große Rolle. Von Seiten der Einrichtungsleitungen braucht es eine offene Haltung gegenüber dem Thema Beziehungsgestaltung im Speziellen und person-zentrierter Pflege im Allgemeinen. Dabei steht im Mittelpunkt ein *„am Ball bleiben auf der Führungsebene auch über die entsprechende Stärkung positiven Verhaltens der Mitarbeitenden durch Feedback und durch fallorientierte Schulungen“* (28SAH) und die Entwicklung einer *„Kultur der Beziehungsgestaltung für die Mitarbeiter und das ganze Haus“* (24SAH). Damit unterstreichen die Projektverantwortlichen die Bedeutung eines lebendigen Konzepts für die person-zentrierte Pflege von Menschen mit Demenz.

Auf der anderen Seite sehen sie hemmende Faktoren in hoher Personalfuktuation, Zeitarbeit, geringer Fachlichkeit der Pflegenden und fehlenden Fortbildungsmöglichkeiten sowie fehlender Fortbildungsbereitschaft. Auch unpassende Pflegegrade mit nicht adäquater Bemessung des tatsächlichen Zeitaufwands und die damit verbundene Gefahr der Unwirtschaftlichkeit können aus Sicht der Projektverantwortlichen negativen Einfluss auf die Standardumsetzung nehmen.

3.6 Fazit zu den Ergebnissen in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe

Der Expertenstandard hat sich im Rahmen seiner modellhaften Implementierung als praxistauglich erwiesen und stieß auf große Akzeptanz unter den Pflegenden. Seine Einführung kann für alle Einrichtungen der stationären Altenhilfe, in denen Menschen mit Demenz leben, vorbehaltlos empfohlen werden. Er bestärkt Pflegenden in ihrem Handeln, indem er nicht funktionale Aspekte in den Vordergrund stellt, sondern ihnen entweder Unterstützung und Bestätigung in person-zentrierter Pflege gewährt oder sie in ihrer Haltungsbildung bestärkt. Die modellhafte Implementierung hat aber auch gezeigt, dass hierfür bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein müssen und die mit den Strukturkriterien des Expertenstandards verbundenen Empfehlungen nach konzeptueller Grundlage und einrichtungsweiter Förderung einer person-zentrierten Haltung von großer Bedeutung für seine Umsetzung sind.

Im Sinne einer guten und gelingenden Pflege von Menschen mit Demenz gilt es also, bei der Einführung und Anwendung des Expertenstandards das Augenmerk auf eben diese konzeptuellen Grundlagen zu legen und nicht der formalen Erfüllung von Standardkriterien Vorrang zu gewähren. Letztendlich wird sich der Erfolg der Standardeinführung zunächst weniger an Letzterem messen lassen, sondern auf Teamentwicklungsprozessen, Kompetenz- und Haltungsentwicklung beruhen. Führungskräfte sind aufgefordert, diese Entwicklung zu fördern, zu fordern und Verantwortung für die Lebendigkeit person-zentrierter Konzepte zu übernehmen. So tragen sie zu einem Binnenklima bei, welches es den Pflegenden ermöglicht, Menschen mit Demenz Angebote zur Beziehungsgestaltung zu machen, die ihnen das Gefühl geben, gehört, verstanden und angenommen zu werden sowie mit anderen Menschen verbunden zu sein.

4 Die Implementierung in ambulanten Pflegediensten

4.1 Strukturdaten

An der modellhaften Implementierung des Expertenstandards waren vier ambulante Pflegedienste (vgl. Tab. 3) beteiligt. Die Dienste hatten zwischen 50 und 356 Patientinnen und Patienten und haben als Modellpflegeeinheiten Touren ausgewählt, auf denen vorrangig Menschen mit Demenz gepflegt wurden.

Ambulante Pflegedienste	
AWO Unterbezirk Münsterland-Recklinghausen, Pflegedienst Kreis Recklinghausen Ost und West	Abteilungsleitung: Martina Waldner Projektverantwortliche Person: Dipl.-Pflegerin Sabine Arndt
Kirchliche Sozialstation Hamm/Wissen (Gemeinnützige Gesellschaft der Franziskanerinnen zu Olpe)	Einrichtungsleitung: Kerstin Bieler Projektverantwortliche Person: Dr. Kathrin Bieler
Pflege & Betreuungsdienste Bethel gGmbH, Bethel ambulant, Bielefeld	Einrichtungsleitung: Dipl.-Pflegerin Rainer Wolk Projektverantwortliche Person: Dipl.-Pflegerin Thomas Kreutz
Diakonie Sozialstation Belm-Bissendorf	Pflegedienstleitung & Projektverantwortliche Person: Dipl. Pflegerin Claudia Schroer-Mollenschott

Tabelle 3: Übersicht über die beteiligten ambulanten Pflegedienste

Der Anteil der Menschen mit Demenz lag zwischen 7 % und 32 % aller Patientinnen und Patienten der ambulanten Pflegedienste. Die Pflege der Menschen mit Demenz wurde von Seiten der ambulanten Pflegedienste hauptsächlich durch Pflegefachkräfte geleistet, die Fachkraftquote der Dienste lag zwischen 65 % und 94 %. Drei der vier Dienste führte die Pflegedokumentation digital und ebenso war sie in drei Diensten nach dem Strukturmodell gestaltet, darunter auch der eine Dienst ohne digitale Pflegedokumentation. Keiner der Dienste wies eine Spezialisierung in der Pflege von Menschen mit Demenz auf. In zwei Diensten lag allerdings ein Konzept zur Pflege von Menschen mit Demenz vor, in einem bereits seit 2009, in dem zweiten seit 2015.

Alle vier Dienste verfügten über Erfahrungen in der Anwendung von Expertenstandardinhalten, allerdings nicht über deren Auditierung. Darüber hinaus lagen in allen Diensten weitere umfangreiche Erfahrungen im Pflegequalitätsmanagement und der Pflegequalitätsentwicklung vor.

4.2 Person-Zentrierung und Pflege von Menschen mit Demenz vor Implementierungsbeginn

Für die ambulanten Pflegedienste bestand vor Projektbeginn ein gefühlter Zusammenhang zwischen der Besuchsfrequenz und Einsatzhäufigkeit, also dem Kontakt mit dem Menschen mit Demenz, und ihren damit verbundenen Möglichkeiten zur Beziehungsgestaltung. Die Projektverantwortlichen erlebten die Pflege von Menschen mit Demenz grundsätzlich als bereits gelingend, allerdings hinsichtlich der Beziehungsgestaltung in vielen Fällen als unstrukturiert, unsystematisch und als „*eher intuitives Pflegeverhalten aus jahrelanger Erfahrung*“ (01AMB). Unterstützend wirkten ebenso Fortbildungen zur Pflege von Menschen mit Demenz wie das Bezugspflegesystem, das eine

Kontinuität der Pflege von Menschen mit Demenz sicherte und in Verbindung mit individuellen Pflegeplanungen *„eine gute Grundlage für eine hilfreiche Beziehungsgestaltung aller im Kontakt mit dem Klienten befindlichen Mitarbeiter“* (14AMB) bildete.

Diese wurde auch über die Teamkommunikation gefördert. Die Projektverantwortlichen schätzten dabei den verbalen Austausch der Pflegenden über angemessene Pflege, z. B. in Teamgesprächen oder Fallbesprechungen als zentrales Mittel ein und weniger die Dokumentation, die hinsichtlich der Beziehungsgestaltung seltener genutzt wurde.

Die Biografie der Menschen mit Demenz wurde in drei Pflegediensten zu Beginn des Pflegeauftrags erfasst. In einem Pflegedienst fand keine solche systematische Erfassung von Biografie und Lebenswelt statt, sondern das Wissen über die Menschen mit Demenz wuchs im Laufe der Versorgung an. Die Angehörigen dienten dabei jeweils als primäre Informationsquelle.

Die im Tagesverlauf nur relativ kurze Anwesenheit der Pflegenden bei den Menschen mit Demenz erschwerte es ihnen, Abläufe zu verändern und geplante Maßnahmen durch andere zu ersetzen oder sie zu verschieben. Damit bestanden die Herausforderungen darin, Beziehungsgestaltung mit geplanten Maßnahmen zu verbinden, Veränderungen oder eine Nicht-Durchführung mit den Angehörigen zu besprechen und ein gemeinsames Verständnis aller Beteiligten dafür zu entwickeln, dass nicht in jedem Fall eine ‚Verrichtung‘ im Vordergrund stehen muss. Veränderungen von Abläufen während einer Pflegemaßnahme waren dabei, in Abhängigkeit von der Expertise der Pflegekraft und ihrer Kenntnisse des Menschen mit Demenz leichter umzusetzen, als Anpassungen, die Auswirkungen auf die zeitliche Organisation der Touren hatten. Hinzu kam allerdings auch, dass vereinbarte und abrechenbare Leistungskomplexe die Flexibilität der Pflegenden stark einschränkten. Dabei übte die Finanzierung von Leistungen und die fehlende Refinanzierung aufgewendeter Zeit bei verschobenen oder verändert durchgeführten Maßnahmen zusätzlichen Druck auf die Pflegenden aus. Eine projektverantwortliche Person nahm zusätzlich *„ein Gefühl der Unprofessionalität und des ungerechten Handelns“* (23AMB) der Pflegenden wahr, wenn sie Pflegemaßnahmen durchführen, obwohl diese ihrer Einschätzung nach nicht im Sinne des Menschen mit Demenz sind. Andererseits *„verspüren sie häufig innere Konflikte, wenn vereinbarte Leistungen nicht oder nicht vollumfänglich durchgeführt werden können, insbesondere, wenn seitens der Angehörigen eine eindeutige Erwartung formuliert wird“* (23AMB). Damit standen die Pflegenden unter dem Druck, den eigenen Ansprüchen an Professionalität, den Ansprüchen der Menschen mit Demenz, denen der Angehörigen und denen des Pflegedienstes gleichermaßen gerecht werden zu wollen. Von Vorteil kann sein, *„Pflege nach Zeit“*, also ein festgelegtes Zeitbudget zu vereinbaren, wie es in einem ambulanten Pflegedienst möglich ist, und damit ausreichende Zeit für die Berücksichtigung individueller Bedarfe und Bedürfnisse der Menschen mit Demenz zur Verfügung zu haben und nicht eine verrichtungsorientiert angelegte Pflegemaßnahme selbst in den Mittelpunkt stellen zu müssen.

Die Angehörigen spielten natürlich eine entscheidende Rolle bei der Planung und Durchführung der Pflege, denn *„je nach Leistungsvereinbarung sind im ambulanten Bereich die Angehörigen die Hauptpflegenden und werden durch den Pflegedienst teilweise ergänzt oder unterstützt“* (04AMB). Sie haben aus Sicht der Projektverantwortlichen das Erfahrungswissen über den Menschen mit Demenz, das entscheidend zum Gelingen der Pflege beiträgt. Eine wichtige Funktion des Pflegedienstes besteht in ihrer Entlastung. Damit kommt ihrer Anleitung, Beratung und Information eine wichtige Bedeutung zu. Diese fand in den ambulanten Diensten zumeist im Erstgespräch oder in Qualitätssicherungsbesuchen statt. Im Pflegealltag allerdings stellten die Projektverantwortlichen fest, dass einigen Pflegenden Kompetenzen und entsprechendes Wissen fehle, *„sodass eine Wissensweitergabe behindert ist“* (01AMB) oder sie bei Unsicherheiten zunächst *„Unterstützung durch Leitung oder im Team untereinander“* (23AMB) suchten.

Alle Projektverantwortlichen identifizierten bereits vor Implementierungsbeginn Anteile beziehungsgestaltender und -fördernder Angebote in den pflegerischen Maßnahmen. Diese waren häufiger in anderes Pflegehandeln integriert, z. B. als Berücksichtigung individueller Gewohnheiten des Menschen mit Demenz oder als aktivierender Anteil wie z. B. gemeinsames Singen, oder wurden durch Betreuungskräfte angeboten und hatten dann beschäftigenden Charakter mit höherem Alltagsbezug, wie z. B. Spaziergänge. Aus Sicht der Projektverantwortlichen fehlte den Pflegenden dabei teilweise allerdings das Bewusstsein für die Bedeutung dieser Angebote und sie wurden dementsprechend dann auch nicht als beziehungsfördernde oder -gestaltende Maßnahmen explizit geplant oder dokumentiert.

Die Projektverantwortlichen schätzten die Pflege von Menschen mit Demenz für ihre ambulanten Pflegedienste als Teil der *„Alltagsrealität in der ambulant pflegerischen Versorgung“* (14AMB) ein. Vorteilhaft kann dabei sein, dass die Versorgung in früheren Stadien der Demenz beginnt und in diesen Fällen die Beziehungen zu den Menschen mit Demenz *„wachsen und durch die Pflegekräfte gestaltet werden kann“* (23AMB).

4.3 Vorgehen

Die Projektverantwortlichen haben sich für den Implementierungsprozess in den Modellpflegeeinheiten am DNQP-Phasenmodell orientiert. Sie bestätigten nach Abschluss des Projektes, dass ihnen dies bei der Strukturierung des Projekts geholfen hat, der enge Zeitrahmen wurde allerdings als Herausforderung angesehen und die Projektverantwortlichen waren sich einig, dass ein längerer Implementierungszeitraum möglicherweise zu einer besseren Umsetzungsqualität einiger Standards beigetragen hätte.

Projektverantwortliche und Arbeitsgruppen

Die vier Projektverantwortlichen der ambulanten Pflegedienste waren in drei Fällen als Qualitätsbeauftragte entweder beim Träger des Dienstes oder direkt in der Einrichtung tätig und in einem Fall Pflegedienstleitung und qualitätsbeauftragte Person in Personalunion. Alle wiesen allgemeine Vorerfahrungen im Pflegequalitätsmanagement auf und verfügten über Kenntnisse zur Einführung und Umsetzung von Expertenstandards. Neu war für alle Projektverantwortlichen die Beteiligung an einem DNQP-Implementierungsprojekt zur Einführung eines Expertenstandards, ohne dass dies allerdings negativen Einfluss auf die Projektsteuerung in den Einrichtungen genommen hätte. Explizite Expertise in der Pflege von Menschen mit Demenz lag ebenfalls nicht bei allen Projektverantwortlichen gleichermaßen vor, jedoch hatten alle Erfahrungen in der Pflege von Menschen mit Demenz und einen tiefgehenden Einblick in die entsprechenden Verfahren und Strukturen ihres ambulanten Pflegedienstes.

Für die Arbeitsgruppen der ambulanten Pflegedienste, deren Größe sich zwischen 6 und 10 Personen bewegte, wurden durch die Projektverantwortlichen, die Einrichtungsleitungen und nach Absprache mit den in Frage kommenden Personen Mitglieder ausgewählt, die über weitergehende Erfahrungen in der Pflege von Menschen mit Demenz verfügten. Dabei wurde darauf geachtet, dass Vertreter aller Touren, auf denen Menschen mit Demenz gepflegt wurden und, sofern relevant, auch Betreuungskräfte beteiligt wurden. Vertreten waren in allen vier Diensten zudem die Pflegedienstleitungen oder weitere Pflegenden, die Verantwortung für die Steuerung des Pflege- und Betreuungsprozesses innehatten.

Projektstart

Zum Projektstart wurden in allen vier ambulanten Pflegediensten die Leitungen und die Pflegenden im Rahmen von Dienstbesprechungen über das Projekt informiert und die Arbeitsgruppenmitglieder teilweise schriftlich zu den ersten Arbeitsgruppensitzungen eingeladen.

Fortbildungen

Alle vier Projektverantwortlichen konnten unter den Pflegenden der ambulanten Pflegedienste vielfältigen standardbezogenen Fortbildungsbedarf identifizieren. Dabei orientierten sie sich inhaltlich zunächst an den Standardebenen und nutzten Dienstbesprechungen oder Rückmeldungen aus Kick-Off Veranstaltungen ebenso, wie die Ergebnisse der Eingangsbefragung. Deren Ergebnisse ermöglichte es, da das Auditinstrument zum Expertenstandard zu diesem Zeitpunkt noch nicht vorlag, den Wissensbedarf aller an der Pflege von Menschen mit Demenz beteiligten Personen der Pflegedienste abzuleiten. Identifiziert wurde Fortbildungsbedarf ebenso zu Demenz und deren Behandlungsmöglichkeiten im Allgemeinen, zum Vorgehen bei Pflegeanamnese, Maßnahmenplanung und -dokumentation, wie auch zu spezifischen standardbezogenen Themen, insbesondere der personenzentrierte Ansatz, Validation, die Kommunikation mit Menschen mit Demenz, Grundlagen der Beziehungsgestaltung im Sinne des Expertenstandards, die Verstehenshypothese und Möglichkeiten der Selbstreflexion.

Das Fortbildungsangebot orientierte sich in den ambulanten Pflegediensten am jeweils zuvor festgestellten Bedarf der Pflegenden. In einem Pflegedienst wurden die Fortbildungen auf Basis eines Konzepts gestaltet, das aufbauend auf theoretischen Grundlagen den Schwerpunkt auf kollegiale Fachberatungen legte, in dessen Rahmen auch fallbezogenen Verstehenshypothesen entwickelt und personenzentrierte Aspekte vermittelt wurden. Von Vorteil war, wenn Inhalte bereits regelmäßig, zum Beispiel als Inhouse-Schulungen angeboten wurden und Inhalte im Rahmen der Expertenstandard-einführung lediglich aufgefrischt werden konnten. In einer Einrichtung wurde die Wissensvermittlung zunächst als Basisqualifikation gemeinsam für alle Mitarbeiter konzipiert. Dabei stellte die projektverantwortliche Person allerdings eine Überforderung der Pflegehilfskräfte und der Betreuungskräfte und eine Unterforderung der Pflegefachkräfte fest. Die projektverantwortliche Person dieses Pflegedienstes schließt daraus, dass zielgruppenspezifische Fortbildungen angeboten werden sollten, um sowohl den Aufgabenbereich als auch das Qualifikationsniveau der jeweiligen Teilnehmer entsprechend berücksichtigen zu können. Von Bedeutung war zudem die Wissensvermittlung außerhalb organisierter Fortbildungsveranstaltung, also beispielsweise durch kollegiale Fachberatung.

Die Fortbildungsmotivation der Pflegenden war in allen vier ambulanten Pflegediensten gut oder sehr gut. Motivationsfördernd war die bereits vor Implementierungsbeginn festgestellte Relevanz des Themas und die Orientierung an den besonderen Herausforderungen der Pflege von Menschen mit Demenz in der ambulanten Pflege. In einer Einrichtung hatten Betreuungskräfte zudem bereits entsprechende Fortbildungen besucht und erzeugten durch ihre positiven Erfahrungen eine gewisse Sogwirkung auf die Motivation der Pflegefachkräfte zur Beschäftigung mit dem Thema Demenz und zur Teilnahme an entsprechenden Fortbildungen.

Rückblickend sehen die Projektverantwortlichen einen dauerhaften Fortbildungsbedarf zum Expertenstandard, der einerseits im Rahmen der Expertenstandardimplementierung inhaltlichen Veränderungen unterworfen ist und andererseits mit steigender Expertise der Pflegenden neue Inhalte umfasst.

Konkretisierung von Standardkriterien, Anpassung von Prozessen und Umsetzung der Expertenstandardinhalte

Der erste Schritt zur Konkretisierung von Standardinhalten und zur Anpassung von Prozessen der beteiligten ambulanten Pflegedienste bestand in einer Annäherung der Arbeitsgruppenmitglieder an die Inhalte und Empfehlungen des Expertenstandards und der Kommentierungen mit Blick auf die für die ambulante Pflege relevanten Aspekte. Herausfordernd, aber auch befördernd, war dabei das unterschiedliche Qualitätsniveau der Arbeitsgruppenmitglieder. Für eine projektverantwortliche Person ergaben die unterschiedlichen fachlichen Voraussetzungen der Arbeitsgruppenmitglieder regelmäßig die Notwendigkeit einer Anpassung des Sprachniveaus des Expertenstandards und der Kommentierungen, gleichzeitig empfand sie dies auch als Gewinn, da *„wir uns durch das beharrliche Nachfragen, beispielsweise der Betreuungsassistentin um Konkretisierung bemühten“* (14AMB). Bewährt hat sich in einer Einrichtung die Nutzung von Symbolen, mit denen jedes Arbeitsgruppenmitglied an den Kommentierungen verdeutlichen konnte, wenn Inhalte für sie unverständlich, besonders wichtig oder besonders lehrreich waren. Anhand dieser Symbolik konnte die projektverantwortliche Person die Projektsitzungen strukturieren und gleichzeitig bekamen alle Arbeitsgruppenmitglieder Gelegenheit, ihnen besonders wichtige und relevante Inhalte auf Basis eines gemeinsamen Verständnisses zu diskutieren und zu berücksichtigen.

Eine projektverantwortliche Person beschreibt insbesondere die Entwicklung eines verständlichen person-zentrierten Konzepts für die Einrichtung als größere inhaltliche Herausforderung, während auf struktureller Seite alle Projektverantwortlichen von eingeschränkten Zeitressourcen der Arbeitsgruppenmitglieder und damit resultierenden diskontinuierlichen Sitzungsteilnahmen berichten. Deutlich wurde aber auch, dass die Arbeitsgruppen eine bislang eingeschränkte Kommunikation zwischen den Teammitgliedern positiv befördern konnten. Eine projektverantwortliche Person beschreibt beispielhaft, dass der Austausch zwischen Pflegefachkräften und Betreuungskräften zu einem besseren Verständnis der Menschen mit Demenz und einer Perspektiverweiterung der Mitarbeiter führte, indem sie ihre unterschiedlichen Sichtweisen miteinander abglich. Für die weitere Anwendung des Expertenstandards vereinbarten sie aus diesem Grund regelmäßige Team- und Fallbesprechungen.

Allerdings stellen die Projektverantwortlichen der ambulanten Pflegedienste bereits in dieser frühen Phase der Standardeinführung fest, dass sie einem *„Balanceakt zwischen Anspruch der Mitarbeiter und Realisierungschancen bezüglich der Umsetzung“* (23AMB) glich. Dieser Balanceakt resultierte aus unterschiedlichen Einflussfaktoren auf die Standardumsetzung. Einer davon war die Finanzierung von Leistungen in der ambulanten Pflege. Eine projektverantwortliche Person sieht in der Refinanzierung der vereinbarten Leistungskomplexe den Grund für das vorherrschend verrichtungsorientierte Pflegeverständnis und die fehlende Abbildbarkeit beziehungsgestaltender Maßnahmen in der Pflegedokumentation. Die eingeschränkte Abrechenbarkeit von Leistungen stellt zudem einen Hinderungsgrund für eine adäquate Reaktion der Pflegenden auf fluktuierende Zustände von Menschen mit Demenz dar, z.B. *„wenn der Rahmen die Durchführung eines vereinbarten Leistungskomplexes, z.B. Teilwaschung, vorsieht und nur diese Leistung abrechenbar ist“* (14AMB). Damit verhindere diese Struktur eine fachlich angemessene Pflege von Menschen mit Demenz im ambulanten Kontext.

Ein weiterer Einflussfaktor waren die Angehörigen von Menschen mit Demenz. Die Projektverantwortlichen sind zu Recht davon überzeugt, dass *„der Prozess der Beziehungsgestaltung von den Angehörigen gewollt sein und von den Mitarbeitern geübt werden muss“* (23AMB). Dies erfordere intensivere Aushandlungsprozesse in Erstgesprächen bei Neuaufnahme von Menschen mit Demenz und Veränderungen von *„bisher scheinbar funktionierenden Abläufen und Handlungsweisen“* (23AMB), was bei länger bestehenden Pflegeaufträgen in einigen Fällen an den Angehörigen und den Menschen mit Demenz scheiterte, wenn sie nicht von gewohnten Mustern abweichen wollten. Aufgabe der

Pflegenden war es, auch ihrerseits zu überprüfen, ob Handlungen nur aus funktionalen und pflegeerleichternden Gründen durchgeführt wurden, oder weil sie einem individuellen Unterstützungsbedarf des Menschen mit Demenz entsprachen.

Im Implementierungsprozess liefen die Konkretisierungs- und die Umsetzungsphase teilweise parallel und die Übergänge beider Phasen waren fließend. In den Einrichtungen wurden innovative Anteile, wie die Entwicklung von Verstehenshypothesen, erprobt und das Vorgehen gleichzeitig, wie auch veränderte Dokumentations- oder Anamnesebögen, weiter an die praktischen Bedarfe angepasst. Fallbesprechungen wurden in einem ambulanten Pflegedienst auch probeweise zu Übungszwecken unter Leitung von Arbeitsgruppenmitgliedern mit den Pflegenden an konkreten Fällen geübt, was sich aus Sicht der projektverantwortlichen Person als hilfreiche Methode mit einem Fortbildungsanteil bewährt hat. In dieser Einrichtung attestierte die projektverantwortliche Person der Arbeitsgruppe eine insgesamt zentrale Rolle bei der Umsetzung der an das Qualitätsniveau des Standards angepassten Verfahren, da die Arbeitsgruppenmitglieder entweder über eine hohe Expertise in der Pflege von Menschen mit Demenz verfügten oder aufgrund ihrer Rolle und Stellung im Pflgeteam eine vorbildhafte Mentorenfunktion übernehmen konnten.

Audit

Das abschließende Audit wurde in allen vier ambulanten Pflegediensten durch die Projektverantwortlichen durchgeführt, lediglich in einer Einrichtung wurde zusätzlich eine Pflegekoordinatorin hinzugezogen, die aufgrund ihrer besseren Kenntnisse über die Patientinnen und Patienten und ihrer Innensicht auf die Pflegeprozesse erklärend Auskunft bei uneindeutigen Pflegedokumentationen geben konnte und bei der Befragung der Angehörigen und der Menschen mit Demenz unterstützte. Das Auditvorgehen haben alle Projektverantwortlichen eng an die methodischen Empfehlungen des Auditinstruments angelehnt.

In den ersten Teil des Audits konnten in den vier Pflegediensten als Stichprobe jeweils zwischen 13 und 20 Menschen mit Demenz einbezogen werden. Für die Analyse der Pflegedokumentation haben die Projektverantwortlichen die jeweiligen tourenverantwortlichen Pflegenden gebeten, die Pflegedokumentationen zu verabredeten Zeitpunkten in die Einrichtungen zu bringen. Dabei berichten sie von nur geringfügigen Problemen, die auf fehlende oder unvollständige Pflegedokumentationen zum verabredeten Auditzeitpunkt und damit verbundene Zeitverzögerungen zurückzuführen waren. Vorteilhaft an diesem Vorgehen war, dass einerseits die Befragung der Pflegenden direkt an die Dokumentationsanalyse angeschlossen werden konnten und andererseits offene Fragen zur Dokumentation geklärt werden konnten. Zusätzlich ergab sich in einzelnen Fällen auch der Effekt, dass unabhängig von der Beantwortung der Audititems mit den Bezugspflegenden über die Dokumentation gesprochen und eventuelle Lücken gefüllt oder Unverständlichkeiten beseitigt werden konnten. Dies allerdings erforderte eine gewisse Konsequenz der Projektverantwortlichen in der Auditdurchführung. Eine projektverantwortliche Person beschreibt, dass zwar die vorliegende Dokumentation leitend für die Beantwortung der Auditfragen war, die mündlich geschilderte Realität über das, was während der Pflegeeinsätze getan, aber möglicherweise „aufgrund eines engen Zeitkorridors oder einem noch fehlenden fachlichen Bewusstsein nicht dokumentiert“ (14AMB) wurde aber durchaus Einfluss auf die Auditierung hätten nehmen können.

Die Befragung der Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen erfolgte in drei der vier Dienste telefonisch und in einem Dienst durch die zuständige Pflegekoordinatorin, die an der Auditierung beteiligt war und durch die vorhandene pflegfachliche Beziehung die Befragung in einem vertrauensvollen und damit geschützten Rahmen vornehmen konnte.

Die Befragung der Pflegenden der ambulanten Pflegedienste (Audit Teil 2, s. Anhang) zu ihrem Wissensstand und ihren bestehenden Fortbildungswünschen gestaltete sich in allen vier Pflegediensten nahezu problemlos. Voraussetzung hierfür war allerdings die persönliche Information der Pflegenden über Sinn und Zweck der Befragung und in zwei Einrichtungen ein Nachhaken und Erinnern an die Rückgabe der Bögen. Die Rücklaufquoten lagen zwischen 61,5 % und 100 %.

Durch die Befragungen der leitenden Pflegefachkräfte zu den Strukturkriterien (Audit Teil 3, s. Anhang) des Expertenstandards liegen für beide Modellpflegeeinheiten Hinweise zur vorhandenen oder geplanten Umsetzung der Strukturkriterien des Expertenstandards vor, die in die Ergebnisdarstellung einfließen.

4.4 Ergebnisse

Die Übersicht über die erreichten Zielerreichungsgrade (vgl. Abb. 5) zeigt, dass in den ambulanten Pflegediensten nicht alle Standardkriterien im Rahmen des Implementierungsprojekts vollumfänglich umgesetzt werden konnten. Insbesondere bei der Maßnahmenplanung auf Basis von Verstehenshypothesen (E2.2 und E2.3), der Beratung von Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen (E3.1 und E3.2) sowie bei der Durchführung von Fallbesprechungen (E5.1) bestehen in einem Teil der Pflegedienste Entwicklungspotentiale. Ursachen für einige, zunächst niedrig erscheinende Zielerreichungsgrade erklären sich allerdings bei genauer Betrachtung der Ergebnisse. Daher fließen in die folgende, differenzierte und nach den Standardebenen gegliederte Ergebnisdarstellung nicht allein die Auditergebnisse ein, sondern auch die Ergebnisse der Konkretisierungsphase, die vorhandenen oder neu geschaffenen einrichtungsbezogenen Strukturen und Rahmenbedingungen sowie nicht zuletzt die Sicht der Projektverantwortlichen, sodass ein umfassenderes Bild über fördernde oder hemmende Faktoren für die Einführung und Umsetzung spezifischer Inhalte des Expertenstandards möglich wird.

Zielerreichungsgrade der ambulanten Pflegedienste

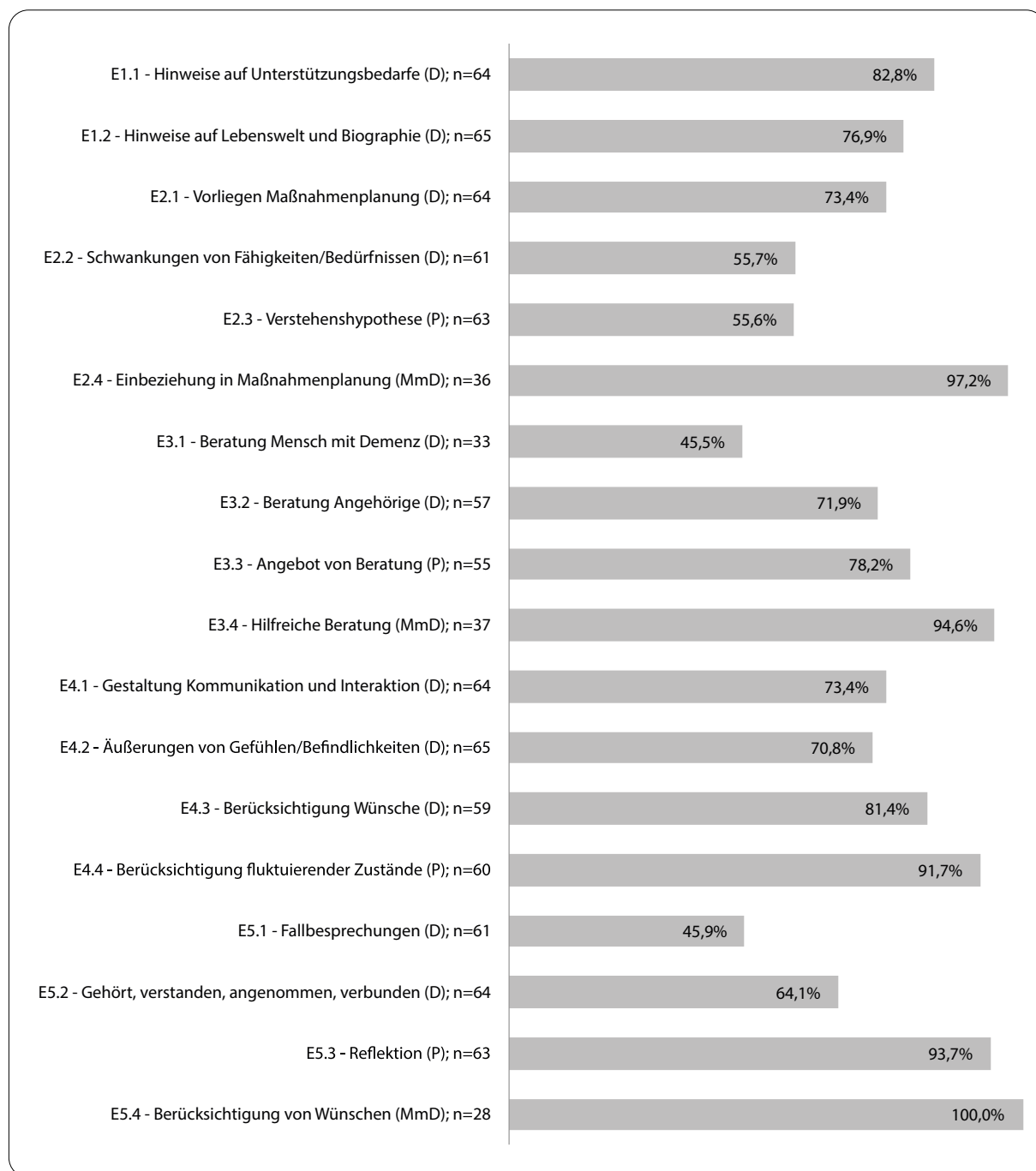


Abbildung 5: Zielerreichungsgrade der ambulanten Pflegedienste

Standardebene 1 Einschätzung der Unterstützungsbedarfe in der Beziehungsgestaltung

Die Standardebene 1 des Expertenstandards enthält zwei, für seine gesamte Umsetzung essentielle Aspekte, die Person-Zentrierung und die Einschätzung von Unterstützungsbedarfen in der Beziehungsgestaltung. In den Strukturkriterien werden die person-zentrierte Haltung der Pflegenden und die person-zentrierte Pflegeorganisation der Einrichtung thematisiert, die sich auch im Ergebniskri-

terium wiederfinden. Darüber hinaus enthält sie Forderungen und Empfehlungen zur Einschätzung von Unterstützungsbedarfen in der Beziehungsgestaltung der Menschen mit Demenz im Rahmen der Pflegeanamnese.

Die Einschätzung der Unterstützungsbedarfe in der Beziehungsgestaltung der Menschen mit Demenz war für die Pflegenden der ambulanten Pflegedienste eng verbunden mit dem Anlass des pflegerischen Auftrags und den zugehörigen Leistungskomplexen oder SGB V-Leistungen, sofern nicht die Möglichkeit bestand, „Pflege nach Zeit“ zu vereinbaren. Damit galt es für die Konkretisierung des Einschätzungsvorgehens und der Integration der Einschätzungskriterien in die Pflegeanamnese in den ambulanten Pflegediensten entsprechende Spezifizierungen vorzunehmen. Dafür stellte eine projektverantwortliche Person fest, dass für die Pflegenden verdeutlicht werden muss, *„dass die Einschätzung bei dem Menschen mit Demenz sich immer auch auf kognitive und kommunikative Fähigkeiten, sowie psychische Verhaltensweisen beziehen muss, ganz unabhängig davon welcher Leistungskomplex, bzw. welche SGB V Leistung vereinbart wurde“ (14AMB).*

Zur Umsetzung der Standardebene wurde in zwei Einrichtungen das Verfahren der Einschätzung und dabei die Integration der Einschätzung in die Erst- und Folgegesprächen festgelegt. In einem der beiden Pflegedienste schließt sich daran eine Phase, die zur Informationssammlung über den Menschen genutzt werden soll, und eine pflegfachliche Einschätzung an, wenn im Falle von vereinbarten Betreuungsleistungen die Betreuungskräfte die Biografieanalyse vorgenommen haben. Aus Sicht der Projektverantwortlichen eigneten sich die Themenfelder 1 und 5 der strukturierten Informationssammlung (SIS) sowie die Module 2 und 3 des neuen Begutachtungsinstrument (NBA) gut für die Einschätzung der Unterstützungsbedarfe in der Beziehungsgestaltung, da sie die relevanten Einschätzungskriterien beinhalteten. Zusätzlich fanden die Erfassung von Biografie und Lebenswelt der Menschen mit Demenz verstärkte Beachtung im Rahmen der Pflegeanamnese.

Die Analyse der Pflegedokumentationen zeigt, dass die Umsetzung dieser Standardebene nicht bei allen Menschen mit Demenz gleichermaßen gut gelungen ist und insbesondere in einem Pflegedienst Umsetzungsschwierigkeiten auftraten. Während die Projektverantwortlichen von drei Pflegediensten in nahezu jeder Pflegedokumentation systematische und konkretisierende Hinweise auf Unterstützungsbedarfe in der Beziehungsgestaltung und ausreichende Hinweise auf die Lebenswelt und Biografie des Menschen mit Demenz finden konnten, gelang dies in dem vierten Pflegedienst nur in etwas weniger als der Hälfte der Fälle. Hier mangelte es aus Sicht der projektverantwortlichen Person entweder an Vollständigkeit, beispielsweise, wenn nicht zu allen Einschätzungskriterien Hinweise vorlagen, oder es wurde ausschließlich Pflegebedarf aufgrund somatischer Problemlagen oder hinsichtlich der vereinbarten SGB V-Leistung erhoben, ohne dass ein Zusammenhang mit den kognitiven Fähigkeiten des Menschen mit Demenz hergestellt wurde.

Insgesamt konnten in 82,8 % der analysierten Pflegedokumentationen (n=64) systematische und konkretisierende Hinweise auf Unterstützungsbedarfe in der Beziehungsgestaltung und in 76,9 % (n=65) ausreichende Hinweise auf die Lebenswelt und Biografie des Menschen mit Demenz gefunden werden.

Ihr Wissen über die Einschätzung der Unterstützungsbedarfe empfanden die Pflegefachkräfte der ambulanten Pflegedienste zu sehr großen Teilen (78 %) als sehr gut oder gut und zu 20 % als befriedigend. Lediglich 2 % schätzten ihr Wissen als nur ausreichend ein (n=60). Nur 25 % (n=56) haben zum Zeitpunkt des Audits weiteren Fortbildungsbedarf zu den Einschätzungsverfahren. Auch über Person-Zentrierung halten 77 % der Pflegefachkräfte ihr Wissen für sehr gut oder gut und 22 % schätzten es als befriedigend ein (n=60). Weiterbestehenden Fortbildungsbedarf sahen auch hier nur 22 % der befragten Pflegefachkräfte (n=54).

Aus Sicht der leitenden Pflegekräfte der Pflegedienste wurde die Person-Zentrierung der Pflegenden bislang durch die Anwendung des Bezugspflegesystems gefördert, aber auch Schulungen, Fallbesprechungen und die Vorbildfunktionen der Pflegeleitungen spielen aus ihrer Sicht eine Rolle. Letzteres gilt insbesondere, wenn sie mit Fachbegleitung und gezielter Rückmeldung über das Pflegehandeln der Pflegenden einhergehen.

Die Projektverantwortlichen bescheinigen der Standardebene eine insgesamt gute Einführbarkeit. Diese Einschätzung resultiert einerseits aus der aus ihrer Sicht guten Passung zwischen den Einschätzungskriterien und der Strukturierten Informationssammlung (SIS) und dem Neuen Begutachtungsinstrument (NBA) und andererseits aus der Expertise der Pflegenden. Für diese scheint aus Sicht einer projektverantwortlichen Person die Beziehungsgestaltung *„ein eher selbstverständliches Thema“* (04AMB) zu sein und eine weitere ergänzt, dass die Pflegenden die Bedarfe in der Regel gut im Blick hätten, auch wenn dies eher im Rahmen der Durchführung von Maßnahmen deutlich würde als im Rahmen der Pflegeanamnese. Als Voraussetzung für eine gelingende Bedarfseinschätzung nennt eine projektverantwortliche Person hingegen auch die Organisationsstruktur des Pflegedienstes, denn nur, *„wenn die Organisationsstruktur die zeitlichen Ressourcen zu personenzentrierten Erstgesprächen hergibt, können wir eine gute Einschätzung der Pflegesituation und der notwendigen Unterstützungsbedarfe in der Beziehungsgestaltung vornehmen“* (14AMB).

Standardebene 2 Planung beziehungsfördernder und -gestaltender Maßnahmen

Das Ergebniskriterium der zweiten Standardebene fordert das Vorliegen einer Maßnahmenplanung, die der individuellen Situation des Menschen mit Demenz gerecht wird, seine identifizierten Unterstützungsbedarfe und mögliche, auf die Demenz zurückgehende Schwankungen seiner Fähigkeiten und Bedürfnisse berücksichtigt. Zudem soll diese Planung allen an der Pflege des Menschen mit Demenz beteiligten Personen bekannt sein. Die Voraussetzungen hierfür sind vielschichtig. Sie liegen in der Planungskompetenz der Pflegefachkräfte, in einem zu Grunde liegenden und einrichtungswelt gültigen, person-zentriertem Einrichtungskonzept und in einer Verfahrensregel, die die Verantwortlichkeiten für die individuelle Pflege eines Menschen mit Demenz regelt. Die Planung von Maßnahmen soll unter Einbeziehung der Menschen mit Demenz und auf Basis einer Verstehenshypothese geschehen.

Für die ambulanten Pflegedienste bestanden die zentralen Anpassungen zur Umsetzung dieser Standardebene in der Einführung von Verstehenshypothesen und der Berücksichtigung fluktuierender Zustände in den Maßnahmenplanungen. Insbesondere die Verstehenshypothesen hatten für die Pflegenden der ambulanten Pflegedienste einen hochinnovativen Charakter, sodass eine zentrale Aufgabe der Projektverantwortlichen darin bestand, ihre Bedeutung und ihren Zweck den Pflegenden nahezubringen und zusätzlich Raum für die teaminterne Entwicklung der Hypothesen und ihrer Dokumentation zu schaffen. Eine projektverantwortliche Person erkennt allerdings, dass es für eine nachhaltige Einführung von Verstehenshypothesen in ihrer Einrichtung deutlich mehr Zeit gebraucht hätte, als im Rahmen des Projekts zur Verfügung stand. Sie hat festgestellt, dass sich die Pflegenden durch reflektierenden Austausch zunächst auf den Weg gemacht haben, Verstehenshypothesen zu entwickeln. Sie hätten erkannt, dass sie einen *„Schlüssel zur Welt des Menschen mit Demenz“* (04AMB) bräuchten und diesen dadurch finden können, dass sie sich fragten: *„Was machst du anders als ich, dass du diesen Menschen pflegen kannst, einen Zugang zu ihm hast?“* (04AMB).

Hinsichtlich der fluktuierenden Zustände war es wichtig, in der Pflegedokumentation eine Möglichkeit zu schaffen, Maßnahmen für unterschiedlich Situationen und Stimmungslagen des Menschen mit Demenz individuell planen zu können. Hierfür empfiehlt eine projektverantwortliche Person zur Erweiterung des situativen Handlungsspielraums nach Möglichkeit den Leitungskomplex 31 („Pflegerische Betreuung“) zu vereinbaren. Eine weitere projektverantwortliche Person stellte aller-

dings auch fest, dass allein das Erklären der für einige Pflegenden unklaren Begrifflichkeit „fluktuierende Zustände“ bereits hilfreich war und die Pflegenden eigentlich „wissen, an guten Tagen geht das, an schlechten Tagen kann man das machen. Das muss mit ihnen reflektiert werden“ (01AMB). Allerdings erkennen die Projektverantwortlichen, dass einige Mitarbeiter Schwierigkeiten darin haben, „die Beziehung zu fokussieren und die Verrichtung dem nachzuordnen“ (23AMB).

Wie schon zur ersten Standardebene zeigen die Ergebnisse zu den Menschen mit Demenz (Audit Teil 1) auch für diese Standardebene ein uneinheitliches Bild. Insgesamt konnten in 73,4 % der gesichteten Pflegedokumentationen (n=64) Maßnahmenplanungen gefunden werden, die die individuellen Unterstützungsbedarfe in der Beziehungsgestaltung berücksichtigten. Insbesondere in dem Pflegedienst, in dem auch seltener Ergebnisse der kriteriengestützten Einschätzung gefunden werden konnten, zeigen sich allerdings auch für die Maßnahmenplanung Verbesserungspotentiale. In allen Pflegediensten hingegen gelingt auch die Berücksichtigung möglicher Schwankungen von Fähigkeiten und Bedürfnissen der Menschen mit Demenz in den Pflegeplanungen erst im Ansatz, sodass nur in knapp 56 % der Pflegedokumentationen (n=61) entsprechende Hinweise gefunden werden konnten. Damit spiegelt sich zu diesem Zielerreichungsgrad der innovative Charakter dieses Standardkriteriums für die ambulanten Pflegedienste wieder. Das gilt gleichermaßen für die Bildung von Verstehenshypothesen. Die Pflegenden bestätigten, dass sie bis zum Auditzeitpunkt nur bei knapp 57 % der Menschen mit Demenz (n=63) eine Verstehenshypothese bilden konnten. Deutlich positiver fallen die Aussagen der Menschen mit Demenz oder ihrer Angehörigen über die Entwicklung der Maßnahmenpläne aus, denn sie bestätigen zu 97 %, dass sie sich in angemessener Art und Weise an der Maßnahmenplanung beteiligt fühlten.

Ein großer Teil der Pflegefachkräfte fühlt sich hinsichtlich der Entwicklung von Maßnahmenplänen im Sinne des Expertenstandards sicher. Knapp 61 % schätzten ihr Wissen dazu als sehr gut oder gut ein, 34 % als befriedigend und lediglich 5 % als ausreichend oder mangelhaft (n=61). Fortbildungsbedarf haben weiterhin 34 % der befragten Pflegefachkräfte (n=56).

Das Strukturkriterium der zweiten Standardebene fordert allerdings nicht allein Planungskompetenzen der Pflegefachkräfte ein, sondern auch das Vorliegen eines einrichtungsweit gültigen Konzepts zur person-zentrierten Pflege in den Einrichtungen. Drei der vier befragten leitenden Pflegefachkräfte bestätigen, dass es ein solches Konzept bereits gibt und in der vierten Einrichtung ist geplant, ein für das stationäre Angebot des gleichen Trägers vorliegendes Konzept, das auch Teil der Schulungs- und Fortbildungsinhalte im Rahmen der Implementierung des Expertenstandards war, für den ambulanten Bereich anzupassen und zu übernehmen. Damit konnten alle vier beteiligten Pflegedienste im Rahmen der Implementierung auf eine konzeptionelle Grundlage zurückgreifen.

Unabhängig von den erreichten Auditergebnissen beurteilen die Projektverantwortlichen die Einführbarkeit der Standardebene als gut. Dies beruht vor allem auf der guten Vereinbarkeit der Standardempfehlungen zur Maßnahmenplanung mit den bestehenden Vorgehensweisen, den aus ihrer Sicht hilfreichen Verstehenshypothesen und dem Umstand, dass Pflegebeziehungen zwischen den Pflegenden, den Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen in der Regel bereits länger bestehen und daher in vielen Fällen bereits hohe individualisierte Anteile in den Pflegemaßnahmen integriert sind. Verbesserungspotentiale sehen sie allerdings bei der Planung von konkreten beziehungsfördernden und -gestaltenden Maßnahmen und ebenso eine Notwendigkeit für ein breiteres fachliches Maßnahmenrepertoire.

Standardebene 3 *Information, Anleitung und Beratung von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen*

Information, Anleitung und Beratung finden im Sinne des Expertenstandards auf zwei Ebenen statt. Es gilt, sowohl den Menschen mit Demenz, entsprechend seiner Fähigkeiten, als auch seine Angehörigen zu beziehungsfördernden und gestaltenden Angeboten zu informieren, anzuleiten und zu beraten und bei letzteren dabei Alltags- und Ausnahmesituationen zu berücksichtigen.

Für die ambulanten Pflegedienste spielt die Information, Anleitung und Beratung der Patienten, Patientinnen und ihrer Angehörigen aufgrund der zeitlich begrenzten Anwesenheit der Pflegenden in der Häuslichkeit der pflegebedürftigen Menschen generell eine große Rolle, die im Rahmen der beziehungsgestaltenden Pflege von Menschen mit Demenz eine zusätzliche Relevanz erhält. Die Projektverantwortlichen haben bei der Konkretisierung der Standardebene unterschieden zwischen Information, Anleitung und Beratung zum Umgang mit der Demenz, zu den Pflegeleistungen des ambulanten Dienstes und ebenso zu entlastenden Möglichkeiten, z.B. Tagespflege, Betreuungsangeboten durch Betreuungsassistenten oder lokale Demenznetzwerke. Zumeist waren auch die Anlässe für Beratungsleistungen unterschiedlicher Natur, da Beratung sowohl im Rahmen von Erstgesprächen, als abrechenbare Leistung im Rahmen von Qualitätssicherungsbesuchen nach §37 SGB XI und natürlich mit eher informierendem oder anleitendem Charakter während der alltäglichen Pflege stattfand. Damit spielten auch unterschiedliche Akteure bei der Beratung eine Rolle, da Erstgespräche und Qualitätssicherungsbesuche in der Regel Aufgabe leitender Pflegekräfte waren und die weitere Beratung durch die Bezugspflegenden angeboten wurden. Für diese „direkte Beratung“ (14AMB) wurde in einem Pflegedienst ein Informationsblatt entworfen und genutzt, das auch als Gesprächsleitfaden diente. Stellten die Pflegenden darüberhinausgehende Inhalte fest, wurde dieser Beratungsbedarf an die leitenden Pflegekräfte weitergeleitet. Gleichwohl stellen die Projektverantwortlichen fest, dass „Beratung und Anleitung für einige Mitarbeiter schon vorher ein eher problematisches Aufgabenfeld“ (23AMB) darstellte und beziehen das vor allem auf die Dokumentation durchgeführter Beratungen. Um dies zu verändern hat ein Pflegedienst festgelegt, wo im Pflegebericht durchgeführte Beratung und die Reaktion der Angehörigen und des Menschen mit Demenz dokumentiert werden sollte. Eine weitere projektverantwortliche Person erkennt diesbezüglich bestehenden Fortbildungsbedarf der Pflegenden.

Die Auditergebnisse spiegeln diese Einschätzung der Projektverantwortlichen wider und zeigen, dass die Beratung zu beziehungsfördernden und -gestaltenden Maßnahmen im Rahmen des Implementierungsprojekts in den ambulanten Pflegediensten noch nicht umfassend etabliert werden konnte. Von den Menschen mit Demenz, die informiert, angeleitet oder sogar beraten werden konnten (n = 33), haben laut den Pflegedokumentationen 45,5 % eine entsprechende Beratungsleistung erhalten. Hinsichtlich der Information, Anleitung und Beratung ihrer Angehörigen fanden sich in 71,9 % der gesichteten Pflegedokumentationen (n = 57) entsprechende Hinweise. Die Pflegefachkräfte bestätigten, dass sie in 78,2 % der Fälle (n = 55) individuelle und zielgruppenspezifische Beratungen anbieten konnten und von den befragten Angehörigen gaben 94,6 % (n = 37) an, dass erhaltene Informationen, Anleitungen oder Beratungen für sie hilfreich waren. Dabei handelte es sich zumeist um Gespräche oder die gemeinsame Durchführung von Pflegemaßnahmen mit den Pflegenden. Da unter denen, die die Frage bejaht haben, auch Angehörige von Menschen mit Demenz waren, in deren Pflegedokumentation keine Hinweise auf geleistete Beratungen gefunden wurden, bestätigt sich die Annahme der Projektverantwortlichen, dass hinsichtlich der Dokumentation von Beratungsleistungen Entwicklungspotential besteht.

Die Pflegefachkräfte (n = 61) schätzten ihren Wissensstand bezüglich der Information, Anleitung und Beratung von Angehörigen etwas besser (67 %) ein, als den zur Information, Anleitung und Beratung von Menschen mit Demenz (64 %), in beiden Fällen beurteilten sie ihr Wissen aber mehrheitlich als sehr gut oder gut. Zu 26 % bzw. 29 % schätzten sie ihr Wissen als befriedigend und für beide

Beratungsbereichen zu 7 % als lediglich ausreichend oder mangelhaft. Auch der weiterbestehende Fortbildungsbedarf war zu beiden Themen nahezu identisch. Zur Beratung Angehöriger sahen 35 % der Pflegefachkräfte (n=54) einen Bedarf bei sich selbst, zur Beratung von Menschen mit Demenz sind es 34 % (n=55).

Gezielte Unterstützung bei der Information, Anleitung und Beratung erfahren die Pflegenden aus Sicht der leitenden Pflegefachkräfte durch Ermutigung, Coaching und kollegiale Absprachen über Inhalte in einem ambulanten Pflegedienst und regelmäßige Schulungen sowie die bereits erwähnte Informationsbroschüre in einem anderen. Aus Sicht einer Pflegeleitung ist die gezielte Kompetenzförderung der Pflegenden in der Anleitung und Beratung insbesondere für die Angehörigen von Bedeutung, um diese in ihrer Rolle zu stärken und zu stützen. Aus der Befragung der leitenden Pflegefachkräfte wird allerdings nicht deutlich, ob oder in welcher Weise im Rahmen der Standardimplementierung neue oder zusätzliche Initiativen zur gezielten Unterstützung der Pflegenden unternommen wurden.

Die Einschätzung der Projektverantwortlichen zur Einführbarkeit der Standardebene fällt durchaus positiv aus, was vornehmlich mit der hohen Relevanz von Information, Anleitung und Beratung in der ambulanten Pflege zusammenhängt, die sie auch als Stärke der Pflegedienste und der Pflegenden wahrnehmen. Wichtig erscheint ihnen aber auch, den negativ wahrgenommenen Einfluss der finanziellen Rahmenbedingungen dabei herauszustellen, denn *„ambulant spielen Beratungen eine große Rolle, aber sind meist auch beschränkt von finanziellen Rahmenbedingungen und den Wünschen der Angehörigen. Das ist häufig nicht deckungsgleich“ (01AMB)*.

Standardebene 4 Angebot und Durchführung beziehungsfördernder und -gestaltender Maßnahmen

Die vierte Standardebene thematisiert die Durchführung beziehungsfördernder und -gestaltender Maßnahmen und empfiehlt dazu auf struktureller Ebene neben Kenntnissen entsprechender Maßnahmen einrichtungsseitige Rahmenbedingungen, die eben solche Angebote ermöglichen.

Für die ambulanten Pflegedienste waren insbesondere die Rahmenbedingungen mit dem Zusammenspiel aus zeitlich begrenzter Anwesenheit bei den Menschen mit Demenz, den teilweise vorhandenen Einschränkungen durch vereinbarte Leistungskomplexe, der Refinanzierung von Leistungen und engen zeitlichen Ressourcen einflussnehmend auf Angebote beziehungsfördernder und -gestaltender Maßnahmen. Letztendlich stand im Mittelpunkt, das *„eigentliche pflegerische Handeln“ (04AMB)*, also die vereinbarten pflegerischen Maßnahmen beziehungsfördernd zu gestalten und weniger, Maßnahmen anzubieten, die explizit der Beziehungsförderung und -gestaltung dienen könnten. Dabei stellte eine projektverantwortliche Person fest, dass insbesondere die genannten Einschränkungen dazu führen konnten, dem individuellen Bedarf eines Menschen mit Demenz nicht immer gerecht werden zu können. Den strukturellen Einschränkungen entgegenwirken können aus Sicht der Projektverantwortlichen eine Touren- und Einsatzplanung, die den Prinzipien der Bezugspflege folgt und die besondere Situation der Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen berücksichtigt. Wichtig erscheinen ihnen auch Kenntnisse der Pflegenden über den person-zentrierten Ansatz, Verstehenshypothesen und zum Umgang mit fluktuierenden Zuständen der Menschen mit Demenz, die sie in die Pflege einfließen lassen. Eine projektverantwortliche Person sieht darin für einige Pflegenden *„immer noch eine Herausforderung, die vereinbarten Verrichtungen gegenüber einem Beziehungsaufbau in den Hintergrund zu schieben. Aber mit zunehmender Übung und Handlungssicherheit in der Anwendung des Standards gelingt dies immer besser“ (23AMB)*. Insbesondere wurde dies mit Blick auf das Angebot und die Durchführung beziehungsfördernder und -gestaltender Maßnahmen durch gezielte Anleitung der Pflegenden und einem konstruktiven fachlichen Feedback gefördert.

Die im Audit befragten leitenden Pflegefachkräfte sehen in der Personaleinsatzplanung ebenfalls eine Möglichkeit, den spezifischen Bedürfnissen der Menschen mit Demenz gerecht werden zu können, indem Touren planerisch entsprechend angepasst werden. Sie sind sich aber auch bewusst darüber, dass die Flexibilität im Einzelfall eingeschränkt ist und nehmen wahr, dass sich Pflegenden in einer Drucksituation befinden können, wenn beispielsweise zeitliche Verzögerungen im Tourenplan entstehen, weil eine Pflegemaßnahme situationsbedingt an Schwankungen von Fähigkeiten oder Bedürfnissen eines Menschen mit Demenz angepasst wurde. Eine leitende Pflegefachkraft erkennt dabei ihre Pflicht, mögliche Wartezeiten anderer Patienten oder Patientinnen und ihrer Angehörigen bereits in deren Erstgespräch zu Beginn des Pflegeauftrags anzukündigen und zu erläutern.

Die Analyse der Pflegedokumentationen zeichnete auch für diese Standardebene kein einheitliches Bild. In 73,4 % aller Pflegedokumentation ($n=64$) fanden die Projektverantwortlichen Hinweise darauf, wie die Kommunikation und Interaktion mit den Menschen mit Demenz gestaltet wurde und dass sie im Sinne der Person-Zentrierung den Bedürfnissen der Menschen mit Demenz entsprach. Aus 70,8 % der Pflegedokumentationen ($n=65$) ging hervor, wie die Menschen mit Demenz ihr Gefühle und Befindlichkeiten äußerten. Dabei fallen in zwei Pflegediensten die Ergebnisse dieser beiden Auditfragen etwas weniger gut als in den anderen beiden aus. Aus den Auditprotokollen dieser Dienste ist abzulesen, dass die Fragen mit „nein“ beantwortet wurden, wenn entsprechende Hinweise entweder nicht regelmäßig dokumentiert wurden oder in Einzelfällen beziehungsförderndes und -gestaltendes Handeln der Pflegenden in der Pflegedokumentation gar keine Rolle spielte und der Fokus der Dokumentation auf behandlungspflegerischen Verrichtungen lag. Einheitlicher sind die Ergebnisse der Frage nach der Berücksichtigung aktueller Wünsche von Menschen mit Demenz im Rahmen von beziehungsfördernden und -gestaltenden Maßnahmen. Darauf fanden sich in 81,4 % der Pflegedokumentationen ($n=59$) wiederkehrende Hinweise und die befragten Pflegefachkräfte bestätigten, dass sie in 91,7 % der Fälle ($n=60$) in der Lage waren, auf Schwankungen und Bedürfnisse der Menschen mit Demenz angemessen zu reagieren. Dies zeigt, dass der in der Konkretisierungsphase angestrebte Kompetenzgewinn der Pflegenden hinsichtlich des Umgangs mit fluktuierenden Zuständen der Menschen mit Demenz zu einem Großteil erreicht werden konnte und möglicherweise auch eine gewisse organisatorische Flexibilität vorhanden war.

Knapp 64 % der Pflegenden ($n=61$) schätzten ihr Wissen über Angebote und Maßnahmen zur Beziehungsgestaltung als sehr gut oder gut ein, 30 % als befriedigend und 6 % als nur ausreichend oder mangelhaft. Auch hier zeigt sich, dass eine Wissensbasis bei den Pflegenden gegeben ist, auch wenn knapp über 30 % ($n=56$) einen bestehenden Fortbildungsbedarf angaben. Die Projektverantwortlichen erkennen aber auch, dass Kenntnisse vertieft werden sollten, um der Beziehungsgestaltung gegenüber einem verrichtungsorientierten Pflegehandeln mehr Gewicht zu geben.

Dazu resümiert eine projektverantwortliche Person hinsichtlich der Einführbarkeit der Standardebene, dass auch vor der Implementierung des Expertenstandards bereits beziehungsgestaltendes Handeln Teil der ambulanten Versorgung war, nun allerdings eine bewusstere Herangehensweise erkennbar ist und ein größerer Austausch über gemachte Erfahrungen stattfindet. Dieser Austausch, auch zwischen Alltagsbegleitern, Pflegenden und der Leitungsebene, fördert aus Sicht aller Projektverantwortlichen die Umsetzung beziehungsgestaltender Maßnahmen, vor allem durch wertschätzende Feedbackgespräche aber auch durch daraus resultierende leitungsseitige Anpassung von Touren oder die Neuverhandlung von Leistungen mit Kostenträgern oder Angehörigen.

Standardebene 5 Evaluation beziehungsfördernder und -gestaltender Maßnahmen

Die fünfte und abschließende Standardebene thematisiert die Evaluation der beziehungsfördernden und -gestaltenden Pflege von Menschen mit Demenz. Für die Modellpflegeeinheiten stand im Rahmen der Konkretisierung der Inhalte die Frage im Mittelpunkt, wie eine laufende Evaluation beziehungsgestaltender und -fördernder Maßnahmen ausgestaltet und wodurch die gemeinsame Reflektion von Beziehungen, Interaktionen und Maßnahmen unterstützt werden kann.

In den Pflegediensten wurde im Rahmen der Konkretisierungsphase vornehmlich festgelegt, in welchem Rhythmus die Evaluation von Maßnahmen im Pflegebericht festgehalten werden soll. Bewährt haben sich aus Sicht einer projektverantwortlichen Person die in den Kommentierungen des Expertenstandards genannten Evaluationskriterien, da sie auch die Besonderheiten der ambulanten Pflege berücksichtigen, z. B. indem die Beteiligung und Einbindung der Angehörigen. Schwierigkeiten bereiteten einem Pflegedienst wahrgenommene Diskrepanzen zwischen den Dokumentationsanforderungen der strukturierten Informationssammlung und den Ansprüchen an die Dokumentation von Evaluationsergebnissen. Da nach Einführung der SIS der Schwerpunkt mehr auf der Dokumentation von Abweichungen von der Maßnahmenplanung und weniger auf der Dokumentation von Wirksamkeitsüberprüfungen lag, erkannte die projektverantwortliche Person hieraus entstehenden Schulungsbedarf der Pflegenden.

Da die Pflegenden die Pflege der Menschen mit Demenz zumeist alleine gestalten und somit keine weitere professionelle Pflegekraft für zeitnahe Reflektion der beziehungsfördernden und -gestaltenden Pflege zur Verfügung steht, hatte die Förderung von Reflektionsmöglichkeiten durch die Einrichtung eine große Bedeutung. Aus Sicht der leitenden Pflegefachkräfte (Audit Teil 3, s. Anhang) ermöglichten insbesondere Dienstbesprechungen oder Fallbesprechungen, der kollegiale Austausch während oder im Anschluss an die Touren und die Fachbegleitung durch gerontopsychiatrische Fachkräfte die Reflektion der Pflege und der Beziehung der Pflegenden zu den Menschen mit Demenz.

Dies bestätigen auch die Aussagen der Pflegefachkräfte, die hinsichtlich der Menschen mit Demenz (Audit Teil 1, s. Anhang) bestätigten, dass sie in 93,7% der Fälle (n= 63) ihre Beziehung zu dem Menschen mit Demenz gemeinsam mit anderen an der Pflege Beteiligten reflektieren konnten. In den gesichteten Pflegedokumentationen finden sich Ergebnisse der Evaluation allerdings seltener wieder. Stattgefundene Fallbesprechungen wurden in nur 45,9% (n=61) der Pflegedokumentationen identifiziert und nur in 64,1% (n= 64) fanden sich Hinweise und Anzeichen darauf, dass sich der Mensch mit Demenz gehört, verstanden, angenommen und mit anderen Personen verbunden fühlt. Fallbesprechungen kamen, auch aus zeitlichen Gründen, noch nicht in allen Pflegediensten zum Einsatz, sind aber überall als hilfreiches Instrument vorgesehen. Hinsichtlich der Dokumentation von Hinweisen und Anzeichen des Gefühls der Menschen mit Demenz im Rahmen der beziehungsgestaltenden Pflege besteht auch aus Sicht der projektverantwortlichen Personen noch Entwicklungspotential. Einerseits besteht es im Umgang mit der Dokumentation, andererseits sieht eine projektverantwortliche Person auch, dass die Pflegenden noch Zeit und Fortbildungen brauchen, die sie zur Evaluation der Maßnahmen befähigen. Sie erkennt, dass *„die Art der Beobachtung und Fähigkeit des „Nachspürens“ noch nicht in diesem Maß entwickelt werden konnten“ (04AMB)*, dass eine nachhaltige Umsetzung der Standardebene möglich gewesen wäre. Konnten allerdings Menschen mit Demenz oder Angehörige befragt werden (n=28), so bestätigten alle (100%), dass ihre Wünsche nach Beziehungsgestaltung in der Regel berücksichtigt wurden.

Die Pflegenden schätzten ihren Wissensstand hinsichtlich der Evaluation beziehungsgestaltender und -fördernder Pflege überwiegend als sehr gut oder gut ein (59%, n=61). 36% beurteilen ihn als befriedigend und nur 5% als ausreichend oder mangelhaft. Weiterbestehenden Fortbildungsbedarf haben allerdings auch 37,5% der Pflegenden (n=56), was sich mit den erwähnten Einschätzungen

der Projektverantwortlichen deckt und mit knappem Abstand den umfangreichsten weiterbestehenden Fortbildungsbedarf zu den Expertenstandardinhalten unter den Pflegenden der ambulanten Pflegedienste darstellt.

Entsprechend dieser Ergebnisse äußern sich die Projektverantwortlichen zurückhaltend hinsichtlich der Einführbarkeit der Standardebene. Während zwei von ihnen keine oder nur geringfügige Schwierigkeiten erlebten, sieht eine der beiden anderen den bereits angesprochenen Fortbildungsbedarf und die noch fehlenden Kompetenzen der Pflegenden als Beeinträchtigung an. Die vierte projektverantwortliche Person adressiert an die Rolle der Einrichtungsleitungen und befürchtet, dass die Evaluation der Maßnahmen in Vergessenheit gerät, wenn von Seiten des Leitungsteams nicht regelmäßig daran erinnert wird.

4.5 Bewertung des Implementierungsprojekts aus Sicht der Projektverantwortlichen

Das Implementierungsprojekt war aus Sicht der Projektverantwortlichen erfolgreich. Dabei waren es nicht in allen Fällen die messbaren Ergebnisse allein, die diese positive Sicht auslösen, sondern auch unerwartete einrichtungs- und teaminterne Prozesse, die angestoßen werden konnten. Die Audit-ergebnisse entsprechen den Erwartungen der Projektverantwortlichen sowohl hinsichtlich positiver Ergebnisse als auch mit Blick auf niedrige Zielerreichungsgrade. Für eine projektbeauftragte Person stellen die Ergebnisse der eigenen Einrichtung zwar ein *„ernüchterndes Bild“* (14AMB) dar, das aber gleichzeitig auch Bereiche aufzeige, in denen weitere Qualitätsentwicklungsarbeit notwendig sei. Die anderen zeigen sich hingegen positiv überrascht, erkennen auf Basis der Ergebnisse allerdings auch Bereiche, denen vermehrt Aufmerksamkeit gegeben werden sollte, z.B. der Dokumentation von Information, Schulung und Anleitung der Angehörigen.

Der Expertenstandard wird von allen Projektverantwortlichen als praxistauglich für die ambulante Pflege angesehen. Als Voraussetzung für eine gelingende Umsetzung braucht es aus ihrer Sicht allerdings auch eine Anpassung von Finanzierungsgrundlagen und anderer struktureller und organisatorischer Rahmenbedingungen. Darüber hinaus ist eine *„konsequente Schulung der Mitarbeiter in dem person-zentrierten Pflegeansatz“* (14AMB) notwendig. Zudem nimmt die vergleichsweise geringe zeitliche und zumeist nur punktuelle Anwesenheit der Pflegenden im Tagesverlauf Einfluss auf die Beziehungsgestaltung. Eine projektverantwortliche Person zieht daraus den Schluss, dass den Pflegenden *„ausreichend Zeit zum Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung sowohl zum Patienten als auch zum Angehörigen sowie zur Sammlung der erforderlichen Informationen zur Verfügung stehen“* (23AMB) müsse und ihnen diese Zeit nicht alleine durch die Einrichtungen oder die Angehörigen zugestanden werden sollte. Sie sollten auch dazu gebracht werden, ihre professionelle Wahrnehmung und Haltung dementsprechend zu ändern und sich diesem Aspekt der Pflege von Menschen mit Demenz größere Aufmerksamkeit widmen. Aus Sicht einer anderen projektverantwortlichen Person trägt der Expertenstandard hierzu bei, denn er sei *„für die Entwicklung der Haltung zu Menschen mit Demenz wichtig“* (01AMB). Unterstützt werden könne dies auch organisatorisch, wenn hinsichtlich der Tourenplanungen berücksichtigt würde, dass die *„Bezugspflegerinnen einer Tour tatsächlich in der Lage sind, sich auf die besonderen Bedarfe und Bedürfnisse der Pflege von Menschen mit Demenz einzulassen“* (23AMB).

Aus Sicht der Projektverantwortlichen war das Implementierungsprojekt förderlich für den Austausch zwischen Pflegenden, Betreuungsassistenten und Haushaltskräften über die Pflege der Menschen mit Demenz, die tiefergehende Betrachtung ihrer Biografie und Lebenswelt und sie hatte Auswirkungen auf organisatorische Aspekte. Eine projektverantwortliche Person berichtet, dass umfangreichere Leistungsangebote eingeplant und abgesprochen würden und eine andere, dass im Rahmen von Leistungsvereinbarungen mit den Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen und der

daraus resultierenden Maßnahmenplanungen beziehungsfördernde Aktivitäten vermehrt berücksichtigt würden. Allerdings erscheint dabei problematisch, dass sich dieser „*Ansatz konsequenter und nachhaltiger im Betreuungsteam umsetzen lässt*“ (14AMB) und mit den Leistungen aus dem SGB V und SGB XI ein klar definierter zeitlicher Rahmen vorgegeben ist, „*der die Möglichkeiten einer person-zentrierten, individualisierten Pflege begrenzt*“ (14 AMB).

Entwicklungsbedarf sehen die Projektverantwortlichen vor allem hinsichtlich der Information, Anleitung und Beratung von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen und der Einbindung der Angehörigen in die beziehungsgestaltende Pflege. Sie äußern die Hoffnung, dass mit steigendem Wissen der Pflegenden über Person-Zentrierung und größerer Handlungssicherheit hinsichtlich beziehungsgestaltender Maßnahmen auch dies zunehmend besser gelingt. Dies ist auch insofern von Bedeutung, als dass Angehörige ein hemmender Faktor für die Umsetzung der Expertenstandardsinhalte sein können, wenn sie, entweder durch fehlendes Wissen oder durch tradierte Erwartungen an pflegerische Leistungen, Maßnahmen zur Beziehungsgestaltung nicht prioritär sehen und entsprechende Leistungen nicht vereinbaren oder für sich in Anspruch nehmen.

Förderlich für die zukünftige Umsetzung des Expertenstandards hingegen sind aus Sicht der Projektverantwortlichen der regelmäßige Austausch der Mitarbeiter durch Fall- und Teambesprechungen, die Sensibilisierung der Pflegenden für die spezifischen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz und vor allem das wachsende Bewusstsein für die Notwendigkeit, die Beziehungsgestaltung in den Vordergrund pflegerischen Handelns zu stellen.

4.6 Fazit zu den Ergebnissen in den ambulanten Pflegediensten

Der Expertenstandard hat seine Einführbarkeit und Praxistauglichkeit in der ambulanten Pflege unter Beweis gestellt und seine Anwendung kann vorbehaltlos empfohlen werden. Dabei gilt aber auch, dass für seine Umsetzung strukturelle Voraussetzungen vorliegen oder geschaffen werden müssen und ihr Erfolg davon abhängt, welches Pflegeverständnis die Einrichtung prägt.

Es ist den teilnehmenden ambulanten Pflegediensten im Rahmen des Implementierungsprojekts gelungen, person-zentrierte Anteile in die Pflege von Menschen mit Demenz zu integrieren und den Pflegenden durch die Inhalte des Expertenstandards eine Hilfestellung für die Pflege von Menschen mit Demenz an die Hand zu geben, indem ihre Kompetenz und Wissensbasis gestärkt und ihr fachlicher Austausch über den Menschen mit Demenz gefördert wurde. Von besonderer inhaltlicher Bedeutung für die ambulante Pflege erscheint die Information, Anleitung und Beratung der Menschen mit Demenz und vor allem ihrer Angehörigen. Sie geht dabei über die generell bestehende Relevanz von Beratung in der ambulanten Pflege hinaus, denn es geht hinsichtlich der Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz auch darum, Angehörige mit person-zentrierter Pflege vertraut zu machen und sie zu einem entsprechenden Umgang mit den Menschen mit Demenz zu befähigen. Langfristig gesehen geht es auch bei ihnen um das Annehmen einer entsprechenden Haltung.

Selbstverständlich kann dies erst gelingen, wenn eine person-zentrierte Haltung auch das Handeln der Pflegenden prägt. Die Ergebnisse des Implementierungsprojekts deuten an, dass eine Haltungsänderung der Pflegenden hin zur Person-Zentrierung angebahnt wurde, sie aber nicht als abgeschlossen angesehen werden kann. Hierzu braucht es einrichtungsintern weiterhin Gelegenheit zum Vertiefen erworbener Kenntnisse, zur Umsetzung beziehungsfördernder und -gestaltender Pflege und die Unterstützung durch Leitungskräfte mit entsprechender Expertise. Ebenso von Bedeutung ist eine angemessene Pflegeorganisation. Die Einflussmöglichkeiten auf externe Einschränkungen durch Leistungskomplexe und Abrechnungsdruck sind für die Pflegedienste gering, wenn nicht die

Möglichkeit besteht, „Pflege nach Zeit“ zu vereinbaren. Diese Einflüsse müssen allerdings bei der Bewertung der Implementierungsergebnisse und vor allem der erreichten Umsetzungsqualität nicht nur für diesen Bericht, sondern auch zukünftig Berücksichtigung finden. Unter diesem Aspekt kann resümiert werden, dass es den teilnehmenden Einrichtungen weitestgehend gelungen ist, das Qualitätsniveau des Expertenstandards zu erreichen, wenngleich auch Entwicklungspotentiale sichtbar wurden.

5 Die Implementierung in Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz

5.1 Strukturdaten

Die beteiligten drei Wohngemeinschaften (vgl. Tab. 4) für Menschen mit Demenz wiesen insgesamt homogene Strukturen auf. Sie befanden sich in kirchlicher und privater Trägerschaft und zwei von ihnen waren in einen größeren Unternehmenskontext eingebettet. In allen drei Einrichtungen wurden jeweils zwei Wohngemeinschaften als Modellpflegeeinheiten benannt, in denen im Implementierungszeitraum zwischen 16 und 18 Menschen mit Demenz dauerhaft lebten.

Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz	
Amarigo GmbH	Pflegedienstleitung: Izabella Knapik Projektverantwortliche Person: Jörg Burbaum, MScN
Caritas Pflege & Gesundheit, Wohngemeinschaften im Haus St. Martin	Pflegedienstleitung: Miriam Beckmann, B.A. Projektverantwortliche Person: Mariela Gerdes, M.Sc.
advita Pflegedienst GmbH Berlin Reinickendorf	Pflegedienstleitung: Ellen Krane Projektverantwortliche Person: Marie-Luise Mangelsdorf, M.A.

Tabelle 4: Übersicht über die beteiligten Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz

Auch hinsichtlich der Personalbesetzung bestanden zwischen den Einrichtungen Gemeinsamkeiten. Die Pflege von Menschen mit Demenz wurde hauptsächlich durch Pflegehilfskräfte und Betreuungskräfte geleistet, dabei übernahmen die Pflegefachkräfte vornehmlich steuernde und koordinierende Aufgaben. Die Einrichtungen hatten im Durchschnitt drei Vollzeitstellen für Pflegefachkräfte gegenüber 8,8 für Pflegehilfs- und Betreuungskräfte. Bei Letzteren war zudem der Anteil an Stellen mit reduziertem Umfang größer als bei den Pflegefachkräften, sodass sie sich auf durchschnittlich 14 Personen pro Modellpflegeeinheit verteilten. Ausgewiesene Demenzexpertise oder große Erfahrung in der Pflege von Menschen mit Demenz war in allen Modellpflegeeinheiten vorhanden, allerdings nicht bei jedem Pflegenden gleichermaßen. Unterstützt wurde die Expertise und damit das Handeln der Pflegenden in zwei der drei Einrichtungen durch ein spezifisches, auf die Pflege von Menschen mit Demenz in Wohngemeinschaften ausgerichtetes Konzept und in einem Fall auch durch entsprechende Verfahrensregelungen.

In allen Einrichtungen bestanden Erfahrungen in der Einführung und Anwendung von Expertenstandards und weiteren pflegequalitätsfördernden Maßnahmen und in einer Einrichtung zusätzlich in der Durchführung des DNQP-Auditverfahrens.

5.2 Person-Zentrierung und Pflege von Menschen mit Demenz vor Implementierungsbeginn

Mit der Spezialisierung auf die Pflege von Menschen mit Demenz war verbunden, dass die Wohngemeinschaften bereits vor Beginn des Implementierungsprojektes auf konzeptueller Basis viele Inhalte des Expertenstandards umsetzten oder berücksichtigten. Durch die tägliche Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz ist aus Sicht der Projektverantwortlichen deren Pflege für die Mitarbeiter der Modellpflegeeinheiten von großer Normalität gekennzeichnet. Die Projektverantwortlichen schätzten bereits zu Projektbeginn die person-zentrierte Beziehungsgestaltung in den Wohngemeinschaften als gelungen ein oder sahen eine „*empathische Grundhaltung*“ (18WG) und ein „*person-zentriertes Grundverständnis*“ (05WG) bei den Pflegenden.

In allen Wohngemeinschaften hatten die Biografie und die Lebenswirklichkeit der Menschen mit Demenz großen Einfluss auf die Pflegeplanung und die Alltagsgestaltung. Ihre Biografien wurden möglichst umfassend erhoben und dokumentiert und dienten als Anhaltspunkte für die Pflegenden, um mit dem Menschen mit Demenz in Interaktion treten zu können. Individualisierte, beziehungs-gestaltende Aktivitäten waren in allen drei Wohngemeinschaften selbstverständlicher Teil der Alltagsgestaltung. Die Projektverantwortlichen nannten dabei unter anderem Haushaltsaktivitäten, Spaziergänge, gymnastische Übungen, handwerkliche oder künstlerische Tätigkeiten. Die Angehörigen der Menschen mit Demenz waren dabei regelmäßig durch direkte Beteiligung oder auch „im Sinne von gemeinsam getragener Verantwortung“ (05WG) eingebunden.

Dennoch erkannten die Projektverantwortlichen zu Projektbeginn auch Anzeichen von Verrichtungsorientierung bei den Pflegenden, die das Abweichen von Pflegeplänen und Alltagsroutinen erschwerten, auch wenn Wünsche, Vorlieben oder subjektive Realitäten der Menschen mit Demenz ein solches Abweichen in Einzelfällen erforderten. Gründe hierfür waren unterschiedlich gelagert. Ein mögliches Abweichen von Plänen oder die Anpassung von Maßnahmen waren beispielsweise in einer Einrichtung mit der Sorge von Pflegenden verbunden, negative Rückmeldungen anderer Teammitglieder zu erleben. Bei körperpflegebezogenen Maßnahmen spielten hierbei in einer anderen Einrichtung auch „Angst vor Restriktionen seitens der Angehörigen“ (09WG) eine Rolle. Zudem schränkte die „*verrichtungsorientierte Abrechnungslogik in der ambulanten Pflege*“ (05WG), an der sich die Träger bzw. Betreiber der Wohngemeinschaften orientieren müssen, die Flexibilität im Umgang mit geplanten Pflegemaßnahmen ein. Demgegenüber wurde aber auch aus allen Wohngemeinschaften berichtet, dass regelmäßige oder anlassbezogene Teambesprechungen und Fallbesprechungen zur Reflektion von Pflegeplanungen oder zur Anpassung von Tagesabläufen genutzt wurden und auf organisatorischer und konzeptioneller Basis Zeit und Raum für beziehungs-gestaltende Maßnahmen gewährt wurde.

Die Projektverantwortlichen sahen in der „*Wissens- und Kompetenzbasis*“ (05WG) der Pflegenden einen entscheidenden Einflussfaktor für eine person-zentrierte Haltung und eine beziehungs-fördernde Pflege. Bei allen beschriebenen strukturellen Gemeinsamkeiten zeigen sich hier jedoch Unterschiede zwischen den Wohngemeinschaften. Während in einer Wohngemeinschaft eine kontinuierliche und geduldige Weiterentwicklung der Pflegenden die Entwicklung von einer „guten“ zu einer „sehr guten“ Beziehungsgestaltung befördern und in einer zweiten Einrichtung regelmäßige Schulungen die langjährige Erfahrung der Pflegenden in der Pflege von Menschen mit Demenz unterstützen soll, beklagte die dritte projektverantwortliche Person zu Projektbeginn, dass die Grundhaltung der Pflegenden zwar empathisch gegenüber den Menschen mit Demenz sei, daraus in der Alltagsrealität aber kein In-Beziehung-treten erwachse. Die Pflegenden hätten dies verlernt und es stünde bei subjektiv als eingeschränkt empfundenen Zeitressourcen eher ein verrichtungs-orientiertes Abarbeiten geplanter Maßnahmen im Vordergrund, nicht aber die Beziehungsgestaltung.

5.3 Vorgehen

Die Projektverantwortlichen haben sich für den Implementierungsprozess in den Modellpflegeeinheiten am DNQP-Phasenmodell orientiert, dabei allerdings die Phasen sowohl hinsichtlich ihrer zeitlichen Abfolge als auch ihrer inhaltlichen Ausgestaltung modifiziert. Beides war auf den Stand der Pflege von Menschen mit Demenz zurückzuführen und auf frühzeitige Erkenntnisse darüber, zu welchen Expertenstandardinhalten Anpassungen des einrichtungsinternen Vorgehens erfolgen müssten.

Projektverantwortliche und Arbeitsgruppen

Die Projektverantwortlichen hatten in ihren Einrichtungen unterschiedliche Funktionen. Sie waren Leitung des trägerweiten Qualitätsmanagements, hatten koordinierende Funktionen oder waren gleichzeitig in Qualitätsmanagement und Geschäftsleitung tätig. Alle hatten Vorerfahrungen sowohl in Pflegequalitätsentwicklungsprojekten als auch in der Pflege von Menschen mit Demenz, wenngleich ihre Schwerpunkte dabei unterschiedlich gelagert waren. Sie haben ihr Vorgehen zur Implementierung des Expertenstandards dementsprechend an den einrichtungsinternen Stand der Pflege und an ihre persönliche Erfahrung mit Pflegequalitätsentwicklungsprojekten oder an ihre Expertise in der Pflege von Menschen mit Demenz angepasst. Somit sind in nachvollziehbarer Weise in den Einrichtungen Implementierungsphasen parallel verlaufen oder sind in Einzelfällen, wie am Beispiel der Fortbildungen deutlich werden wird, auf einen späteren Zeitpunkt verschoben worden.

Bei der Zusammensetzung der Arbeitsgruppen wurde in allen drei Wohngemeinschaften auf einen Qualifikationsmix geachtet. Beteiligt wurden leitende Pflegekräfte, die Teamleitungen der Wohngemeinschaften, Pflegefachkräfte und Pflegenden, die als Präsenz- oder Assistenzkräfte in den Wohngemeinschaften tätig waren. Als Kriterien für die Auswahl war in den Einrichtungen Interesse an der Mitarbeit in der Arbeitsgruppe ebenso ausschlaggebend, wie die Erfahrung der AG-Mitglieder in der Pflege von Menschen mit Demenz. Die Arbeitsgruppen hatten jeweils eine Größe von fünf bzw. sechs Personen inklusive der Projektverantwortlichen.

Aufgaben der Arbeitsgruppen waren während des Implementierungsprozesses hauptsächlich die einrichtungsinterne Konkretisierung von Standardinhalten und ihre Vermittlung an die Teams der Wohngemeinschaften sowie die dauerhafte Unterstützung der weiteren Teammitglieder bei der ersten Umsetzung von Standardinhalten.

Projektstart

Der Projektstart war in allen drei Wohngemeinschaften durch die Information der Pflegenden über den Expertenstandard und das anstehende Projekt gekennzeichnet. Dies geschah im Rahmen von Kick-Off Veranstaltungen oder Teambesprechungen und war in einer der drei Wohngemeinschaften verbunden mit der Bildung der Arbeitsgruppe

Fortbildungen

In allen drei Wohngemeinschaften wurde der expertenstandardbezogene Fortbildungsbedarf eher unsystematisch durch Befragungen der Teamleiter, durch Vorschläge in Teambesprechungen, durch Mitarbeitergespräche und über Stimmungsbilder in den Arbeitsgruppen erhoben. In einer Einrichtung waren für die Fortbildungsplanung zusätzlich die Ergebnisse eines Dementia Care Mappings zu Beginn des Implementierungsprozesses und in einer Weiteren die Ergebnisse der Eingangsbefragung hilfreich.

Die inhaltliche Gemeinsamkeit im Fortbildungsangebot bestand bei den drei Wohngemeinschaften lediglich darin, dass die Inhalte des Expertenstandards und das Vorgehen bei seiner Implementierung im Rahmen von jeweils einer ein- bis zweistündigen Fortbildungsveranstaltung den Teams vorgestellt wurden. Davon abgesehen haben sich die Projektverantwortlichen in der Fortbildungsplanung und -gestaltung am jeweiligen Stand der Pflege von Menschen mit Demenz in ihrer Einrichtung orientiert und dabei sehr unterschiedliche inhaltliche Schwerpunkte gesetzt.

Dabei wurde in einer Einrichtung entschieden, vertiefende Fortbildungen zur Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz erst nach der Konkretisierungsphase und der Umsetzung der angepassten Expertenstandardinhalte anzubieten. Diese sollen dann bedarfsspezifisch gestaltet sein und die Auditergebnisse berücksichtigen. Möglich wurde dieses Vorgehen aus Sicht

der projektverantwortlichen Person, weil alle langjährig beschäftigten Präsenzkkräfte und Alltagsbegleiter eine Basisschulung zum Thema Demenz und zu person-zentrierter Pflege erhalten haben und diese Fortbildungen auch neu eingestellten Mitarbeitern angeboten wird. Hinzu kommt, dass in dieser Einrichtung eine strukturelle Anpassung des Konzepts der Wohngemeinschaften ansteht, mit dessen Einführung die weitere Fortbildungsgestaltung verbunden werden soll.

Ähnliches gilt auch für die zweite Wohngemeinschaft. Hier steht eine vollständige Konzeptentwicklung noch aus, so dass die projektverantwortliche Person von einem daraufhin steigenden expertenstandardbezogenen Fortbildungsbedarf ausgeht und diesen auch für erforderlich hält. Zu Beginn des Implementierungsprojekts wurden in dieser Einrichtung, neben der bereits erwähnten Vorstellung des Expertenstandards, Fortbildungen zu person-zentrierter Pflege nach Kitwood, zu Validation und Interaktion sowie zu möglichen Maßnahmen der Beziehungsförderung angeboten.

In der dritten Wohngemeinschaft hingegen wurden Fortbildungen umfangreich angeboten. Dabei wurden alle Themenfelder berührt, die Teil des Einrichtungskonzepts sind, auch wenn sie nicht auf den ersten Blick mit dem Expertenstandard oder seiner Implementierung in Verbindung stehen. Hintergrund ist, dass in dieser Einrichtung, die erst seit 2017 und damit relativ kurz vor Beginn der Expertenstandardimplementierung eröffnet wurde, auf die Fortbildung und Schulung zum Einrichtungskonzept großen Wert gelegt wird und eine person-zentrierte Haltung, Lernbereitschaft und Teamfähigkeit der Mitarbeiter im Mittelpunkt steht.

Der Mitarbeiterstruktur entsprechend wurden in allen drei Wohngemeinschaften keine Unterscheidungen der Fortbildungsteilnehmer hinsichtlich ihrer Qualifikation vorgenommen. Es wurde also nicht nur das Wissensniveau der Pflegefachkräfte gestärkt, sondern auch geringer qualifiziertes Personal wie Präsenzkkräfte oder Alltagsbegleiter zu den zentralen Inhalten des Expertenstandards und zu seiner Umsetzung geschult. Bereits an dieser Stelle deutet sich an, dass die Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz in Wohngemeinschaften nicht allein Aufgabe von Pflegefachkräften sein kann, sondern gemeinsam von allen an der Pflege beteiligten Personen getragen wird. In allen Wohngemeinschaften zeigten sich die Projektverantwortlichen zufrieden mit den Teilnehmerquoten der durchgeführten Fortbildungen und attestierten eine hohe Teilnahmemotivation. Unterstützend wirkten hierbei die bereits angesprochene Lernbereitschaft der Mitarbeiter in einer Einrichtung sowie die Organisation der Fortbildungen in der anderen Wohngemeinschaft als Teil der Arbeitszeit und eingebettet in den Tagesablauf.

Konkretisierung von Standardkriterien, Anpassung von Prozessen und Umsetzung der Expertenstandardinhalte

Federführend zeichneten die Projektverantwortlichen für die Konkretisierung der Standardkriterien in den Einrichtungen verantwortlich. Inhaltlich standen bei den Konkretisierungen aller Standardebenen das Entwickeln von Arbeits- und Dokumentationshilfen, Verfahrensbeschreibungen sowie die Anpassung der hausinternen Konzepte im Mittelpunkt.

Aus zwei der drei Modellpflegeeinheiten wird berichtet, dass insbesondere die Auseinandersetzung mit den theoretischen Expertenstandardinhalten und ihrer abstrakten Darstellung dann eine Herausforderung war, wenn die Arbeitsgruppenmitglieder zuvor noch wenig Berührungspunkte mit systematischem und theoriegeleitetem Arbeiten hatten. Um die Konzepte und die Sprache der jeweiligen Einrichtungen mit der Sprache und dem inhaltlichen Niveau des Expertenstandards unter diesen Bedingungen in Einklang zu bringen, war es aus Sicht einer projektverantwortlichen Person von Bedeutung, auch bei anspruchsvollem inhaltlichem Niveau allen AG-Mitgliedern unabhängig ihrer Vorerfahrungen in theoretischer Arbeit den Raum und die Zeit zu geben, den sie brauchten, um ihren Beitrag zu leisten und Ergebnisse selbst zu verschriftlichen. Auch, wenn dies unter gleichzeitig hoher Arbeitsbelastung der Teams einen zusätzlichen Aufwand bedeutete, konnte dies zu

einer höheren Akzeptanz des Expertenstandards beitragen. In der dritten Wohngemeinschaft wurde vor dem Einbezug der Arbeitsgruppenmitglieder bereits durch die projektverantwortliche Person gemeinsam mit einer Person des trägerweiten Qualitätsmanagements eine inhaltliche Konkretisierung der Expertenstandardkriterien vorgenommen. Vorteil daran war, dass kein späterer Abgleich mit dem Qualitätsmanagement des Trägers notwendig wurde. Allerdings wurde der Arbeitsgruppe auf diese Weise zunächst die Gelegenheit zu einer tiefergehenden Auseinandersetzung mit dem Expertenstandard genommen.

In einer der drei Wohngemeinschaften waren viele Elemente des Expertenstandards bereits im Einrichtungskonzept verankert, sodass die Einführung Schritt für Schritt vorgenommen werden konnte und ausreichend Zeit zur Verfügung stand, innovativere Anteile wie beispielsweise das Entwickeln von Verstehenshypothesen zu erproben und geeignete Dokumentationsverfahren zu entwickeln. In einer anderen Wohngemeinschaft wurden die formalen Anforderungen des Expertenstandards in Verfahrensanweisungen umgewandelt und damit an das allen Mitarbeitern bekannte System angepasst. Als hilfreich haben sich zudem Formulierungshilfen für die Pflegedokumentation erwiesen, die durch Mitglieder einer Arbeitsgruppe für eine der Modellpflegeeinheiten erstellt wurden und den Pflegenden der Wohngemeinschaft den Umgang mit neuen Anteil der Pflegedokumentation und deren Integration in die strukturierte Informationssammlung (SIS) erleichterten.

Die Projektverantwortlichen betonen, dass die Arbeitsgruppenmitglieder, ebenso wie sie selbst eine wichtige Funktion hatten. Sie *„waren wichtige Multiplikatoren in dem Projekt und stets die ersten, die das Beschlossene erprobten und ihre Erfahrungen an den Teams teilten“ (05WG)*. Aufgabe der Projektverantwortlichen war dabei, die Arbeitsgruppenmitglieder zu motivieren, was zumeist gut gelungen ist, aber ein stetiges *„dran bleiben“ (05 WG)* erforderte.

Als negativ beeinflussend erlebten die Projektverantwortlichen vor allem die schwierige Personalsituation. Durch erhebliche Probleme, unbesetzte Stellen mit geeigneten Pflegenden zu besetzen, stellten sie Anzeichen von Arbeitsüberlastung und zunehmendem Krankenstand bei den Pflegenden fest. Dies führte zu einem gesteigerten Organisationsaufwand hinsichtlich der Dienstplanung, was mit Blick auf die Projektdurchführung inhaltliche und zeitliche Flexibilität sowie *„Fingerspitzengefühl für die Belastungen der Mitarbeiter“ (05WG)* erforderte.

Audit

Das Audit wurde in allen drei Wohngemeinschaften durch die Projektverantwortlichen durchgeführt, in einer Einrichtung war zusätzlich eine weitere Person unterstützend beteiligt. Alle Projektverantwortlichen haben sich im Rahmen des Auditverfahrens an den methodischen Hinweisen des DNQP orientiert und zur Erhebung der Daten zu den Menschen mit Demenz (Audit Teil 1, s. Anhang) zunächst die Pflegedokumentationen gesichtet, anschließend die zuständigen Pflegefachkräfte befragt und zeitnah versucht, die Befragung des Menschen mit Demenz oder den Angehörigen durchzuführen. Alle berichten von einem insgesamt problemlosen Auditverfahren und von motivierter Mitarbeit der Pflegenden während des gesamten Auditverfahrens. Lediglich die Erreichbarkeit der Angehörigen und generell die Befragung der Menschen mit Demenz wurden als herausfordernd beschrieben. Die erreichten Stichprobengrößen des ersten Auditteils lagen zwischen $n = 11$ und $n = 17$ Menschen mit Demenz.

Auch die Befragung der Pflegenden zu ihrem Wissensstand (Audit Teil 2, s. Anhang) verlief in allen Modellpflegeeinheiten weitestgehend unproblematisch. Förderlich waren die vorherige Information der Pflegenden zu Sinn und Zweck der Befragung und die Verteilung der Fragebögen im Rahmen von Fortbildung oder Teamsitzungen in Verbindung mit der Möglichkeit einer anonymisierten Rückgabe. Die Rücklaufquoten lagen zwischen zufriedenstellenden 68 % und sehr guten 100 % der befragten Pflegefachkräfte.

Durch die Befragungen der leitenden Pflegefachkräfte zu den Strukturkriterien (Audit Teil 3, s. Anhang) des Expertenstandards liegen für die Modellpflegeeinheiten Hinweise zur vorhandenen oder geplanten Umsetzung der Strukturkriterien des Expertenstandards vor, die in die Ergebnisdarstellung einfließen.

5.4 Ergebnisse

Betrachtet man ausschließlich die einrichtungsübergreifenden Ergebnisse des Audits, das die Umsetzung des Expertenstandards mit Blick auf den Menschen mit Demenz beschreibt (vgl. Abb. 6), lassen sie den Schluss zu, dass nicht alle Ergebniskriterien in allen drei Wohngemeinschaften gleichermaßen zufriedenstellend umgesetzt werden konnten. Dies mag an sich verändernden Dokumentationsanforderungen gelegen haben, kann aber auch den an einigen Stellen unterschiedlichen Voraussetzungen geschuldet sein, unter denen die Implementierung begonnen wurde. Gut gelungen erscheint in allen drei Einrichtungen die Einschätzung der Unterstützungsbedarfe in der Beziehungsgestaltung bis hin zur Planung von Maßnahmen auf der Basis einer Verstehenshypothese und unter Berücksichtigung fluktuierender Zustände bei den Menschen mit Demenz. Auch bestätigen die Pflegenden eine stetige Reflektion untereinander über die Menschen mit Demenz und das Gelingen ihrer Beziehungsgestaltung mit ihnen. Protokolle von Fallbesprechungen finden sich in den Pflegedokumentationen allerdings seltener. Ebenso weniger gut dokumentiert wurden die Beratung von Menschen mit Demenz oder ihren Angehörigen und diese wurde auch nicht immer als gleichermaßen hilfreich eingeschätzt. Deutlich wird auch, dass überall da, wo die einrichtungsübergreifenden Zielerreichungsgrade geringer ausfallen, größere Spannbreiten zwischen den jeweiligen Ergebnissen der einzelnen Einrichtungen bestehen.

Zielerreichungsgrade der Wohngemeinschaften mit Demenz

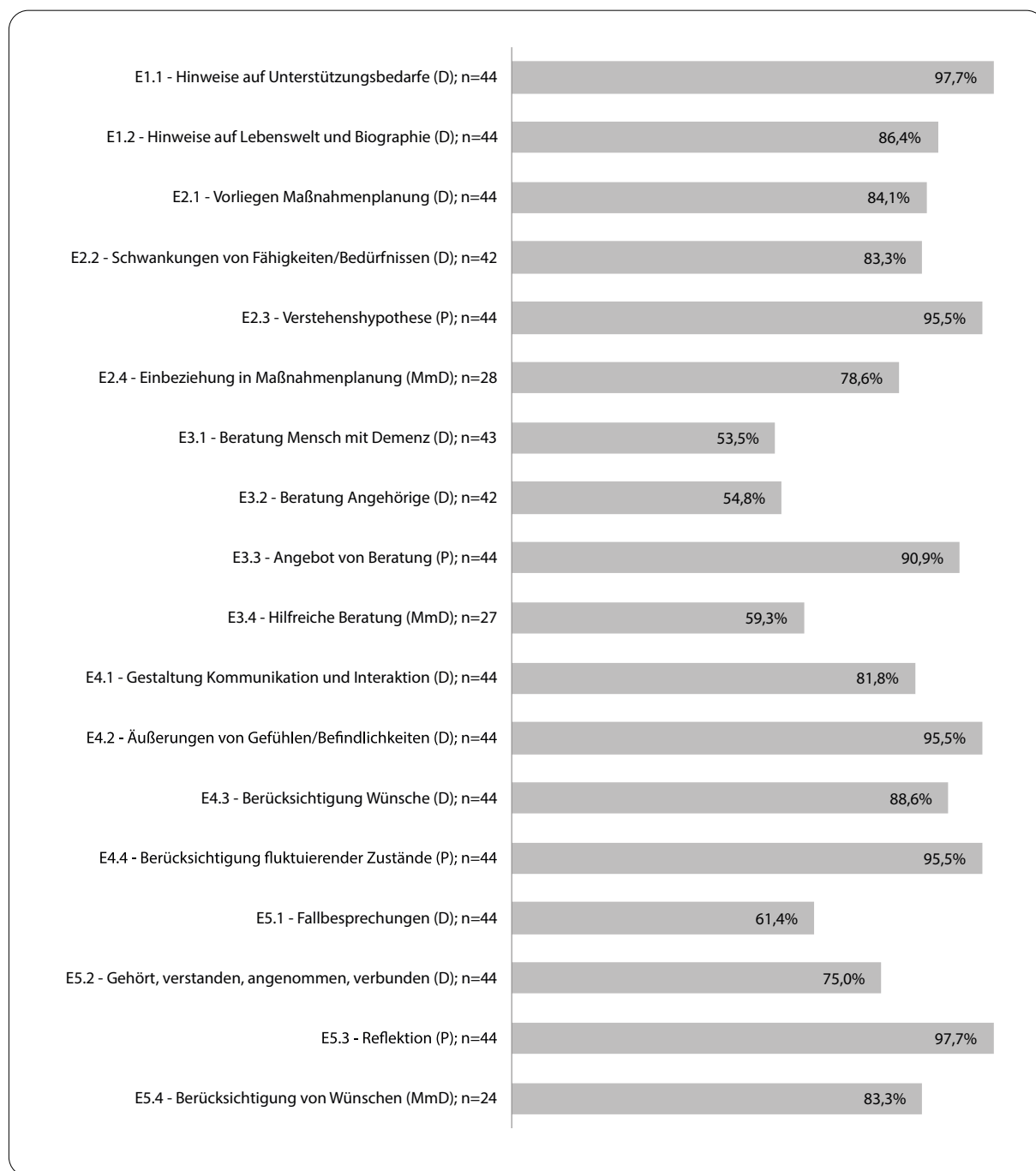


Abbildung 6: Zielerreichungsgrade der Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz

In die folgende, differenzierte und nach den Standardebenen gegliederte Ergebnisdarstellung werden nicht allein die Auditergebnisse, sondern auch die Ergebnisse der Konkretisierungsphase, die vorhandenen oder neu geschaffenen einrichtungsbezogenen Strukturen und Rahmenbedingungen und nicht zuletzt die Sicht der Projektverantwortlichen einfließen, sodass ein umfassenderes Bild über fördernde oder hemmende Faktoren für die Einführung und Umsetzung spezifischer Inhalte des Expertenstandards möglich wird.

*Standardebene 1 Haltung, Person-Zentrierung und Einschätzung der Unterstützungsbedarfe
in der Beziehungsgestaltung*

Die Standardebene 1 des Expertenstandards enthält zwei, für seine gesamte Umsetzung essentielle Aspekte, die Person-Zentrierung und die Einschätzung von Unterstützungsbedarfen in der Beziehungsgestaltung. In den Strukturkriterien werden die person-zentrierte Haltung der Pflegenden und die person-zentrierte Pflegeorganisation der Einrichtung thematisiert, die sich auch im Ergebniskriterium wiederfinden. Darüber hinaus enthält sie Forderungen und Empfehlungen zur Einschätzung von Unterstützungsbedarfen in der Beziehungsgestaltung der Menschen mit Demenz im Rahmen der Pflegeanamnese.

Von Seiten der Einrichtungen wurden bereits vor Implementierungsbeginn unterschiedliche Wege eingeschlagen, die eine person-zentrierten Haltung innerhalb der Einrichtung fördern und unterstützen sollen. Ein Weg war in zwei Einrichtungen eine verstärkte Verankerung von Person-Zentrierung, einer entsprechenden Haltung und eines entsprechenden Pflegeverständnisses in Stellenbeschreibungen und die Benennung von Kriterien, die die Auswahl geeigneter Mitarbeiter unterstützen sollen. Die Haltung der Pflegenden soll auch durch regelmäßige Mitarbeitergespräche und Feedbackbögen und die Begleitung der Pflegenden durch die Leitungen unterstützt werden. Ebenso sollen regelmäßige Fortbildungen zu einer Entwicklung und Förderung einer person-zentrierten Haltung bei den Pflegenden beitragen. Entsprechende Fortbildungen haben in zwei der drei Wohngemeinschaften auch im Rahmen des Implementierungsprojekts stattgefunden und sind in der dritten vorgesehen. Die Pflegenden schätzten ihr Wissen über Person-Zentrierung zu 75 % als sehr gut oder gut und zu 25 % als befriedigend ein ($n = 20$). Bestehenden Fortbildungsbedarf attestierten sich dazu die Hälfte der befragten Pflegenden ($n = 15$).

Aus einer Einrichtung wird auch berichtet, dass die Person-Zentrierung im Rahmen des Pflegekonzeptes inhaltlich in den Vordergrund gerückt wurde. Zur Erleichterung des Dokumentationsprozesses wurden zusätzlich Formulierungshilfen entworfen, die bei der Einschätzung kognitiver Einschränkungen und beziehungsbezogener Unterstützungsbedarfe Hilfestellung bieten sollen. In einer anderen Wohngemeinschaft wurden die Pflegefachkräfte zu den DSM-Kriterien geschult, um ihnen mögliche Unterstützungsbedarfe der Menschen mit Demenz hinsichtlich der Kommunikation, Interaktion und Beziehungsgestaltung näher zu bringen und damit die Einschätzung zu erleichtern. Unterstützt wurde dies in dieser Einrichtung auch durch Muster-Pflegedokumentationen und Formulierungshilfen auf Basis der Strukturierten Informationssammlung, um einen Verstetigungsprozess anzustoßen. Eine weitere Strategie zur Stärkung der Kompetenzen der Pflegenden in der Identifikation der Unterstützungsbedarfe bestand in der dritten beteiligten Wohngemeinschaft in einer Trias aus gezielter Personalauswahl, Personalentwicklung sowie Praxisbegleitung und Wissensvermittlung innerhalb des Teams im Sinne eines dialogischen Lernens.

Wissen zur Identifikation von Menschen mit Demenz spielte in den Wohngemeinschaften aufgrund ihrer Spezialisierung nachvollziehbarerweise keine Rolle in den Fortbildungsplanungen oder hinsichtlich der konkreten Umsetzung des Standardkriteriums. Anders verhielt es sich hinsichtlich der Berücksichtigung der Biografie der Menschen mit Demenz in den Pflegeanamnesen. Hier wurde in allen drei Einrichtungen nachgebessert und die Pflegedokumentation entsprechend ergänzt. Dabei stand weniger im Mittelpunkt, dass die Biografie vor Implementierungsbeginn nicht berücksichtigt worden wäre, sondern eher, dass unter dem Fokus der Beziehungsgestaltung zum Teil weitere biografische Aspekte bedeutsam erschienen. Dies waren insbesondere solche, die aus Alltagsbeobachtungen ableitbar sind und einen Bezug zwischen aktuellem und früheren Leben der Menschen mit Demenz ermöglichen und andere, die sensorische Vorlieben, also bei Hören, Sehen, Fühlen, Schmecken und Riechen des Menschen mit Demenz, berücksichtigen.

Hinsichtlich der Einschätzung von Unterstützungsbedarfen in der Beziehungsgestaltung zeigen sich die Pflegenden sicher. 80 % von ihnen schätzten ihr Wissen als sehr gut oder gut und 20 % als befriedigend ein (n = 20). Die Hälfte von ihnen gibt allerdings auch weiteren Fortbildungsbedarf an (n = 15). Auch die Analyse der Pflegedokumentation im Rahmen des Audits bescheinigt den Erfolg der Umsetzung der ersten Standardebene. Hinweise auf Unterstützungsbedarfe in der Beziehungsgestaltung finden sich in 43 von 44 analysierten Pflegedokumentationen (97,7 %), Hinweise auf die Lebenswelt und die Biografie der Menschen mit Demenz in 86,4 %.

Die Projektverantwortlichen zeigen sich überzeugt von der formalen Umsetzbarkeit der ersten Standardebene und halten Arbeits- und Formulierungshilfen für eine gute Unterstützung, insbesondere, wenn Defizite in der Benennung bestimmter Phänomene oder in der Systematik der Einschätzung festgestellt werden.

Standardebene 2 Verstehenshypothesen und Planung beziehungsfördernder und -gestaltender Maßnahmen

Das Ergebniskriterium der zweiten Standardebene fordert das Vorliegen einer Maßnahmenplanung, die der individuellen Situation des Menschen mit Demenz gerecht wird, seine identifizierten Unterstützungsbedarfe und mögliche, auf die Demenz zurückgehende Schwankungen seiner Fähigkeiten und Bedürfnisse berücksichtigt. Zudem soll diese Planung allen an der Pflege des Menschen mit Demenz beteiligten Personen bekannt sein. Die Voraussetzungen hierfür sind vielschichtig. Sie liegen in der Planungskompetenz der Pflegefachkräfte, in einem zu Grunde liegenden und einrichtungsweit gültigen, person-zentriertem Einrichtungskonzept und in einer Verfahrensregel, die die Verantwortlichkeiten für die individuelle Pflege eines Menschen mit Demenz regelt. Die Planung von Maßnahmen soll unter Einbeziehung der Menschen mit Demenz und auf Basis einer Verstehenshypothese geschehen.

Im Mittelpunkt der Konkretisierungen dieser Standardebene haben die Projektverantwortlichen und die Arbeitsgruppen vornehmlich festgelegt, wie bei der Planung der Maßnahmen und der Entwicklung von Verstehenshypothesen vorgegangen werden und wo beides im Rahmen der Pflegedokumentation verankert werden soll. Dabei wählten sie unterschiedliche Wege. In einer der drei Wohngemeinschaften wurde festgelegt, dass die Planung und Koordination beziehungsgestaltender und -fördernder Maßnahmen ein dynamischer Prozess ist, der nicht in den Händen einer einzelnen Person liegt, sondern ein Ergebnis gemeinsamer Reflektion der Pflegenden ist. In einer anderen Wohngemeinschaft wurden bestehende Verfahrensanweisungen zu Pflegevisiten, Mitarbeitergesprächen und zur Pflegedokumentation aktualisiert und die Dokumentationsmaterialien, insbesondere die Pflegeanamnese, um Aspekte der Beziehungsförderung und -gestaltung erweitert. In der dritten Einrichtung stand die Entwicklung eines Dokumentationsbogens für Verstehenshypothesen und der Maßnahmenplanung im Mittelpunkt.

Die Auditergebnisse zu den Menschen mit Demenz (Audit Teil 1, s. Anhang) zeigen, dass der Umgang mit der Maßnahmenplanung weitestgehend gelungen ist. In 84,1 % der gesichteten Pflegedokumentationen (n = 44) konnten Maßnahmenplanungen gefunden werden, die individuelle Unterstützungsbedarfe der Menschen mit Demenz in ihrer Beziehungsgestaltung berücksichtigten. War dies nicht der Fall, beschränkten sich die Maßnahmenplanungen hauptsächlich auf die Beschreibung pflegerischer Abläufe und hatten größere verrichtungsorientierte Anteile. Eine projektverantwortliche Person sieht die Ursache dafür in einem noch vorherrschenden verrichtungsorientierten Pflegeverständnis: „Der Fokus für die Berücksichtigung beziehungsfördernder und -gestaltender Maßnahmen muss zunächst geschärft werden. Bislang liegt der Schwerpunkt der Maßnahmenplanung noch sehr stark auf einer funktional ausgerichteten Pflege“ (09WG). Ähnliches gilt auch für die Berücksichtigung von Schwankungen der Fähigkeiten und Bedürfnissen der Menschen mit Demenz. Hier konnten Hinweise

darauf, dass Angebote und Maßnahmen situativ an die Bedürfnisse des Menschen mit Demenz angepasst werden können, in 83,3 % der Pflegedokumentationen (n=42) gefunden werden. 78,6 % der Menschen mit Demenz oder ihre Angehörigen (n=28) bestätigten, dass sie ihre Einbeziehung in die Maßnahmenplanung angemessen empfanden und sie ihren Wünschen entsprach.

Die befragten Bezugspflegerkräfte bestätigten, dass sie für nahezu alle Menschen mit Demenz Verstehenshypothesen bilden konnten (95,5 %; n=44). Verstehenshypothesen hatten für zwei der drei Wohngemeinschaften innovativen Charakter und haben sich *„als geeignetes Instrument erwiesen, welches einfach zu implementieren war“* (18WG). Allerdings zeigen die Projektdokumentationen einen sehr unterschiedlichen Umgang mit der Entwicklung der Verstehenshypothesen. Während sie in einer der Wohngemeinschaften, in der bereits ein entsprechendes Konzept vorlag, als prozesshaftes Geschehen angelegt war, das einen multiperspektivischen Ansatz und mögliche Anpassungen, Erweiterungen und Korrekturen bestehender Hypothesen berücksichtigt, wurden in einer anderen Wohngemeinschaft zunächst die Teamleiter oder Bezugspflegernden beauftragt, im Dialog mit den Angehörigen und den weiteren Pflegenden Verstehenshypothesen zu bilden. Dieses Vorgehen ist kritisch zu betrachten, denn hierbei besteht die Gefahr, die Verstehenshypothese als etwas Starres anzusehen, das nach einmaliger Entwicklung dauerhafte Gültigkeit erlangt und ohne fortlaufende Überprüfung und Anpassung als Grundlage der Maßnahmenplanung herangezogen wird. Im weiteren Verlauf wurden in dieser Wohngemeinschaft aber gute Erfahrungen damit gemacht, die Verstehenshypothesen in regelmäßigen Teambesprechungen auf Aktualität zu überprüfen, nach Bedarf anzupassen und sie als Grundlage für Fallbesprechungen zu nutzen.

Die Pflegenden der Wohngemeinschaften (n=20) schätzten ihr Wissen (Audit Teil 2, s. Anhang) über die Planung von beziehungsgestaltenden Maßnahmen überwiegend als sehr gut oder gut ein (65 %) und zu einem geringeren Teil als lediglich befriedigend (35 %). Bestehenden Fortbildungsbedarf hatten zum Auditzeitpunkt dennoch 56 % von ihnen (n=16).

Die Projektverantwortlichen bescheinigen dieser Standardebene eine sehr gute Einführbarkeit, die durch konzeptionelle Grundlagen unterstützt wird. Die Entwicklung von Verstehenshypothesen und die Maßnahmenplanungen gelingen allerdings aus Sicht einer projektverantwortlichen Person noch nicht mit der gewünschten Differenzierung und sie empfiehlt für diese Fälle die Unterstützung durch Demenzexperten mit hoher Expertise in person-zentrierter Pflege.

Standardebene 3 Information, Anleitung und Beratung von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen

Information, Anleitung und Beratung finden im Sinne des Expertenstandards auf zwei Ebenen statt. Es gilt, sowohl den Menschen mit Demenz, entsprechend seiner Fähigkeiten, als auch seine Angehörigen zu beziehungsfördernden und gestaltenden Angeboten zu informieren, anzuleiten und zu beraten und bei letzteren dabei Alltags- und Ausnahmesituationen zu berücksichtigen.

Neben der Entwicklung oder Anschaffung von Handlungsempfehlungen oder Broschüren, die die Pflegenden bei der Information, Schulung und Beratung unterstützen sollen, war im Rahmen der Konkretisierung der Standardebene in den Modellpflegeeinheiten der Wohngemeinschaften von Bedeutung, inhaltliche Anforderungen und Anlässe sowohl für die Information, Schulung und Beratung von Menschen mit Demenz als auch von Angehörigen zu definieren.

Information und Anleitung von Menschen mit Demenz soll dabei, je nach Ausprägung ihrer kognitiven Einschränkung, zumeist *„im Zusammenhang mit beziehungsfördernden und -gestaltenden Aktivitäten“* (05WG) angeboten werden, während die Schulung oder Beratung Angehöriger im Kontext von Gruppenveranstaltungen oder zu individuell vereinbarten Terminen stattfinden soll. Inhalte sind Informationen zu Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz, aber auch Themen

rund um das Erleben der Angehörigen, mögliche Belastungen und Hinweise oder Vorschläge zu Verhaltensalternativen. In einer Einrichtung wurden dafür auch die Durchführung von Beratungseinsätzen nach §37(3) SGB XI bzw. Schulungen im häuslichen Bereich nach §45 SGB XI in Form von Beratungsgesprächen in das Konzept der Wohngemeinschaft aufgenommen. Die leitenden Pflegefachkräfte der Wohngemeinschaften bestätigten (Audit Teil 3, s. Anhang), dass die Pflegenden durch die Bereitstellung von Informations- und Beratungsmaterialien und das Gewähren zeitlicher Freiräume in beratungsbezogenen Aktivitäten unterstützt wurden. In einer Einrichtung war die Einführung dieser Standardebene allerdings zum Zeitpunkt des Audits noch nicht abgeschlossen und die projektverantwortliche Person einer anderen Wohngemeinschaft identifiziert „*fehlende Beratungskompetenzen (...), mangelndes Selbstbewusstsein der Pflegekräfte, wenig Einbindung der Angehörigen vom Einzugstag an*“ (18WG). Beides spiegelt sich auch in den Auditergebnissen wieder, die zwischen den drei Wohngemeinschaften eine relativ große Spannbreite aufweisen. Im Rahmen der Analyse der Pflegedokumentation (Audit Teil 1, s. Anhang) konnten nur in 53,5 % (n=43) Hinweise auf Information, Anleitung oder Beratung von Menschen mit Demenz und in 54,8 % (n=42) von Angehörigen gefunden werden. Gering ist auch die Zustimmung der Angehörigen auf die Frage, ob erhaltene Information, Anleitung oder Beratung für sie hilfreich war (59,3 %, n=27). Die Pflegenden bestätigten allerdings in 90,9 % der Fälle (n=44), dass es ihnen möglich war, Information, Anleitung oder Beratung anzubieten. Letzteres deutet daraufhin, dass in allen drei Wohngemeinschaften entsprechende Strukturen geschaffen worden sind oder vorhanden waren, ein Beratungsangebot zu gestalten. Gleichzeitig kann davon ausgegangen werden, dass Informationsweitergaben an die Menschen mit Demenz im pflegerischen Alltag nicht immer umfänglich dokumentiert worden sind.

Der angedeutete Wissens- und Kompetenzbedarf zeigt sich auch in der Selbsteinschätzung der Pflegenden (Audit Teil 2, s. Anhang) (n=18). 72 % äußerten weiterbestehenden Fortbildungsbedarf hinsichtlich der Information, Anleitung und Beratung von Angehörigen und 67 % hinsichtlich der Information, Anleitung und Beratung von Menschen mit Demenz. Ihr bestehendes Wissen schätzten sie aber dennoch recht gut ein. 53 % hielten ihre Kenntnisse über die Information, Anleitung und Beratung von Angehörigen für sehr gut oder gut, 42 % für befriedigend und 5 % für mangelhaft. Ähnlich ist die Einschätzung hinsichtlich der Information, Anleitung und Beratung von Menschen mit Demenz. Hier bewerteten 68 % ihr Wissen als sehr gut oder gut, 21 % als befriedigend und 11 % als lediglich ausreichend oder mangelhaft.

Die Einführbarkeit der Standardebene beurteilen die Projektverantwortlichen generell als gut, vor allem, weil sie ihr eine hohe Relevanz bescheinigen. Uneinigkeit herrscht allerdings hinsichtlich des Wunsches der Angehörigen nach Beratung. Während eine projektverantwortliche Person festgestellt hat, dass sich Angehörige der Beratung verweigern oder sie nur begrenzt nutzen, identifiziert eine andere, dass viele Angehörige eine regelmäßige und bedarfsgerechte Information, Anleitung und Beratung wünschen. Die Notwendigkeit der Einbeziehung und Unterstützung der Angehörigen stellt keine der projektverantwortlichen Personen in Abrede. Allerdings entsteht durch die nur partielle Nutzung des Angebots durch die Angehörigen in Verbindung mit den noch gering ausgeprägten Kompetenzen der Pflegenden in den Wohngemeinschaften die Gefahr, dass das Thema Beratung von beiden Seiten als problembehaftet und nicht bedarfsgerecht wahrgenommen und in der Folge deshalb vernachlässigt wird.

Standardebene 4 Angebot und Durchführung beziehungsfördernder und -gestaltender Maßnahmen

Die vierte Standardebene thematisiert die Durchführung beziehungsfördernder und -gestaltender Maßnahmen und empfiehlt dazu auf struktureller Ebene neben Kenntnissen entsprechender Maßnahmen einrichtungsseitige Rahmenbedingungen, die eben solche Angebote ermöglichen. In den Modellpflegeeinheiten stand im Rahmen der einrichtungsspezifischen Konkretisierung im

Mittelpunkt, welche Maßnahmen aus den in der Expertenstandardkommentierung genannten Schwerpunkten bereits durch die Pflegenden der Modellpflegeeinheiten angeboten werden, welche zusätzlich eingeführt werden können und wie Angebote, Maßnahmen, mögliche Abweichungen von der Maßnahmenplanung und die beziehungsfördernde und -gestaltende Wirkung angebotener Maßnahmen in der Pflegedokumentation nachvollziehbar verankert werden können.

Das Angebot und die Durchführung beziehungsgestaltender und -fördernder Maßnahmen sehen die Projektverantwortlichen als „*Kernkompetenz unserer Mitarbeiter*“ (05WG) und die in der Kommentierung der Standardebene genannten Schwerpunkte der Beziehungsgestaltung und -förderung fanden sich teilweise bereits in den konzeptuellen Grundlagen und im Alltagshandeln der Pflegenden wieder. Verständlicherweise sahen sie daher wenig Bedarf für inhaltliche Konkretisierungen der Standardebene und umfassenden Anpassungsbedarf des einrichtungsinternen Vorgehens. Auf struktureller Ebene wurde in allen drei Wohngemeinschaften festgelegt, in welcher Form das Angebot, die Durchführung und das Ergebnis entsprechender Maßnahmen in der Pflegedokumentation festgehalten werden.

Die Projektverantwortlichen stellten fest, dass trotz der bereits bestehenden Expertise die angebotenen Schulungen zu weiterem Kompetenzerwerb der Pflegenden beigetragen haben, die in der Folge beispielsweise aktiver nach Alternativen zu etablierten Maßnahmen oder nach Lösungswegen bei herausforderndem Verhalten gesucht haben. Die Pflegenden begegneten auch zunehmender Demenz, aber auch aus anderen Gründen steigendem Pflegebedarf, mit größerer Kreativität, um gesteckte Ziele beziehungsgestaltender oder -fördernder Maßnahmen weiterhin zu erreichen, z. B. hinsichtlich des Erlebens von Nähe oder dem Erhalt des Person-Seins des Menschen mit Demenz. Eine projektverantwortliche Person hat allerdings auch festgestellt, es den Pflegenden noch schwerfiele, „*den Blick von den Verrichtungen hin zur Beziehungsgestaltung zu lenken*“ (18WG), obwohl von der Leitungsebene der Einrichtung signalisiert wurde, dass die Beziehungsgestaltung in der Pflege prioritär gegenüber anderen Aufgaben zu sehen sei. Für manche Pflegenden würde allerdings nicht die Beziehungsgestaltung im Vordergrund stehen, sondern Angebote und Maßnahmen, die der Beschäftigung dienen, was letztendlich einer eher verrichtungsorientierten Logik entspricht.

Die strukturellen Rahmenbedingungen aller drei Wohngemeinschaften können als förderlich für das Angebot beziehungsfördernder und -gestaltender Maßnahmen angesehen werden. Das Umfeld kann flexibel an die individuellen Bedürfnisse der Menschen mit Demenz angepasst werden, in dem Eigenmöblierung in den persönlichen Zimmern oder beispielsweise in einer der Wohngemeinschaften auch die individuelle Nutzung des Gartens zum Gemüseanbau ermöglicht wird. Die leitenden Pflegefachkräfte bestätigen zudem (Audit Teil 3, s. Anhang), dass versucht wird, die Dienstplanung der Mitarbeiter an die Bedürfnisse der Menschen mit Demenz anzupassen, sofern die Personalsituation dies ermöglicht. Die Pflegenden (n=20) schätzten ihr Wissen (Audit Teil 2, s. Anhang) über Angebote und Maßnahmen zur Beziehungsgestaltung zu 70% als sehr gut oder gut ein, 25% hielten es für befriedigend und nur 5% als ausreichend. 46% von ihnen (n=15) gaben weiterbestehenden Fortbildungsbedarf an, was, verglichen mit den anderen Fortbildungsbedarfen der Pflegenden der Wohngemeinschaften, den geringsten Anteil darstellt.

Die Projektverantwortlichen zeigen sich mit der Einführbarkeit der Standardebene sehr zufrieden, was sich auch in den Auditergebnissen zu den Menschen mit Demenz (Audit Teil 1, s. Anhang) widerspiegelt. In 81,8% der gesichteten Pflegedokumentationen (n=44) wurden wiederholt Hinweise auf die Gestaltung der Kommunikation und Interaktion mit dem Menschen mit Demenz gefunden, aus 95% (n=44) konnte abgeleitet werden, wie der Mensch mit Demenz Gefühle und Befindlichkeiten äußert und aus 88,6% (n=44) ging hervor, wie aktuelle Wünsche des Menschen mit Demenz bei Angebot und Durchführung beziehungsfördernder Maßnahmen berücksichtigt

wurden. Die Pflegenden bestätigten, dass sie in 95,5 % der Fälle ($n = 44$) in der Lage waren, Schwankungen von Fähigkeiten und Bedürfnissen des Menschen mit Demenz bei Angebot und Durchführung von Maßnahmen zu berücksichtigen.

Standardebene 5 Evaluation beziehungsfördernder und -gestaltender Maßnahmen

Die fünfte und abschließende Standardebene thematisiert die Evaluation der beziehungsfördernden und -gestaltenden Pflege von Menschen mit Demenz. Für die Modellpflegeeinheiten stand im Rahmen der Konkretisierung der Inhalte die Frage im Mittelpunkt, wie eine laufende Evaluation beziehungsgestaltender und -fördernder Maßnahmen ausgestaltet und wodurch die gemeinsame Reflektion von Beziehungen, Interaktionen und Maßnahmen unterstützt werden kann.

Bewährt haben sich für die Evaluation der beziehungsgestaltenden und -fördernden Maßnahmen die in der Kommentierung der Standardebene genannten Kriterien. Aus einer Wohngemeinschaft wird aber auch berichtet, dass auch das Fehlen oder die Eingrenzbarkeit herausfordernden Verhaltens von Menschen mit von den Pflegenden als Indikator für Beziehungsgestaltung wahrgenommen wird. Als hilfreich beschreiben die Projektverantwortlichen zudem ein „enges Netz an Feedback- und Reflektionsmaßnahmen“ (05WG), das sich aus supervidierter Pflege, Unterstützung durch Demenzexperten, Gesprächsmöglichkeiten, Fallbesprechungen und Teamsitzungen zur Evaluation zusammensetzt.

In einer der drei Wohngemeinschaften wurde zunächst begonnen, eine Arbeitshilfe für die Evaluation und eine entsprechende Verfahrensanweisung zu entwickeln, die Inhalte konnten den Pflegenden aber bis zum Auditbeginn noch nicht im Rahmen einer Schulung vermittelt werden. Die Ergebnisse zu den Menschen mit Demenz zeigen in den Wohngemeinschaften daher ein uneinheitliches Bild mit einer größeren Spannbreite zwischen den Ergebnissen. Während in zwei Einrichtungen regelmäßig Fallbesprechungen stattgefunden haben, beginnt sich dieses Instrument zur Evaluation in einer Einrichtung erst langsam zu etablieren. Insgesamt konnten in 61,4 % ($n = 44$) der Pflegedokumentationen Fallbesprechungsprotokolle gefunden werden. Ähnliches gilt dementsprechend für Hinweise in den Pflegedokumentationen auf Stimmung und Affekt, der Beziehung und Interaktion zu anderen Menschen und dem Eingebunden-Sein des Menschen mit Demenz. In 75 % ($n = 44$) der Pflegedokumentationen lagen diese Hinweise regelmäßig vor. War dies nicht der Fall, bezogen sich Evaluationsergebnisse ausschließlich auf körperbezogene Pflegemaßnahmen oder waren nur in Einzelfällen zu finden. Deutlich besser äußerten sich die Pflegenden hinsichtlich ihrer Möglichkeiten zur Reflektion ihrer Beziehung zu Menschen mit Demenz. In 97,7 % der Fälle ($n = 44$) bestätigten sie, dass sie durch Fallbesprechungen oder Einzelgespräche, die mehr als ein einfacher Austausch oder ein Erzählen über die Situation waren, die Pflege von Menschen mit Demenz und deren Reaktion auf beziehungsfördernde oder -gestaltende Maßnahmen reflektieren konnten. Die Menschen mit Demenz oder ihre Angehörigen bestätigten zu 83,3 % ($n = 24$), dass Maßnahmen und Angebote zur Beziehungsgestaltung ihren Wünschen entsprachen.

Ihr Wissen über die Evaluation beziehungsgestaltender und -fördernder Maßnahmen schätzen knapp dreiviertel Pflegenden (74 %; $n = 19$) als sehr gut oder gut, 16 % als befriedigend und 10 % als ausreichend ein. 72 % von ihnen ($n = 18$) geben trotz der offensichtlich guten bestehenden Wissensbasis weiterbestehenden Fortbildungsbedarf an.

Die Projektverantwortlichen bewerten die Standardebene als gut einführ- und umsetzbar, wenngleich ihnen die Qualität der Dokumentation an einigen Stellen noch verbesserungswürdig erscheint und im Rahmen der Einführung der Standardebene besonderer Beachtung bedarf. Zudem äußert eine leitende Pflegefachkraft die Sorge, dass die aus ihrer Sicht notwendige aber auch zeit- und personalaufwändige Evaluation beziehungsfördernder Maßnahmen aufgrund fehlender Refinanzierungsmöglichkeiten und geringer Personalressourcen vernachlässigt werden wird.

5.5 Bewertung des Implementierungsprojekts aus Sicht der Projektverantwortlichen

Die Projektverantwortlichen zeigen sich mit den erreichten Ergebnissen des Implementierungsprojekts insgesamt sehr zufrieden, sehen allerdings noch einige Inhalte, deren Umsetzung verbesserungswürdig erscheint. Dies gilt vor allem für die Information, Anleitung und Beratung der Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen aber auch für das übergeordnete Verständnis einzelner Pflegenden für die Bedeutung beziehungsgestaltender und -fördernder Angebote und Maßnahmen. Die Akzeptanz des Expertenstandards schätzen sie unter den Pflegenden allerdings als hoch ein. Eine projektverantwortliche Person hat *„das Gefühl, dass sie schon lang auf diesen Standard und die damit verbundenen Paradigmenwechsel gewartet haben“* (18WG). Dafür braucht es allerdings aus Sicht einer anderen projektverantwortlichen Person bestimmte Rahmenbedingungen. Sie prognostiziert, dass sich *„Einrichtungen, für die andere Zielsetzungen im Mittelpunkt stehen, und Pflegenden, die im Grunde gar keine Nähe leben wollen oder ausgebrannt sind“* (05WG), mit der Umsetzung des Expertenstandards schwertun und die durch die Expertenstandardinhalte geforderte *„Rückbesinnung auf grundlegende Werte wie Respekt, Würde, Einzigartigkeit der Person“* (05WG) nicht ohne Weiteres akzeptieren werden.

Die Praxistauglichkeit ist aus Sicht der Projektverantwortlichen abhängig vom Vorhandensein eines gültigen Konzepts zur Pflege von Menschen mit Demenz in den Einrichtungen, von personellen Ressourcen, von der Refinanzierung der Leistungen und davon, dass die Einrichtungsträger *„erkennen, dass relatives Wohlbefinden bei Menschen mit Demenz möglich ist, wenn die Rahmenbedingungen, Haltungen und Arbeitsweisen der Pflegenden stimmen“* (05WG). Diese Aspekte, vor allem aber die Frage der Personalgewinnung und die Refinanzierungsbedingungen sind aus Sicht der Projektverantwortlichen neben der Frage des Kompetenzerwerbs der Pflegenden ebenso entscheidend für die Förderung oder Hemmung einer zukünftigen Umsetzung der Expertenstandardinhalte.

In allen drei Wohngemeinschaften stellen die Projektverantwortlichen eine Kompetenzsteigerung der Pflegenden in der Pflege von Menschen mit Demenz im Allgemeinen und vor allem hinsichtlich person-zentrierter Aspekte durch das Implementierungsprojekt fest. Dies machen sie daran fest, dass individuelle Bedürfnisse der Menschen mit Demenz intensiver thematisiert und ihre Biografie und Lebenswelt noch mehr als vor Beginn der Implementierung berücksichtigt werden. Vor allem aber würden die Menschen mit Demenz *„nicht mehr alle gleich nach Schema F beschäftigt, der direkte Kontakt ist häufiger geworden und die Aktivitäten orientieren sich mehr an der Lebenswelt und der Verstehenshypothese“* (18WG). Allerdings sieht eine projektverantwortliche Person auch, dass nicht alle Pflegenden gleichermaßen das *„Credo ‚Kontakt vor Funktion‘“* (09WG) vollständig verinnerlicht haben und eine andere befürchtet, dass *„sich in den Köpfen der Mitarbeiter die bis dato gelebten Prioritäten noch lang bewahren“* (18WG) werden.

Auch hinsichtlich der Einbeziehung Angehöriger besteht noch Handlungs- und Verbesserungsbedarf. Einerseits gilt dies für die Kompetenzen und den Mut der Pflegenden, gezielt auf die Angehörigen zuzugehen, andererseits seien es aber auch die Angehörigen selbst, die sich nicht auf eine Integration in den Alltag der Wohngemeinschaft einlassen wollen. Auch, wenn Demenz ein großer Belastungsfaktor der Familien sei, würden die Angehörigen keine Beratung in Anspruch nehmen, sondern *„wollen, dass wir das Problem lösen“* (05WG). Die projektverantwortliche Person sieht dennoch die Pflegenden in der Pflicht, dauerhaft Gesprächsangebote zu machen.

Insgesamt sind sich die Projektverantwortlichen einig darin, dass die Implementierung in ihren Wohngemeinschaften noch nicht abgeschlossen ist. Dies gilt unabhängig davon, ob eine Einrichtung bereits ein Konzept zur person-zentrierten Pflege umsetzt. Sie sehen vor allem in der Abkehr von einem verrichtungsorientierten Pflegeverständnis die größte Herausforderung und dabei die Notwendigkeit für ein dauerhaftes *„dran bleiben (...) als Kernaufgabe des Managements“* (05WG). Eine

wichtige Erkenntnis der Projektverantwortlichen ist zudem, dass nicht alleine die Menschen mit Demenz von der Einführung des Expertenstandards profitieren, sondern auch die gesamten Pflegeteams und die einzelnen Pflegenden.

5.6 Fazit zu den Ergebnissen in Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz

Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz können als spezialisierten Einrichtungen angesehen werden, die in der Regel bereits bestehende Expertise in der Pflege von Menschen mit Demenz aufweisen. Die erfolgreiche Implementierung des Expertenstandards hat gezeigt, dass er eine wertvolle Unterstützung der Haltungsentwicklung für Wohngemeinschaften sein kann, die noch kein lebendiges Konzept für die person-zentrierte Pflege entwickelt haben. Auch Wohngemeinschaften, die ihre Pflege von Menschen mit Demenz bereits auf Basis eines Konzepts zur person-zentrierten Pflege gestalten, haben von der Implementierung des Expertenstandards profitiert, indem er für Handlungssicherheit sorgt und den Pflegenden Bestätigung für ihr tägliches Handeln gewährt. Die mehrfach erwähnte angespannte Personalsituation erzwingt zudem regelmäßige Veränderungen der Pflgeteams. Es ist zu vermuten, dass eine konzeptionell auf die Inhalte des Expertenstandards ausgerichtete und damit an ein berufsgruppenweit anerkanntes Qualitätsniveau angepasste Pflege von Menschen mit Demenz die Suche nach qualifiziertem und gleichermaßen geeignetem Personal erleichtern kann. Und auch, wenn der Expertenstandard hinsichtlich der Verantwortlichkeit für den Pflegeprozess eindeutig Pflegefachkräfte adressiert, hat die Implementierung des Expertenstandards in den Wohngemeinschaften bestätigt, dass Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz nicht von einem bestimmten Qualifikationsniveau abhängig ist, sondern von der Eignung der Pflegenden, ihrer Expertise und der Frage ihrer Haltung gegenüber der Pflege von Menschen mit Demenz. Den beteiligten Wohngemeinschaften ist es gelungen, die Kommunikation zwischen den Berufsgruppen zu fördern und ein gemeinsames, qualifikationsunabhängiges Handeln zu fördern. Von Vorteil dabei war, dass die Alltagsgestaltung den Mittelpunkt dieses Handelns bildete und nur ein geringes Ausmaß an Verrichtungsorientierung bestand. Entscheidend erscheint allerdings, dass Träger- und Einrichtungsmanagement ebenso wie die Leitungskräfte der Wohngemeinschaften entsprechende Strukturen dafür schaffen und eine entsprechende Haltung vorleben.

6 Die Implementierung in Tagespflegeeinrichtungen

6.1 Strukturdaten

Die Beteiligung von Tagespflegeeinrichtungen an einem Projekt zur modellhaften Implementierung eines Expertenstandards ist eine Innovation, erscheint aber vor dem Hintergrund des Themas des Expertenstandards als geboten. Am Implementierungsprojekt haben zwei Tagespflegeeinrichtungen teilgenommen (vgl. Tab. 5), die beide aus einem städtischen Raum kommen und jeweils eigenständiger Teil des Angebots größerer Altenhilfeträger in ihren Orten sind. Eine der beiden Tagespflegeeinrichtungen hatte 15 Plätze mit etwa 25 regelmäßigen Tagesgästen und die andere 32 Plätze für durchschnittlich 70 Gäste, aufgeteilt in drei Gruppen. Beispielhaft ist in dieser Einrichtung die Frequenz der Besuche. Manche Tagespflegegäste kommen nur ein- bis zweimal pro Monat, andere täglich. Pro Monat werden durchschnittlich 3 Gäste pro Gruppe neu aufgenommen. Unter den regelmäßigen Gästen der beiden beteiligten Tagespflegeeinrichtungen waren in einem Fall mehr als die Hälfte und im zweiten Falle alle Gäste Menschen mit Demenz. Diese Einrichtung war auf die Betreuung von Menschen mit Demenz, chronisch psychisch kranken alten Menschen und Menschen mit neurologischen Erkrankungen spezialisiert und verfügte über ein Konzept zur person-zentrierten Pflege. Damit können beide Einrichtungen hinsichtlich der Struktur der Gäste als idealtypisch angesehen werden. Die Pflege und Betreuung der Tagespflegegäste wurde in beiden Einrichtungen gemeinsam von Pflegefach- und Betreuungskräften gestaltet, wobei letztere in beiden Einrichtungen sowohl hinsichtlich der Stellenanteile als auch hinsichtlich der Personenzahl die größere Gruppe waren. Beide Projektverantwortliche beurteilen die Personalsituation als gut und geeignet für die individuelle Pflege und Betreuung der Tagespflegegäste.

Tagespflegeeinrichtungen	
Pflegewohnzentrum Kaulsdorf-Nord gGmbH, Tagespflege Evergreen & Tagespflege am Beerenpfuhl	Pflegedienstleitungen: Birgit Ladewig, Oliver Danz Projektverantwortliche Person: Ilse Hotz
Altenhilfe Bethel OWL gGmbH, Tagespflege Sennestadt	Einrichtungsleiterin und Pflegedienstleitung: Dipl. Soz. Ingrid Kugler Projektverantwortliche Person: Dipl.-Pflegepäd. Thomas Kreutz

Tabelle 5: Übersicht über die beteiligten Tagespflegeeinrichtungen

Weitere Expertenstandards waren in beiden Einrichtungen bekannt und fanden, ebenso wie weitere Pflegequalitätsentwicklungsmaßnahmen, weitestgehend Anwendung. Die Expertise in der Pflege von Menschen mit Demenz war in beiden Einrichtungen hoch. In einer Einrichtung hatte mehr als die Hälfte der Teammitglieder eine gerontopsychiatrische Weiterbildung und in der anderen nahm die Leitung der Tagespflegeeinrichtung auf Basis ihrer Expertise eine Rolle als kollegiale Fachberatung wahr.

6.2 Person-Zentrierung und Pflege von Menschen mit Demenz vor Implementierungsbeginn

Kennzeichnend für die Pflege von Menschen mit Demenz in den beiden teilnehmenden Tagespflegeeinrichtungen war das Gestalten des Alltags der Gäste auf Basis von Beziehung. Eine projektverantwortliche Person bezeichnet Beziehungsgestaltung dabei als den „*Schlüssel des Handelns*“ (13TP) in der täglichen Arbeit der Tagespflegeeinrichtung und die andere als zentrale Aufgabe der Pflegenden,

die sie „aufmerksam, kreativ und humorvoll“ (12TP) wahrnehmen. Grundlage dafür waren in beiden Tagespflegen die bestehende Expertise in der Pflege von Menschen mit Demenz, ein hohes Maß an Kommunikation der Pflegenden über angemessene Reaktionen auf die Bedürfnisse der Gäste und der regelmäßige Einbezug der Biografie und Lebenswelt der Menschen mit Demenz in Planung und das Angebot von Maßnahmen. Dies war vor allem von Bedeutung, da der Wechsel zwischen ihrem Zuhause und der Tagespflege für die Menschen mit Demenz immer wieder neue Lebenswelten ergab. Daher wurde in beiden Tagespflegen der regelmäßige Austausch mit den Angehörigen gesucht, um Informationen über das Leben des Menschen mit Demenz, den Alltag zu Hause oder besondere aktuelle Vorkommnisse zu bekommen und auf diese Weise dem Verhalten eines Menschen mit Demenz eine Bedeutung geben zu können und es verstehen zu lernen. Biografie war dementsprechend für die Mitarbeiter einer Tagespflege „nicht etwas Statisches, was einmal abgefragt wird, sondern was im alltäglichen Miteinander immer wieder erfahrbar, wahrnehmbar ist und kontinuierlich aktualisiert werden muss.“ (13TP). Die kleinen, überschaubaren Einheiten beider Tagespflegen und die kontinuierliche Anwesenheit gleicher Mitarbeiter über den gesamten Tag und über die Besuchszeit der Menschen mit Demenz hinweg erleichterten dabei ein person-zentriertes Handeln der Pflegenden.

Im Mittelpunkt dieses Handelns stand für die Pflegenden die Beziehungsgestaltung mit den Menschen mit Demenz und anderen Gästen der Tagespflegeeinrichtungen. Dabei fanden regelmäßige inhaltliche Abstimmungen zwischen Pflege- und Betreuungskräften statt, „in denen individuelle Situationen kurz reflektiert und beraten werden, um angemessen auf wechselnde Bedürfnisse eingehen zu können.“ (12TP). Dieser Austausch über die Menschen mit Demenz und einzelnen Situationen bestimmte, ebenso wie regelmäßig und anlassbezogen stattfindende Fallbesprechungen, das weitere individuelle Vorgehen der Pflegenden in der Alltagsbegleitung des Menschen mit Demenz. Angebote und Maßnahmen bestanden in alltäglichen Tätigkeiten wie beispielsweise gemeinsamem Kochen, Tisch decken und Essen oder Spaziergängen, Malen und Singen. Dabei hatten die Pflegenden ausreichende Handlungsspielräume für die Anpassung von Abläufen, was auch dadurch begründet wird, dass der pflegerische Alltag der Tagespflegeeinrichtungen nur selten funktionsorientiertes Handeln aufwies. Für eine projektverantwortliche Person erschien es dabei als Vorteil, dass körperbezogene Pflegehandlungen nur einen geringen Anteil des pflegerischen Alltags ausmachten und Beziehungsgestaltung immer im Mittelpunkt stand.

Auch wenn viele Angebote der Tagespflegeeinrichtungen Gruppenangebote sind, bestanden die Pflegenden nicht auf einer „Zwangsbeglückung“ (13TP) der Menschen mit Demenz und ermöglichten Rückzug ebenso, wie sie für das Schaffen von Gemeinschaft sorgten. Es wurde, wie eine der beiden projektverantwortlichen Personen verdeutlicht, gleichermaßen nach Ursachen für das Ablehnen von Angeboten durch einen Menschen mit Demenz gesucht, um Angebote individuell anpassen zu können und Teilhabe zu ermöglichen. Herausfordernd konnte für die Mitarbeiter der Tagespflegeeinrichtungen trotz ihrer Expertise die Reaktion auf subjektive Realitäten der Menschen mit Demenz sein, die auch „vom eigenen Sicherheitsbedürfnis der Pflegenden geprägt“ (12TP) sein konnten und von einem vordergründigen Gefühl, „alles richtig machen zu müssen“ (12TP) negativ beeinflusst wurden. Einfluss hatten auch subjektiv empfundener Zeitdruck, das Teamklima und teaminterne Rivalitäten. Demgegenüber nahmen eine offene Fehlerkultur, das Vertrauen in die Mitarbeiter, positives Feedback durch die Leitungsebene und Kompetenzförderung der Pflegenden durch Übungen zu Kommunikation und andere praxisnahe Fortbildungen positiven Einfluss auf den Umgang der Pflegenden mit entsprechenden Situationen.

Die Pflege von Menschen mit Demenz war in den Tagespflegeeinrichtungen bereits vor Beginn des Implementierungsprojekts von großer Normalität gekennzeichnet. Diese Normalität erwuchs nicht alleine aufgrund der regelmäßigen Anwesenheit von Menschen mit Demenz in beiden Einrichtungen, sondern war vornehmlich Ausdruck von Haltung und Expertise der Pflegenden und der Einrichtungsleitungen.

6.3 Vorgehen

Eine Expertise zur person-zentrierten Pflege von Menschen mit Demenz war in beiden Tagespflegeeinrichtungen bereits zum Teil gegeben und in beiden Einrichtungen wurde die Zielsetzung des Expertenstandards bereits mehr oder weniger strukturiert zu erreichen versucht. Damit galt es für die Projektverantwortlichen die Phasen der Expertenstandardeinführung so zu modifizieren, dass sie einerseits der vorhandenen Expertise gerecht würden, die Implementierung aber andererseits das angestrebte Qualitätsniveau des Expertenstandards nicht verfehlt. Erfolgreiches Mittel der Wahl war in beiden Einrichtungen, die Fortbildungs-, Konkretisierungs- und Einführungsphase sehr eng miteinander zu verbinden und nahezu parallel verlaufen zu lassen. Für den nachfolgenden Bericht wurde diese Parallelität mit dem Ziel größerer Nachvollziehbarkeit des gewählten Vorgehens etwas aufzulösen versucht.

Projektverantwortlichen und Arbeitsgruppen

Die Projektverantwortlichen beider Modellpflegeeinheiten waren Teil des Pflegequalitätsmanagements der Einrichtungen und vor Projektbeginn kaum oder gar nicht in die Alltagsarbeit der Tagespflegeeinrichtungen eingebunden. Beide verfügten über umfangreiche Erfahrung in Pflegequalitätsentwicklungsprojekten

Die Arbeitsgruppen wurden bewusst mit Teilnehmerinnen und Teilnehmern aller an der Pflege der Gäste beteiligten Berufsgruppen zusammengesetzt. Die Größen der Arbeitsgruppen entsprach dabei der unterschiedlichen Größe der beiden Tagespflegen. Während in der kleineren fünf Personen die Arbeitsgruppe bildeten, waren es in der Tagespflege, deren Modellpflegeeinheit sich über zwei Bereiche erstreckte, elf Personen. In dieser Arbeitsgruppe waren nicht allein Pflege- und Betreuungskräfte vertreten, sondern mit Mitarbeitern aus dem Fuhrpark und der Rezeption auch Berufsgruppen, die nicht in die direkte Versorgung der Gäste eingebunden waren, aber dennoch einen wichtigen Beitrag zum Wohlbefinden der Gäste leisteten.

Projektstart

Zum Projektstart wurden alle Pflegenden der Modellpflegeeinheiten über den Expertenstandard und das anstehende Projekt informiert und der Zeitplan sowie der Verlauf des Implementierungsprozesses wurden vorgestellt. In einer der beiden Einrichtungen wurden zusätzlich die Leitungsebenen der Einrichtung im Rahmen einer Veranstaltung und die Pflegenden der stationären Bereiche durch einen Artikel in der Unternehmenszeitung über das Projekt informiert.

Fortbildungen

Der Wissensstand der Mitarbeiter in den Tagespflegeeinrichtungen war sowohl in den einzelnen Teams als auch zwischen den beiden Einrichtungen trotz der vorhandenen Expertise in der Pflege von Menschen mit Demenz nicht einheitlich. Obwohl in einer der beiden Tagespflegen nahezu alle Mitarbeiter über eine gerontopsychiatrische Basisqualifikation verfügten, zeigte sich unter ihnen individuell unterschiedlich gelagerter Fortbildungsbedarf zu allgemeinen demenzspezifischen Grundlagen, person-zentrierter Pflege, Validation oder Gesprächsführung und zudem attestierten sich die Pflegenden fehlende Kompetenzen in der Angehörigenberatung und im Umgang mit Fallbesprechungen. Auffällig war auch, dass die Reflektion des eigenen Handelns und Erlebens den Mitarbeitern schwerfiel. In dieser Einrichtung wurden zu Projektbeginn vor allem die Auseinandersetzung mit den Standardinhalten und der Umgang mit Fallbesprechungen als Fortbildungen gewertet. Dies geschah vornehmlich im Rahmen der Konkretisierung der Standardkriterien, in dem die Inhalte des Expertenstandards besprochen, mit Beispielen aus der Praxis verbunden und ihre Bedeutung für die zukünftige Umsetzung gemeinsam diskutiert wurden. In der anderen Tagespflegeeinrichtung fanden bereits vor Projektbeginn laufend im Rahmen von Teamsitzungen sogenannte Qualitäts-

gespräche statt, die der fachlichen Weiterentwicklung der Teams dienten und demenzspezifische Themen wie Demenzformen, Person-Zentrierung, Kommunikation mit Menschen mit Demenz, Validation, Beschäftigung, Essen und Trinken bei Demenz etc. beinhalteten. Fortbildungsbedarf wurde in dieser Einrichtung zunächst nicht identifiziert. Allerdings kristallisierte sich auch in dieser Einrichtung während der Konkretisierungsphase heraus, dass die Mitarbeiter bedingt durch ihre unterschiedlichen Ausbildungsniveaus kein einheitliches Verständnis für die Inhalte des Expertenstandards entwickeln konnten. Auch hier waren Praxisbeispiele hilfreich, um Inhalte des Expertenstandards mit Leben zu füllen und auf diese Weise verständlich zu machen. Trotz der regelmäßigen Schulungen im Rahmen der Teamsitzungen und Übergaben wurde deutlich, dass den Pflege- und Betreuungskräften die Übertragung von theoretischen Inhalten auf praktische Situationen zunächst nicht gut gelang und ihr Kompetenzerwerb durch zeitnahes und unmittelbares Feedback und eine gemeinsame Reflektion von Situationen und eigenem Handeln zusätzlich gefördert werden musste.

Konkretisierung von Standardkriterien, Anpassung von Prozessen und Umsetzung der Expertenstandardinhalte

In beiden Einrichtungen stand zur Konkretisierung der Standardkriterien und der Anpassung von Prozessen zunächst die „Übersetzung“ der Standardinhalte im Mittelpunkt. Dabei ging es nicht allein um das Verständnis von Formulierungen oder Fachsprache, sondern auch um die Übertragung von Inhalten auf die Beziehungsgestaltung im Rahmen der Tagespflege von Menschen mit Demenz. Dies geschah in beiden Fällen in enger Verbindung mit den gesamten Pflegeteams der Tagespflegeeinrichtungen, sodass in den Arbeitsgruppen besprochene Inhalte sofort an weitere Mitglieder der Teams weitergegeben wurden, um Feedback einzuholen oder sie umzusetzen.

Wie bereits einleitend dargestellt, gab es in beiden Tagespflegeeinrichtungen eine permanente Überlappung der ersten drei Phasen zur Einführung des Expertenstandards. In einer der beiden Einrichtungen wurde schrittweise begonnen, das umzusetzen, was in den Arbeitsgruppensitzungen thematisiert wurde und in der anderen Einrichtung galt es vornehmlich, bereits vor Projektbeginn etablierte Verfahren strukturierter in der Pflegedokumentation zu verankern. Dabei ging es vor allem darum, die bereits stattfindende Beziehungsgestaltung zu reflektieren und sichtbarer zu machen. Als problematisch erwies sich in dieser Einrichtung, dass ein Großteil der Prozesse in der Hand der Pflegedienstleitung lagen und den Mitarbeitern Übung darin fehlte, z. B. Ergebnisse beziehungsfördernder und -gestaltender Maßnahmen zu reflektieren und nachvollziehbar in Pflegeberichten zu dokumentieren.

Beide Projektverantwortlichen konnten ihren und den Zeitbedarf der einzelnen Arbeitsgruppenmitglieder in den jeweiligen Implementierungsphasen oder den die für Fortbildungen aufgewendeten Zeitressourcen aufgrund der Überlappung der Phasen nicht differenziert darstellen und auch nicht retrospektiv nachvollziehen.

Audit

Beide Projektverantwortlichen haben sich im Rahmen des Auditverfahrens an den methodischen Hinweisen des DNQP orientiert und zur Erhebung der Daten zu den Menschen mit Demenz (Audit Teil 1, s. Anhang) zunächst die Pflegedokumentationen gesichtet, anschließend die zuständigen Pflegefachkräfte befragt und zeitnah versucht, die Befragung des Menschen mit Demenz oder seinen Angehörigen durchzuführen. Die Dokumentationsanalyse verlief in beiden Modellpflegeeinheiten problemlos, bei der Befragung der zuständigen Pflegefachkräfte wurde in einer der beiden Einrichtungen versucht, diese für Fallbesprechungen zu den jeweiligen Gästen zu nutzen, was die projektverantwortliche Person dann allerdings auf andere Termine verschob. Als Problem erwies sich allerdings die Befragung der Menschen mit Demenz bzw. ihrer Angehörigen. In einer der beiden Tagespflegen wurde von der Befragung Abstand genommen, weil einer weiteren geplanten Ange-

hörigenbefragung Vorrang eingeräumt wurde. In der zweiten Einrichtung hat die projektverantwortliche Person entschieden, die Befragung der Pflegedienstleitung der Tagespflege zu überlassen. Hintergrund dafür war, dass die Pflegedienstleitung in einer vorhandenen pflegfachlichen Beziehung zu den Angehörigen stand und die sensible Befragung so in einem geschützteren Rahmen stattfinden sollte. Als Ergebnis dieser beiden Entscheidungen liegt nur eine sehr kleine Stichprobe ($n=5$) zur Befragung der Menschen mit Demenz oder ihrer Angehörigen aus einer Einrichtung vor, deren Aussagekraft eingeschränkt ist. Auf eine Bewertung der Ergebnisse der Befragung der Menschen mit Demenz oder ihrer Angehörigen wird daher verzichtet.

Die Befragungen der Pflegefachkräfte zu ihrem Wissensstand (Audit Teil 2, s. Anhang) verliefen in beiden Modellpflegeeinheiten problemlos. Hinsichtlich der Befragung der Pflegefachkräfte spielte dabei die Zusammensetzung und Größe der Pflegeteams natürlich eine Rolle. Die Projektbeauftragten haben entsprechend des methodischen Vorgehens zum Audit nur die Pflegefachkräfte nach ihrem expertenstandardbezogenen Wissen und ihren Fortbildungswünschen befragt. Somit liegen nur Ergebnisse der Befragung von sechs Pflegefachkräften vor, der Rücklauf betrug 85 %. Diese kleine Stichprobe ist nicht den Projektverantwortlichen anzulasten, sondern dem methodischen Vorgehen, das die Zusammensetzung der Teams in den Tagespflegeeinrichtungen nicht adäquat berücksichtigt. Sinnvoller wäre gewesen, alle Mitarbeiter nach ihrem Wissensstand zu befragen und bei der anschließenden Bewertung der Ergebnisse zu berücksichtigen, dass die Pflegefachkräfte den Versorgungsprozess steuern und ihre Wissensbasis sowie ihre Fortbildungswünsche eine entsprechende Relevanz haben sollten. Durch die vorliegende Stichprobe sind die Ergebnisse natürlich kaum aussagekräftig und auf ihre zahlenmäßige Darstellung wird im Ergebniskapitel verzichtet.

Durch die Befragungen der leitenden Pflegefachkräfte zu den Strukturkriterien (Audit Teil 3, s. Anhang) des Expertenstandards liegen für beide Modellpflegeeinheiten Hinweise zur vorhandenen oder geplanten Umsetzung der Strukturkriterien des Expertenstandards vor, die in die Ergebnisdarstellung einfließen.

6.4 Ergebnisse

In den beiden Tagespflegeeinrichtungen war die Umsetzung der Expertenstandardinhalte nur von wenigen Hürden gekennzeichnet und ist insgesamt gut gelungen. Ursächlich dafür waren die bereits vor Projektbeginn vorhandenen Strukturen, die die Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz erleichterten. Vorrangig spielten dabei das geringe Ausmaß an Verrichtungsorientierung, wenig bis gar keine vorhandenen ablauforientierten Zwänge und die Konzentration auf Alltagsgestaltung als zentrales Ziel pflegerischen Handelns entscheidende Rollen. Die im Rahmen des abschließenden Audits erreichten Zielerreichungsgrade (vgl. Abb. 7) lassen darauf schließen, dass das angestrebte Qualitätsniveau des Expertenstandards in beiden Einrichtungen mit nur wenigen Einschränkungen erreicht wird.

Zielerreichungsgrade der Tagespflegeeinrichtungen

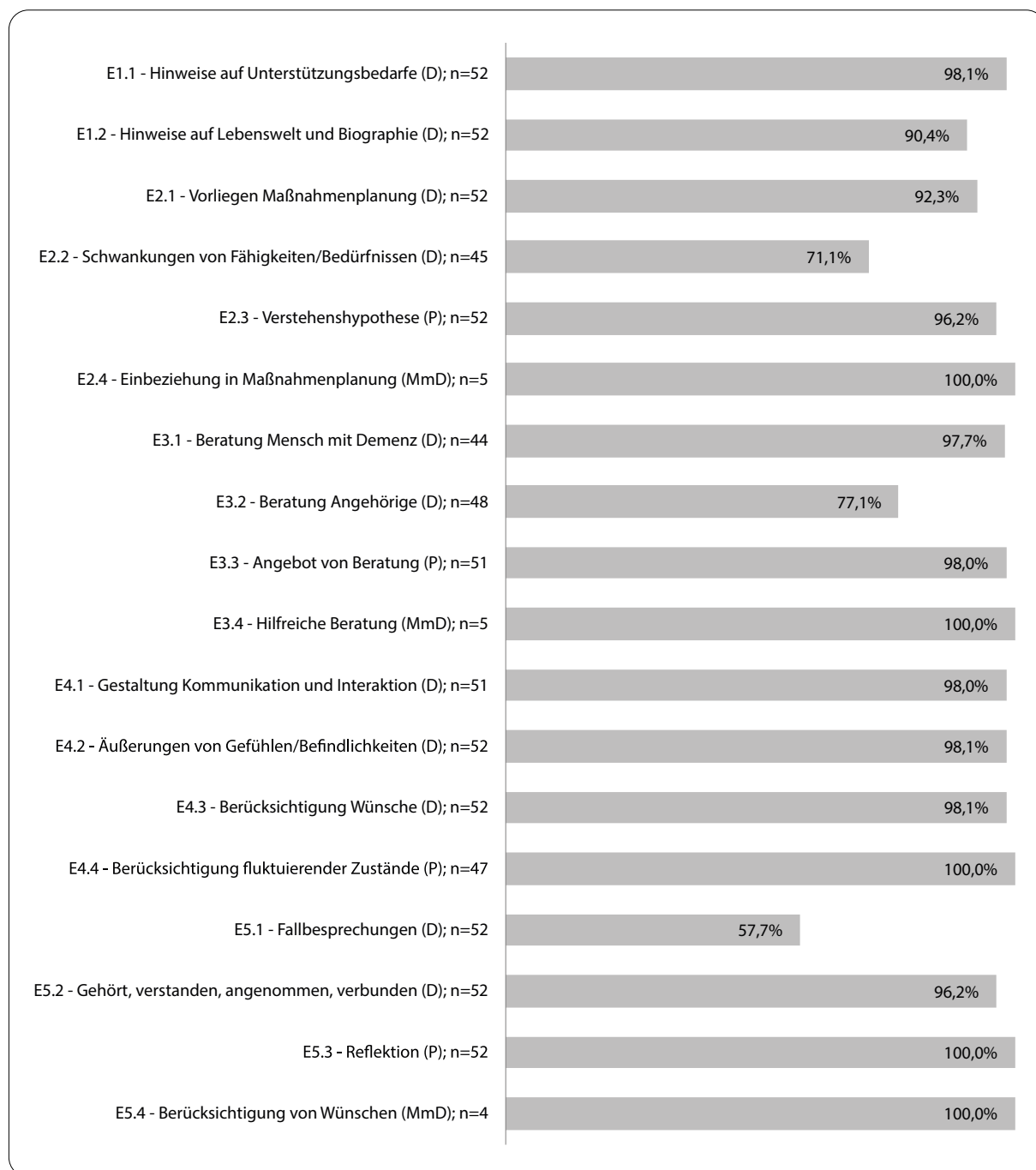


Abbildung 7: Zielerreichungsgrade der Tagespflegeeinrichtungen

Standardebene 1 *Einschätzung der Unterstützungsbedarfe in der Beziehungsgestaltung*

Die Standardebene 1 des Expertenstandards enthält zwei, für seine gesamte Umsetzung essentielle Aspekte, die Person-Zentrierung und die Einschätzung von Unterstützungsbedarfen in der Beziehungsgestaltung. In den Strukturkriterien werden die person-zentrierte Haltung der Pflegenden und die person-zentrierte Pflegeorganisation der Einrichtung thematisiert, die sich auch im Ergebniskri-

terium wiederfinden. Darüber hinaus enthält sie Forderungen und Empfehlungen zur Einschätzung von Unterstützungsbedarfen in der Beziehungsgestaltung der Menschen mit Demenz im Rahmen der Pflegeanamnese.

Für beide Tagespflegeeinrichtungen war insbesondere die Einschätzung von Unterstützungsbedarfen in der Beziehungsgestaltung von Relevanz, während Fragen zur Umsetzung der Strukturkriterien oder nach der Identifikation von Menschen mit Demenz keine oder eine untergeordnete Rolle im Rahmen der theoretischen Auseinandersetzung mit den Standardinhalten in den Modellpflegeeinheiten spielten. Bereits vor Beginn der Standardimplementierung orientierten sich die Betreuungsangebote der Einrichtungen an der Biografie und der Lebenswelt der Menschen mit Demenz, zudem wurden kommunikative und kognitive Fähigkeiten der Menschen mit Demenz im Rahmen der Pflegeanamnese erhoben. Somit stand im Rahmen der Konkretisierung der Standardinhalte der Abgleich der bislang gegangenen Schritte mit den empfohlenen Kriterien zur Einschätzung von Beziehungsbedarfen der Menschen mit Demenz im Fokus. In einer der beiden Einrichtungen wurde das bisherige Vorgehen unter Berücksichtigung der Module zwei und vier des Neuen Begutachtungsinstruments (NBA) in Kombination mit möglichen Besichtigungsterminen, Informations- und Beratungsgesprächen für neue Gäste und ihre Angehörigen sowie das Angebot von Probebesuchstagen als ausreichend erachtet, um bei neuen Tagespflegegästen erste Bedarfe zu ermitteln. Die Anamnese wurde im weiteren Verlauf vertieft. In der anderen Einrichtung hat sich die Arbeitsgruppe zur systematischen Erfassung von Unterstützungsbedarfen vertieft mit den sechs Einschätzungskriterien auseinandergesetzt, die in der Kommentierung zur Standardebene S1b genannt sind. Da diese Aspekte ansatzweise bereits vor Standardeinführung in der Einrichtung genutzt wurden, erschien der Erkenntnisgewinn mit Blick auf eine Neuidentifikation von Beziehungsbedarfen einzelner Tagespflegegäste zunächst gering. Allerdings war die Auseinandersetzung hilfreich für die Reflektion der bisherigen Beziehungsgestaltung und der vertieften Betrachtung von Kommunikationsproblemen mit Gästen. Für die zukünftige Einschätzung von Unterstützungsbedarfen in der Beziehungsgestaltung der Menschen mit Demenz und als Grundlage für die Entwicklung von Verstehenshypothesen wurde in dieser Einrichtung ein Leitfaden für Fallbesprechungen entwickelt, der sich an den Einschätzungskriterien orientiert und Fragen beinhaltet zu Fähigkeiten und Unterstützungsbedarfen in Sprache, visueller Wahrnehmung, sozialer Kognition, Aufmerksamkeit, Handlungssteuerung sowie Lernen und Gedächtnis der Menschen mit Demenz. In die Fallbesprechung einbezogen werden auch biografische Informationen, die individuelle Wahrnehmung der Situation und des Unterstützungsbedarfs durch den Gast und die Angehörigen sowie körperliche Symptome, die Beziehungen und Verhalten beeinflussen können.

In beiden Tagespflegeeinrichtungen wurden die Konkretisierung der Standardinhalte und die Anpassung des einrichtungsinternen Vorgehens nur in geringem Maße theoretisch vorbereitet, sondern vielmehr wurden Inhalte der Standardebene sofort praktisch angewendet. Zudem wurden viele der empfohlenen Einschätzungsinhalte bereits vor Standardeinführung erfasst. Somit konnten im Rahmen der Datenerhebung zu den Menschen mit Demenz (Audit Teil 1, s. Anhang) in nahezu allen gesichteten Pflegedokumentationen (n=52) systematische und konkretisierende Hinweise auf Unterstützungsbedarfe in der Beziehungsgestaltung des Menschen mit Demenz (98,1 %) und auf dessen Lebenswelt und Biographie (90,4 %) gefunden werden. Aus Sicht der Einrichtungsleitungen geschah dies auf Basis einer person-zentrierten Haltung der Pflegenden (Audit Teil 3, s. Anhang), die seit längerem besteht und durch Reflektion, Fortbildungen und vor allem die Leitungen selbst unterstützt wird.

Beide Projektverantwortliche halten die Standardebene für sehr gut einführbar, was sie vor allem auf die Vorerfahrungen der Tagespflegeeinrichtungen zurückführen. Bereits bestehende Strukturen lassen sich aus ihrer Sicht um die empfohlenen Einschätzungskriterien erweitern, sofern das notwendig ist, und ihre Anwendung unterstützt die Entwicklung von Verstehenshypothesen.

Standardebene 2 Planung beziehungsfördernder und -gestaltender Maßnahmen

Das Ergebniskriterium der zweiten Standardebene fordert das Vorliegen einer Maßnahmenplanung, die der individuellen Situation des Menschen mit Demenz gerecht wird, seine identifizierten Unterstützungsbedarfe und mögliche, auf die Demenz zurückgehende Schwankungen seiner Fähigkeiten und Bedürfnisse berücksichtigt. Zudem soll diese Planung allen an der Pflege des Menschen mit Demenz beteiligten Personen bekannt sein. Die Voraussetzungen hierfür sind vielschichtig. Sie liegen in der Planungskompetenz der Pflegefachkräfte, in einem zu Grunde liegenden und einrichtungswelt gültigen, person-zentriertem Einrichtungskonzept und in einer Verfahrensregel, die die Verantwortlichkeiten für die individuelle Pflege eines Menschen mit Demenz regelt. Die Planung von Maßnahmen soll unter Einbeziehung der Menschen mit Demenz und auf Basis einer Verstehenshypothese geschehen.

Wie schon bei der Einschätzung der Unterstützungsbedarfe in der Beziehungsgestaltung konnten die Projektverantwortlichen und die Arbeitsgruppen der Tagespflegeeinrichtungen auch bei der Konkretisierung der zweiten Standardebene auf die bestehenden Strukturen zur Planung von Maßnahmen zurückgreifen und davon profitieren, dass der überwiegende Teil der angebotenen Maßnahmen in beiden Einrichtungen beziehungsfördernden und -gestaltenden Charakter hatten. Hinsichtlich der Maßnahmenplanung war es also nicht von Bedeutung, mögliche Maßnahmen zu identifizieren oder die Pflegedokumentation anzupassen. In einer der beiden Tagespflegen wurde die Planung von Maßnahmen in den entwickelten Leitfaden für Fallbesprechungen integriert. Alle Maßnahmen sollen in diesem Kontext unter den Aspekten betrachtet werden, wie sie zur Beziehungsgestaltung beitragen, ob sie zur Förderung von Beziehungen zwischen den Gästen untereinander dienen oder zur Entlastung der Angehörigen auch unter Beziehungsaspekten beitragen. In der anderen Tagespflegeeinrichtung konnte sich bei der Maßnahmenplanung an Leitlinien zum Umgang mit Menschen mit Demenz orientiert werden, die in der Trägereinrichtung vorlagen und den Pflegenden bekannt waren. Für diese Tagespflegeeinrichtung lag auch ein Demenzkonzept vor. Für beide Modellpflegeeinheiten gilt, dass die gemeinsame Alltagsgestaltung von Mitarbeitern und Gästen der Tagespflegeeinrichtungen die Planung von Maßnahmen die Pflegeplanung erleichtert und flexibilisiert. So berichtet eine projektverantwortliche Person, dass Maßnahmen in der Pflegeplanung dargestellt sind, in einer morgendlichen Tagesplanung konkretisiert und jederzeit der Tagesform der Gäste angepasst werden können.

Im Rahmen des abschließenden Audits konnte in 92,3 % der gesichteten Pflegedokumentationen (n=52) eine Maßnahmenplanung gefunden werden, die die individuellen Unterstützungsbedarfe in der Beziehungsgestaltung berücksichtigte. Allerdings waren in nur 71,7 % der analysierten Dokumentationen (n=45) mögliche Schwankungen von Fähigkeiten und Bedürfnissen des Menschen mit Demenz berücksichtigt. Hier besteht, wie den Auditprotokollen entnommen werden kann, vor allem in einer der Tagespflegen noch Entwicklungspotential, das sich aber zumeist auf den Umgang mit der Pflegeplanung und nicht auf den Umgang mit fluktuierenden Zuständen der Menschen mit Demenz bezieht. Die befragten Bezugspflegerkräfte bestätigten, dass sie in 96,2 % der Fälle (n=52) Verstehenshypothesen bilden konnten, auf deren Basis sie die Planung und Durchführung der beziehungsfördernden und -gestaltenden Maßnahmen aufbauen konnten.

Auch dieser Standardebene bescheinigen beide Projektverantwortliche eine sehr gute Einführbarkeit, was sie vornehmlich damit begründen, dass die Planung beziehungsfördernder Maßnahmen eine alltägliche Aufgabe der Tagespflegeeinrichtungen darstellt.

Standardebene 3 *Information, Anleitung und Beratung von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen*

Als Ergebnis der dritten Expertenstandardebene sollen Information, Anleitung oder Beratung des Menschen mit Demenz und seine Reaktionen auf das Angebot dokumentiert sein und seine Angehörigen die Notwendigkeit und Bedeutung beziehungsfördernder und -gestaltender Maßnahmen kennen.

Beide Projektverantwortlichen beschreiben die Entlastung der Angehörigen als eine der vornehmlichen Aufgaben der Tagespflegeeinrichtungen. Damit stellen die Tagespflegeeinrichtungen den Angehörigen der Menschen mit Demenz auch ein Stückweit frei, wie und in welchem Maß sie in die Pflege eingebunden werden wollen und sie beraten werden möchten. Findet Beratung statt, geschieht dies zumeist in einem situativen Kontext, z. B. in Alltagssituationen, bei der Abholung der Gäste aber auch im Rahmen von regelmäßigen Angehörigentreffen. Beratende Person ist in der Regel die Bezugspflegekraft oder die Pflegedienstleitung. Die Projektverlaufsberichte beider Modellpflegeeinheiten verdeutlichen, dass sich im Rahmen der Implementierung an diesen Situationen wenig verändert hat und die Expertenstandardinhalte kaum konkretisiert worden sind. Allerdings bestätigen die Projektverantwortlichen auch den Bedarf der Angehörigen für pflegerische Information und Beratung, da *„die Tagespflegen oft die einzigen fachlichen Ansprechpartner sind“* (12TP) und die Angehörigen entsprechend Gespräche einfordern. Allerdings nutzen sie dafür angebotene Angehörigenabende seltener, als es von den Einrichtungen gewünscht ist, sondern nehmen eher Einzelberatungen in Anspruch, was sich *„zeitlich nicht immer problemlos gestalten lässt“* (13TP). Damit attestieren sie der Standardebene auch ihren Nutzen und ihre gute bis sehr gute Einführbarkeit.

Die Einrichtungsleitungen bestätigen (Audit Teil 3, s. Anhang), dass die strukturellen Grundlagen für Beratungsangebote durch das Angebot von Angehörigengruppen und Fortbildungen für die Pflegenden gegeben seien. Trotz der bereits angedeuteten geringen Aussagekraft der Ergebnisse der Pflegepersonalbefragung kann allerdings davon ausgegangen werden, dass die Pflegenden sich nicht sehr kompetent in der systematischen Weitergabe von Informationen oder in Beratung fühlen. Diese Vermutung kann auch dadurch unterstützt werden, dass die Beratung vornehmlich durch die Pflegeleitungen angeboten wird und seltener durch andere Mitarbeiter der Modellpflegeeinheiten.

Dennoch zeigt das Audit (Teil 1), dass Beratung stattfindet und dokumentiert wird. In nahezu allen gesichteten Pflegedokumentationen (97,7 %, n=44) finden sich Hinweise darauf, dass der Mensch mit Demenz entsprechend seiner Fähigkeiten über beziehungsfördernde und -gestaltende Angebote informiert, angeleitet oder beraten wurde. Aus den Projektberichten und Auditprotokollen geht an dieser Stelle nur hervor, dass einige Menschen mit Demenz aufgrund des Ausmaßes ihrer kognitiven Einschränkungen nicht informiert, angeleitet oder beraten werden konnten. Nicht ableiten lässt sich allerdings, welche Inhalte weitergegeben wurden, wenn eine Information oder Anleitung möglich war. In 77,1 % der Dokumentationen (n=48) wurde festgehalten, dass Angehörige über beziehungsfördernde und -gestaltende Maßnahmen informiert, angeleitet oder beraten wurden und die Bezugspflegekräfte bestätigten in 98 % der Fälle (n=51), dass sie entweder den Menschen mit Demenz oder seine Angehörigen informiert, angeleitet oder beraten haben.

Standardebene 4 *Angebot und Durchführung beziehungsfördernder und -gestaltender Maßnahmen*

Die vierte Standardebene thematisiert die Durchführung beziehungsfördernder und -gestaltender Maßnahmen und empfiehlt dazu auf struktureller Ebene neben Kenntnissen entsprechender Maßnahmen einrichtungsseitige Rahmenbedingungen, die eben solche Angebote ermöglichen. Für beide Modellpflegeeinheiten sind diese Maßnahmen Kern ihres Pflegealltags. Im Rahmen der einrichtungsspezifischen Konkretisierung stand daher im Mittelpunkt, bereits angebotene

Maßnahmen mit den in der Expertenstandardkommentierung genannten Schwerpunkten abzugleichen und gegebenenfalls auf Angemessenheit zu überprüfen. Die Projektverlaufsberichte beider Modellpflegeeinheiten zeigen deutlich das auf Beziehungsgestaltung ausgerichtete Handeln in beiden Tagespflegeeinrichtungen, sodass keine Anpassungen von Angeboten oder Maßnahmen notwendig erschienen. Im Mittelpunkt der Maßnahmen standen individuell gestaltete Angebote zur Tagesstrukturierung, die nach Möglichkeit *„an den spezifischen Fähigkeiten und Interessen der Tagesgäste ausgerichtet sind“* (13TP). Dabei spielte aus Sicht einer projektverantwortlichen Person die Art der Begegnung mit den Menschen mit Demenz eine entscheidende Rolle, indem Wertschätzung, Zuwendung, Präsenz und Nähe gewährt werden. Dazu gehören beispielsweise die Anrede der Gäste mit Namen, ihre Begrüßung und angemessene verbale und nonverbale Kommunikationsangebote. Unter beziehungsfördernden und -gestaltenden Angeboten werden dabei nicht explizit zusätzliche Aktivitäten verstanden, sondern es geht vornehmlich *„um das beziehungsfördernde ‚wie‘ im Rahmen der Pflegehandlung oder der Betreuungsaktivität“* (12TP). Als Aufgabe verstanden die Modellpflegeeinheiten ebenso die Kontaktförderung zwischen Menschen mit Demenz und anderen Gästen, wie auch die Organisation von Besuchstagen für den Fall, dass sich einzelne Gäste mit bestimmten anderen nicht verstanden. Durch geplante Besuchsfrequenz von beispielsweise nur einzelnen Tagen pro Woche, konnte in solchen Fällen ein regelmäßiges Aufeinandertreffen verhindert werden.

Insgesamt unterstützten die Strukturen der Modellpflegeeinheiten die Aufgaben der Pflegenden. Im einrichtungsbezogenen Teil des Audits (Teil 3) verdeutlichen die leitenden Pflegefachkräfte der Einrichtungen die gute, aber nicht zwingend ausreichende Personalausstattung und bestätigen, dass die Umfeldgestaltung in den Tagespflegeeinrichtungen den Bedürfnissen der Gäste und damit auch der Menschen mit Demenz angepasst ist und individuell verändert werden kann. Es werden Orientierungstafeln genutzt, das Tagesprogramm aktuell ausgehängt und die Nutzung unterschiedlicher Räumlichkeiten wie *„Erinnerungszimmer, Kreativraum, Ruheraum, Wohlfühlraum, Musikzimmer“* (13TP) wird ermöglicht. Dabei wird es auch toleriert und gefördert, dass die Räume durch subjektive Realitäten der Menschen mit Demenz anders als vorgesehen genutzt werden, z. B. wenn zwei Gäste *„beides ehemalige Ärzte den Ruheraum als Sprechzimmer wahrnehmen und sich dort zum Fachsimpeln treffen“* (12TP).

Es erscheint daher wenig verwunderlich, dass beide Projektverantwortlichen die vierte Standardebene für die Tagespflegeeinrichtungen als sehr gut einführbar bewerten. Dies spiegelt sich auch im Ergebnis des Audits wieder (Teil 2: Mensch mit Demenz). Jeweils in nahezu allen Fällen finden sich in der Pflegedokumentation Hinweise darauf, wie die Kommunikation und Interaktion mit dem Menschen mit Demenz gestaltet wird (98 %, n=51), wie der Mensch mit Demenz seine Gefühle und Befindlichkeiten äußert (98,1 %, n=52) und dass bei Angebot und Durchführung beziehungsfördernder Maßnahmen seine aktuellen Wünsche berücksichtigt wurden (ebenfalls 98,1 %, n=52). Die Bezugspflegerkräfte konnten in jedem Fall (100 %, n=47) Schwankungen von Fähigkeiten und Bedürfnissen von Menschen mit Demenz bei Angebot und Durchführung von Maßnahmen berücksichtigen.

Standardebene 5 Evaluation beziehungsfördernder und -gestaltender Maßnahmen

Die fünfte und abschließende Standardebene thematisiert die Evaluation der beziehungsfördernden und -gestaltenden Pflege von Menschen mit Demenz. Die Modellpflegeeinheiten haben beide entschieden, der zeitnahen Evaluation Vorrang vor Fallbesprechungen zu gewähren. Letztere wurden zumindest in einer der beiden Einrichtungen nur anlassbezogen anberaumt. Zur Evaluation wurden in einer der beiden Einrichtungen die in der Kommentierung der fünften Standardebene genannten Kriterien genutzt und um spezifische Fragestellungen erweitert, u. a. *„Wie ist seine nonverbale Körpersprache?“* (13TP) zur Evaluation von Stimmung und Affekt eines Menschen mit Demenz oder *„Geht der Mensch auf Andere zu oder zieht er sich zurück?“* (13TP) zur Evaluation von Beziehung und Interaktion.

Auf struktureller Ebene ermöglichen laut der leitenden Pflegefachkräfte (Audit Teil 3, s. Anhang) der Austausch mit Angehörigen, Fallbesprechungen, Übergaben, Teamsitzungen und Fortbildungen den Pflegenden die Reflektion ihres Handelns. Die Projektverantwortlichen identifizieren allerdings auch Probleme mit der Reflektion und Evaluation unter den Pflegenden. Eine von beiden identifiziert bei einzelnen Pflegenden Schwierigkeiten, das eigene Empfinden und Erleben zurück und das Erleben der Menschen mit Demenz in den Vordergrund zu stellen. Als Ergebnis dessen würde die passive Teilnahme eines Gastes an einer von Pflegenden als gelungen erlebten Gruppenaktivität zwar wahrgenommen und dokumentiert, allerdings würden aus dem Erleben des Menschen mit Demenz keine individuellen Schlussfolgerungen für die Planung und das Angebot individueller, seinen Bedürfnissen entsprechenden Maßnahmen gezogen.

Im abschließenden Audit (Teil 1, s. Anhang) wurden in 57,7% der gesichteten Pflegedokumentationen (n=52) Hinweise auf durchgeführte Fallbesprechungen gefunden. Dieses Ergebnis lässt sich auf die bereits erwähnte Entscheidung einer der beiden Tagespflegen zurückführen, Fallbesprechungen nur anlassbezogen durchzuführen, sodass in dieser Einrichtung nur in einer Pflegedokumentation Hinweise auf eine durchgeführte Fallbesprechung gefunden werden konnten. Aus den weiteren Pflegedokumentationen ließ sich aus den Auditprotokollen hingegen nachvollziehen, dass bei den meisten Gästen ein weniger strukturierter Austausch zwischen den Pflegenden als Evaluationsmethode genutzt wurde. Der Erfolg der angebotenen Maßnahmen wird in nahezu allen Pflegedokumentationen deutlich. In 96,2% der Fälle (n=52) wurden Anzeichen dafür dokumentiert, dass der Mensch mit Demenz sich gehört, verstanden, angenommen und mit anderen Personen verbunden fühlt. Die befragten Bezugspflegenden bestätigten, dass sie in jedem Fall mit anderen an der Pflege beteiligten Personen ihre Beziehungsgestaltung mit den Menschen mit Demenz reflektieren konnten.

Während in einer der beiden Tagespflegeeinrichtungen die Evaluation von Maßnahmen unabhängig von der Besuchsfrequenz der Gäste gut gelingt und die projektverantwortliche Person dementsprechend der Standardebene eine sehr gute Einführbarkeit bescheinigt, ist die andere projektverantwortliche Person hierbei zurückhaltender. Dies resultiert vor allem daraus, dass sich in deren Einrichtung die zeitnahe Dokumentation noch schwierig gestaltet.

6.5 Bewertung des Implementierungsprojekts aus Sicht der Projektverantwortlichen

Für beide Projektverantwortliche war die Implementierung des Expertenstandards in ihren Modellpflegeeinheiten ein Erfolg. Aus ihrer Sicht bestätigen die erzielten Ergebnisse die bereits weit entwickelte Person-Zentrierung in ihren Einrichtungen und werfen ein positives Licht auf die Fachlichkeit der Pflegenden. Entsprechend positiv schätzen sie auch die Akzeptanz des Expertenstandards nicht allein unter den Pflegefachkräften, sondern unter allen Mitarbeitern der Tagespflegeeinrichtungen ein. Eine der Projektverantwortlichen hat bei den Mitarbeitern das Gefühl von Stolz darüber wahrgenommen, dass sie den Standard umsetzen können und viel von ihrer bislang geleisteten Arbeit in den theoretischen Inhalten wiedergefunden haben. Insbesondere die gemeinsame Auseinandersetzung mit den Inhalten und der Austausch zwischen allen an der Pflege beteiligten Teammitgliedern hat aus Sicht beider Projektverantwortlichen entscheidend zum Erfolg der Standardeinführung beigetragen. Durch die Implementierung, so kommt eine projektverantwortliche Person zu dem Schluss, haben *„insbesondere die Betreuungsassistenten einen anderen Stand und die Fachkräfte freuen sich über den ‚neuen‘ Schwerpunkt“ (12TP)*. Auch in der anderen Einrichtung wurde die Einbeziehung von Nicht-Fachkräften als wichtig und wertvoll erlebt, da sie zum einen Anerkennung und Wertschätzung ihrer täglichen Arbeit erlebten und ihnen bewusst wurde *„welchen wertvollen Beitrag sie im Rahmen der täglichen Beziehungsgestaltung leisten“ (13TP)*.

Die Implementierung des Expertenstandards hatte in beiden Einrichtungen auch auf Basis der bereits etablierten Person-Zentrierung Entwicklungseffekte. Dies gilt insbesondere für die Teamkommunikation und -reflektion. Gespräche über die Gäste finden aus Sicht einer projektverantwortlichen Person bewusster statt und *„haben sich versachlicht und sind fachlich kompetenter geworden“* (12TP). Fall- und Teambesprechungen haben sich in dieser Einrichtung als die zentrale Methode erwiesen, mit der die inhaltlichen Komponenten des Expertenstandards an Fallbeispielen verdeutlicht werden konnten. In den Tagespflegen wurde die Methode zum Teil wiederentdeckt und auch ihre regelmäßige Anwendung erleichterte es den Pflegenden nun, komplexe Situationen systematisch zu analysieren. Damit konnten auch Arbeitsroutinen und Verhaltensweisen der Pflegenden an Situationsbeispielen reflektiert und das Bewusstsein für beziehungsgestaltendes und -förderndes Handeln gestärkt werden. Basis dafür war die in den Teams vorhandene oder sich entwickelnde Feedbackkultur, die es den Mitarbeitern ermöglicht, sich auf günstige oder ungünstige Verhaltensweisen hinzuweisen.

Zukünftige Unterstützung für eine nachhaltige Anwendung des Expertenstandards sehen beide Projektverantwortliche vornehmlich in kontinuierlichen Reflektionsmöglichkeiten der Pflegenden und unterstützen damit die Empfehlungen der Expertenarbeitsgruppe zur Bedeutung von Reflektion für die Entwicklung und Aufrechterhaltung einer verstehenden Haltung, die die Beziehungsgestaltung zwischen Pflegenden und Menschen mit Demenz fördert (vgl. Kommentierung zu S5b). Neben Fallbesprechungen erachten die Projektverantwortlichen die Dokumentation beziehungsgestaltender und -fördernder Maßnahmen im Pflegeverlaufsbericht als wichtig, diskutieren aber auch deren Umsetzbarkeit. Die permanente Beziehungsgestaltung in der Tagespflege lässt sich aus Sicht einer projektverantwortlichen Person nur *„marginal in der Dokumentation abbilden“* (13TP) und deren umfassende Dokumentation könnte allerdings zeitaufwändig zu Lasten der Pflege der Menschen mit Demenz werden.

Bessere Unterstützung der Reflektion der Beziehungsgestaltung könnte aus Sicht der anderen projektverantwortlichen Person durch Supervision und Dementia Care Mapping (DCM) gewährleistet werden. Von Bedeutung sei zudem, eine person-zentrierte Haltung dauerhaft zu fördern. Aus Sicht der projektverantwortlichen Person hat die Implementierung des Expertenstandards dazu einen wichtigen Impuls gegeben, aber *„im Arbeitsalltag wird dieser Impuls irgendwann abflachen. Auch wenn es gelernt und geübt ist, ist person-zentrierte Pflege kein Selbstläufer“* (12TP).

6.6 Fazit zu den Ergebnissen in Tagespflegeeinrichtungen

Der Expertenstandard hat in den beiden teilnehmenden Tagespflegeeinrichtungen seine Anwendbarkeit unter Beweis gestellt. Förderlich war dabei, dass in beiden Einrichtungen bereits vor Projektbeginn ein hohes Maß an person-zentrierter Pflege geleistet wurde.

Aus qualitätsmethodischer Sicht wird allerdings deutlich, dass die Teamstrukturen in der Tagespflege mit einer geringeren Anzahl an Pflegefachkräften und einer durch Pflege- und Betreuungskräften gemeinsam geleisteten Versorgung für die Anwendung des Expertenstandards ein ausgeprägtes gemeinsames Vorgehen notwendig machen. Steuernde Funktion und Verantwortlichkeit für den Pflegeprozess haben im Sinne des Expertenstandards die Pflegefachkräfte, das Angebot und die Durchführung beziehungsgestaltender Maßnahmen liegt allerdings in den Händen aller an der Versorgung der Menschen mit Demenz beteiligten Personen. In den Modellpflegeeinheiten hat es sich für die Implementierung des Expertenstandards bewährt, alle Berufsgruppen an Arbeitsgruppen zu beteiligen und ebenso sollte hinsichtlich der Entwicklung von demenzbezogener Expertise nur dort ein Unterschied gemacht werden, wo sich Inhalte eindeutig einer bestimmten Berufsgruppe zuschreiben lassen.

7 **Übergeordnetes Fazit zur modellhaften Implementierung des Expertenstandards „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“**

7.1 **Praxistauglichkeit und Akzeptanz**

Die Frage nach der Praxistauglichkeit des Expertenstandards muss auf unterschiedlichen Ebenen betrachtet werden. Die modellhafte Implementierung hat nachgewiesen, dass er in weiten Teilen formal in allen Einrichtungsarten und unabhängig der vorhandenen Vorerfahrungen mit person-zentrierter Pflege einführbar und umsetzbar ist und dabei auf Akzeptanz bei den Pflegenden stößt. Vor einem übergeordneten Fazit lohnt sich ein erneuter Blick auf die einrichtungsartsspezifischen Besonderheiten, die zu einem Gelingen der Implementierung des Expertenstandards beigetragen oder ihre Reichweite begrenzt haben.

Für die *somatischen Modellpflegeeinheiten der Krankenhäuser* war die Diskrepanz zwischen Behandlungserfordernissen und damit verbundenen Forderungen nach gelingenden organisatorischen Prozessen und dem Anspruch an eine individuelle und bedürfnisorientierte Pflege der Menschen mit Demenz spürbar. Es besteht der Anspruch, den Menschen mit Demenz den Raum zu geben, den sie brauchen, um sich auch in der fremden Umgebung Krankenhaus möglichst sicher zu fühlen. Hierfür braucht es eine verlässliche Identifikation der Menschen mit Demenz, eine angemessene pflegerische Erfassung ihrer individuellen Bedürfnisse und geeignete Betreuungskonzepte. Gelingt dies nicht, besteht die Gefahr, dass sich Menschen mit Demenz im Krankenhaus „verloren“ fühlen. Bedeutsam war, dass es die modellhafte Implementierung den Pflegenden der Modellpflegeeinheiten ermöglicht hat, ihr Verständnis für Menschen mit Demenz und deren spezifische Bedürfnisse im Rahmen von Krankenhausaufenthalten zu erweitern. In den *gerontopsychiatrischen Modellpflegeeinheiten* war die Person-Zentrierung in der Pflege von Menschen mit Demenz bedingt durch die Orientierung an psychiatrisch-therapeutischen Aufgaben bereits stärker verankert und die Implementierung konnte für eine Verstetigung sorgen.

Für die Modellpflegeeinheiten in den *Einrichtungen stationären Altenhilfe* war von großer Bedeutung, die Offenheit gegenüber dem Bedarf und den Bedürfnissen der Menschen mit Demenz zu fördern. Diesem Bedarf entsprechend konnte der Stellenwert person-zentrierter Pflege gesteigert und sich von einem verrichtungsorientierten Pflegeverständnis entfernt werden. Dazu waren auch Teamentwicklungsprozesse notwendig, die eine Rückbesinnung auf die gemeinsamen Aufgaben von Pflege- und Betreuungskräften eingeleitet haben.

Die *ambulanten Pflegedienste* waren durch unterschiedliche Faktoren eingeschränkt. Einerseits sind es Rahmenbedingungen, die insbesondere durch die Abrechnungslogik und bestehende Zeitressourcen eine individuelle beziehungsfördernde und -gestaltende Pflege erschweren und damit ein verrichtungsorientiertes Pflegeverständnis fördern. Auf inhaltlicher Seite erhalten die Pflegenden nur selten direkte fachliche Rückmeldung auf ihr Handeln. Von ihrer persönlichen Expertise ist abhängig, die Pflege von Menschen mit Demenz beziehungsfördernd zu gestalten und deren Angehörige angemessen zu unterstützen. Positiv zu verzeichnen ist, dass eine Haltungsänderung der Pflegenden hin zur Person-Zentrierung angebahnt werden konnte.

In den *Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz* bestand hohe Expertise in der Pflege von Menschen mit Demenz und eine ausgeprägte Orientierung an den individuellen Bedarfen und Bedürfnissen der Menschen mit Demenz hinsichtlich der Beziehungsgestaltung. Erleichtert wurde die Umsetzung des Expertenstandards durch bestehende Konzepte zur person-zentrierten Pflege von Menschen mit Demenz und die bereits zu Projektbeginn in weiten Teilen bewährte Zusammenarbeit Pflegenden mit unterschiedlichen Qualifikationsniveaus. Lediglich die angespannte Personalsituation beeinflusst möglicherweise die Reichweite einer zukünftigen Standardumsetzung.

Ähnliches gilt für die *Tagespflegeeinrichtungen*. Auch hier war bei einer bereits bestehenden Spezialisierung auf die Pflege von Menschen mit Demenz die person-zentrierte Pflege bereits in Ansätzen etabliert und ein verrichtungsorientiertes Pflegeverständnis kaum ausgeprägt, sodass die Implementierung des Expertenstandards zu einer Verstetigung des Handelns und der Fachlichkeit der Pflegenden beitragen konnte.

Für alle Einrichtungsarten gilt, dass Unterschiede in der Reichweite der Standardeinführung bestanden. Einrichtungen, die bereits person-zentrierte Konzepte zur Pflege von Menschen mit Demenz umsetzen, fiel es leicht, diese Konzepte nach Bedarf um die Inhalte des Expertenstandards zu erweitern oder zu ergänzen. Andere Einrichtungen, deren Pflegehandeln noch vermehrt funktional und verrichtungsorientiert war, haben im Rahmen des Implementierungsprojekts erst begonnen, die Pflege von Menschen mit Demenz in den Modellpflegeeinheiten zu verändern und an die spezifischen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz anzupassen. Dass im Rahmen eines zeitlich eng gefassten Implementierungsprojekts wie diesem die Umsetzung eines solch komplexen Expertenstandards nicht umfassend gelingt und erzielte Erfolge weniger deutlich sichtbar werden, erscheint nachvollziehbar.

Die erste Anwendung der Expertenstandardinhalte war in allen beteiligten Einrichtungen durch dialogische Prozesse zwischen Pflegenden, Arbeitsgruppenmitgliedern und den Projektverantwortlichen gekennzeichnet. Besonders Fallbesprechungen haben sich bewährt, um sich gemeinsam mit allen Beteiligten dem Wesen der Beziehungsgestaltung anzunähern, ein Verständnis für den Menschen mit Demenz zu entwickeln, etablierte Handlungsweisen zu hinterfragen und das eigene Handeln zu reflektieren. Mehrere Projektverantwortliche betonen dabei die Relevanz der praktischen Anwendung von Standardinhalten für die Entwicklung von Sicherheit im Umgang mit Menschen mit Demenz. Die Akzeptanz des Expertenstandards unter den Pflegenden wurde dabei vor allem dadurch gefördert, dass sie ihn nach Abschluss der Implementierung nicht mehr als herausfordernd oder zeitfressend wahrnahmen, sondern als handlungsbestätigendes oder -unterstützendes Instrument bei der Pflege von Menschen mit Demenz erlebten. Dies war insgesamt bedeutsam für eine Veränderung verrichtungsorientierter Handlungsweisen und damit letztendlich auch für die Entwicklung einer person-zentrierten Haltung.

7.2 Implementierungsmethodik

Das Phasenmodell des DNQP, das bereits in der Vergangenheit mehrfach seinen Nutzen zur Strukturierung von Expertenstandardimplementierungen unter Beweis gestellt hat, hat auch in diesem Implementierungsprojekt Anwendung gefunden. Die Rückmeldungen der Projektverantwortlichen verdeutlichen, dass das schrittweise Vorgehen auch für die Implementierung dieses Expertenstandards sinnvoll war. Allerdings haben sich mehr als in früheren Projekten Überschneidungen zwischen theoretischer Auseinandersetzung mit den Standardinhalten und praktischem Ausprobieren ergeben. Hinzu kommt, dass je nach Stand der Pflege von Menschen mit Demenz und persönlicher Expertise und Haltung der Akteure, Wissens- und Kompetenzbedarfe nicht zu Beginn des Implementierungsprozesses sichtbar wurden, sondern erst in seinem weiteren Verlauf. Dabei war es unerheblich, ob die Modellpflegeeinheiten die Pflege von Menschen mit Demenz bereits auf konzeptioneller Basis gestalteten. Bestanden bereits ein Konzept oder demenzspezifisch gestaltete Strukturen, war es frühzeitiger von Bedeutung, durch Fortbildungen für das Erreichen oder die Auffrischung der „Konzeptsicherheit“ der Pflegenden zu sorgen. Ohne Konzept und vor allem ohne weitgehende Expertise der Modellpflegeeinheiten in der Pflege von Menschen mit Demenz war der Wissensbedarf der Pflegenden grundständiger und entwickelte sich erst mit tiefergehender Auseinandersetzung und Anwendung von Standardinhalten.

Ein weiterer Faktor war die projektverantwortliche Person. War sie Demenzexperte oder Demenzexpertin, konnte sie den demenzbezogenen Wissensbedarf und zu erwerbende Kompetenzen der Pflegenden besser antizipieren, als wenn sie Qualitätsbeauftragte oder Qualitätsbeauftragter der Einrichtung war. Letzteres wiederum ergab Vorteile für die methodische Steuerung des Projekts und das abschließende Audit. In keiner Einrichtung hat ein Duo aus Personen mit Demenzexpertise und qualitätsmethodischer Expertise die Implementierung begleitet. Es ist aber vorstellbar, dass dies ein erfolgversprechender Weg wäre.

Die Auswertung der Implementierungsergebnisse zeigt, dass die Umsetzungsergebnisse dieses Expertenstandards im Vergleich zu anderen Standards schwerer quantitativ mess- und darstellbar sind und der Kontext, in dem sie erreicht wurden, größerer Beachtung bedarf. Ein Anspruch an ein Qualitätskriterium, egal ob es sich um ein Struktur-, Prozess- oder Ergebniskriterium handelt, besteht in seiner Messbarkeit. Nun lässt sich aber das Vorliegen von „Wahrnehmung einer Person in seiner Einzigartigkeit“ (vgl. Ergebniskriterium E1a, DNQP 2019a, S. 31) qualitätsmethodisch schwerlich bestimmen, ebenso wenig kann die person-zentrierte Haltung von Pflegenden oder das Vorliegen und vor allem die Lebendigkeit einer person-zentrierten Pflegeorganisation durch Auditfragen oder Qualitätsindikatoren ressourcenfreundlich erfasst werden. Dennoch können die Auditergebnisse der einrichtungsinternen Qualitätssteuerung ebenso dienen, wie sie für die Bewertung der modellhaften Implementierung des Expertenstandards hilfreich waren. Notwendig dafür ist allerdings, dass die Bedingungen und Voraussetzungen, unter denen Ergebnisse erzielt wurden, in ihre Bewertung einfließen und auch mit dem Anspruch und Qualitätsniveau des gesamten Expertenstandards und nicht alleine eines einzelnen Qualitätskriteriums abgeglichen werden.

Am Beispiel der bereits angesprochenen ersten Standardebene mit dem genannten Ergebniskriterium lässt sich dies exemplarisch verdeutlichen. Für die Modellpflegeeinheiten, die mit Beginn der modellhaften Implementierung noch keine person-zentrierten Aspekte berücksichtigten, war mit der Entscheidung, den Expertenstandard zu implementieren die Aufgabe verbunden, möglicherweise mehr als andere eine entsprechende Haltung der Pflegenden zu fördern und ihre Pflegeorganisation anzupassen. Den Projektverantwortlichen und dem wissenschaftlichen Team des DNQP war bewusst, dass dies nur schwerlich im Rahmen eines zeitlich begrenzten modellhaften Implementierungsprojektes zu erreichen sein würde. Wenn nun allerdings eine person-zentrierte Haltung eine strukturelle Voraussetzung (vgl. Standardkriterium S1a und S1c, DNQP 2019a, S. 31) darstellt, kann davon ausgegangen werden, dass die Umsetzung der weiteren Expertenstandardinhalte ohne eine solche Haltung der Pflegenden von einer anderen Qualität gekennzeichnet ist, als mit einer person-zentrierten Haltung. Dementsprechend sollten genau mit dem Ziel der Anpassung dieser Strukturen an das Qualitätsniveau des Expertenstandards Entwicklungsmaßnahmen eingeleitet werden und nicht ausschließlich oder vornehmlich solche, die der Erfüllung offensichtlicher formaler Kriterien dienen, wie sie z.B. Anforderungen an die Dokumentation darstellen. Die Ergebnisse der modellhaften Implementierung zeigen deutlich, dass die konzeptuelle Grundlage und die einrichtungsweite Förderung einer person-zentrierten Haltung von großer Bedeutung für die Umsetzung des Expertenstandards sind und beides einen entscheidenden Beitrag für die Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz und damit das Erreichen der Zielsetzung des Expertenstandards leistet.

7.3 Nachhaltige Anwendung des Expertenstandards

Die Ergebnisse des Projekts haben für die Projektverantwortlichen den Charakter von Zwischenergebnissen. Nahezu aus jeder beteiligten Einrichtung wurde zurückgemeldet, dass der Zeitraum von sechs Monaten für die Implementierung des Expertenstandards zu eng gefasst war. Dies gilt vornehmlich für Einrichtungen, die bislang keine Erfahrung in person-zentrierter Pflege von Menschen mit Demenz aufweisen und auf nur gering ausgeprägte demenzspezifische Expertise

zurückgreifen können. Aber auch Einrichtungen mit einem bestehenden Konzept und Erfahrung in person-zentrierter Pflege bestätigen, dass die persönliche Haltung der Pflegenden und person-zentrierte Einrichtungskultur nur durch einen Mix aus dauerhaft bestehenden Möglichkeiten zu inhaltlichem Kompetenzerwerb und persönlichen Erfahrungen entwickelt und gefördert werden kann.

Die umfassende Umsetzung des Expertenstandards erfordert mehr als das Erfüllen der in den Prozess- und Ergebniskriterien genannten Aspekte. Die Ergebnisdarstellungen dieses Berichtes zeigen, dass die mit dem Audit erfassten Zielerreichungsgrade nur den formalen Teil der erreichten Expertenstandardumsetzung darstellen. Anders, als bei anderen DNQP-Expertenstandards, geht es bei diesem Expertenstandard zur Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz nicht allein um die individuelle Prophylaxe eines spezifischen Pflegerisikos oder den pflegerischen Beitrag zur Linderung Leid verursachender Zustände, wie z. B. Schmerzen. Es geht vielmehr um die Gestaltung pflegerischen Handelns, das fortlaufend an die Zielgruppe bzw. den einzelnen Menschen mit Demenz und sein Verhalten angepasst werden muss. Dabei hängen die Ergebnisse nicht allein von der korrekten Einschätzung eines möglichen Risikos, der Umsetzung spezifischer Pflegemaßnahmen und dem adäquaten Einsatz von Hilfsmitteln ab, sondern auch und vor allem davon, *wie* das Pflegehandeln geschieht, mit welcher *Haltung* und im Rahmen welcher *Einrichtungskultur*. Haltung und Einrichtungskultur können in diesem Sinne als strukturelle Voraussetzungen verstanden werden, die erst eine Anwendung der Expertenstandardinhalte über eine formalistische Umsetzung hinausgehend ermöglichen. Denn es macht, den Kommentierungen der Standardkriterien und den einleitenden Kapiteln der Literaturanalyse zum Expertenstandard folgend, einen Unterschied, ob beispielsweise eine Verstehenshypothese erstellt wird, um ausschließlich einer einrichtungsinternen Verfahrensweisung zu folgen oder um sie als Hilfsmittel zu nutzen, die den Menschen mit Demenz zu verstehen hilft.

Eine Vernetzung über Einrichtungs- und Professionsgrenzen hinweg scheint ebenso geboten und der nachhaltigen Anwendung des Expertenstandards zuträglich. Viele Menschen mit Demenz bewegen sich gleichzeitig in unterschiedlichen Pflege- und Betreuungskontexten. Netzwerke zwischen den handelnden Akteuren können den Austausch von Wissen befördern und zwar nicht ausschließlich über den Menschen mit Demenz, seine Umwelt und seine Vergangenheit, sondern auch über die Funktion von Beziehung, ihre wechselseitige Verbindung zu pflegerischem Handeln oder individuelle beziehungsgestaltende Maßnahmen.

Unabhängig davon, wo der Expertenstandard Anwendung findet, darf Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz nicht Teil der zum Teil noch etablierten Verrichtungsorientierungs- und Abrechnungslogik werden, auch wenn es natürlich unumgänglich ist, dass dieses hochprofessionelle und alternativlos erscheinende Pflegeprinzip angemessenen vergütet werden muss. Dennoch ist Beziehungsgestaltung keine „Verrichtung“, keine pflegerische Maßnahme in einer Reihe anderer Maßnahmen. Person-Zentrierung und Beziehungsgestaltung sind Ausdruck einer Grundhaltung, eines spezifischen Pflegeverständnisses und Ergebnis eines professionellen Abstimmungsprozesses darüber, *wie* Menschen mit Demenz gepflegt werden sollten.

Insbesondere die person-zentrierte Haltung führt zu einer nachhaltigen und verstetigten beziehungsfördernden und -gestaltenden Pflege von Menschen mit Demenz. Das bedeutet allerdings nicht, dass das mit dem Expertenstandard definierte Qualitätsniveau, und das hat die modellhafte Implementierung gezeigt, in Teilen nicht auch ohne person-zentrierte Haltung erfüllbar wäre. Denn natürlich ist es möglich, beispielsweise die Einschätzung von Unterstützungsbedarfen in der Beziehungsgestaltung durch eine entsprechende Anpassung des Vorgehens bei der Pflegeanamnese entsprechend der Standardempfehlungen durchzuführen und zu dokumentieren. Und ebenso können Maßnahmen geplant, angeboten und durchgeführt werden, die einem Menschen mit Demenz während seines Krankenhausaufenthaltes Sicherheit, Orientierung oder das Gefühl

von Zugehörigkeit gewähren. Dennoch wird erst eine einrichtungswelt und alle Personal-, Management- und Hierarchieebenen berührende Person-Zentrierung zu einer nachhaltigen Verbesserung der Situation von Menschen mit Demenz beitragen.

Ein letzter Satz zur Beziehungsgestaltung in der Pflege. Nachdem in den 1980er und 1990er Jahren der Interaktion mit pflegebedürftigen Personen pflegewissenschaftlich hohe Aufmerksamkeit gewidmet wurde, ging diese in den folgenden Jahrzehnten zugunsten eher instrumentell-funktionaler Themen zurück. Mit der Implementierung des vorliegenden Expertenstandards hoffen wir auf eine Renaissance des Themas Beziehung und werden darin von vielen positiven Rückmeldungen bestärkt.

8 Literaturverzeichnis

- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.) (2019a): Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz. Osnabrück: DNQP
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2019b): Methodisches Vorgehen zur Entwicklung, Einführung und Aktualisierung von Expertenstandards in der Pflege und zur Entwicklung von Indikatoren zur Pflegequalität auf Basis von Expertenstandards. Osnabrück: DNQP. Online: <https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Weitere/DNQP-Methodenpapier2019.pdf> [21.06.2019]
- Edvardsson, D.; Fetherstonhaugh, D.; Nay, R.; Gibson, S. (2010): Development and initial testing of the Person-centered Care Assessment Tool (P-CAT). *International Psychogeriatrics*, 22(1), 101-108. doi:10.1017/S1041610209990688
- Moers, M.; Schiemann, D.; Stehling, H. (2017): Expertenstandards implementieren - Spezifika gelingender Einführungsprozesse. In: Schiemann, D.; Moers, M.; Büscher, A. (Hrsg.): *Qualitätsentwicklung in der Pflege – Konzepte, Methoden und Instrumente*. 2. aktualisierte Auflage, Stuttgart: Kohlhammer, 70-101

Informationen zum “Networking for Quality”

Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege ist ein bundesweiter Zusammenschluss von Fachkollegen in der Pflege, die sich mit dem Thema Qualitätsentwicklung auseinandersetzen. Übergreifende Zielsetzung des DNQP ist die Förderung der Pflegequalität auf der Basis von Praxis- und Expertenstandards in allen Einsatzfeldern der Pflege. Die inhaltliche Steuerung des Netzwerks erfolgt durch einen Lenkungsausschuss, dessen Mitglieder in unterschiedlichen Aufgabenfeldern der Pflege tätig sind und sich dort mit Fragen der Qualitätsentwicklung in der Pflege auseinandersetzen. Es handelt sich um Vertreter aus Pflegewissenschaft, -management, -lehre, -praxis und -forschung. Die Durchführung wissenschaftlicher Projekte und Veröffentlichungen übernimmt das wissenschaftliche Team an der Hochschule Osnabrück. Zudem betreibt das DNQP einen kontinuierlichen Fachdialog über aktuelle Qualitätsthemen mit Partnerorganisationen auf nationaler und internationaler Ebene.

Zentrale Aufgabenschwerpunkte:

- Entwicklung, Konsentierung, Implementierung und Aktualisierung evidenzbasierter Expertenstandards
- Beforschung von Methoden und Instrumenten zur Qualitätsentwicklung und -messung

Referenzeinrichtungen für die Implementierung von Expertenstandards

Unter Referenzeinrichtungen versteht das DNQP Krankenhäuser, Einrichtungen der stationären Altenhilfe und ambulante Pflegedienste, die über Erfahrungen mit der erfolgreichen und nachhaltigen Implementierung eines oder mehrerer Expertenstandards verfügen und an einem fachlichen Austausch zum Thema Standardimplementierung interessiert sind. Referenzeinrichtungen für die Anwendung von Expertenstandards sollen im Sinne eines Netzwerkgedankens,

- anderen Einrichtungen die Möglichkeit geben, entweder durch direkten Kontakt oder durch Berichte/Veröffentlichungen etc., von Erfahrungen der Referenzeinrichtungen zu profitieren und
- dem DNQP als Ansprechpartner für spezifische Fragen und/oder systematische Datensammlungen zur Implementierung und verstetigten Standardanwendung dienen können.

Mitglieder des DNQP-Lenkungsausschusses

(Stand: Mai 2022)

Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik
Universität Witten/Herdecke

Prof. Marlies Beckmann
Frankfurt University of Applied Sciences

Andrea Bergsträßer
Pflegekammer Rheinland-Pfalz, Mainz

Prof. Dr. Dr. h. c. Andreas Büscher
Hochschule Osnabrück

Prof. Dr. Astrid Elsbernd
Hochschule Esslingen

Prof. Dr. Ulrike Höhmann
Universität Witten/Herdecke

Prof. Dr. Annegret Horbach
Frankfurt University of Applied Sciences

Prof. Dr. Christiane Knecht
Fachhochschule Münster

Dipl.-Pflegerwissenschaftlerin Jana Luntz
Universitätsklinikum Dresden

Dr. Sven Reuther
Städtische Seniorenheime Krefeld

Prof. Dr. Rainhild Schäfers
Hochschule für Gesundheit Bochum

Prof. Dr. Erika Sirsch
Vincenz Pallotti University, Vallendar

Dipl.-Psychologin Christine Sowinski
Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln

Carola Stenzel-Maubach, M.A.
Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, Berlin

Dr. h. c. Franz Wagner, MSc
Berlin

Anhang Audit-Instrument zum Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“

Teil 1: Menschen mit Demenz

- Hinweise zum Vorgehen
- Audit-Fragebogen 1: Mensch mit Demenz
- Hinweise zu den einzelnen Item des Fragebogens 1

Teil 2: Pflegepersonal

- Hinweise zum Vorgehen
- Audit-Fragebogen 2: Pflegepersonal

Teil 3: Einrichtung

- Hinweise zum Vorgehen
- Audit-Fragebogen 3: Einrichtungsbezogenes Audit

Das vollständige Audit-Instrument zum Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ mit Fragebögen, Hinweisen und Ergebnisprotokollen, steht auf der Homepage der DNQP (www.dnqp.de) als PDF-Dateien zum Download zur Verfügung.

Darüber hinaus stehen zur Erleichterung der Auswertung der Auditdaten elektronische Versionen der Ergebnisprotokolle zu den jeweiligen Fragebögen des Auditinstrumentes im Microsoft-Excel-Dateiformat zur Verfügung. Diese können über die Homepage des DNQP angefordert werden.

Teil 1: Mensch mit Demenz

Allgemeine Hinweise

- die angestrebte Stichprobe sollte bis zu 40 Menschen mit Demenz oder Anzeichen einer Demenz bzw. alle Menschen mit Demenz der Modellpflegeeinheit umfassen. Menschen ohne Demenz oder Anzeichen einer Demenz werden nicht auditiert.
- jeder Mensch mit Demenz wird nur einmalig auditiert. Bei Wiederaufnahmen im Krankenhaus während des Auditzeitraums kann erneut auditiert werden.
- es muss genügend Zeit für das Audit einkalkuliert werden, ca. 45 Minuten pro Mensch mit Demenz ist ein durchschnittlicher Erfahrungswert, da mit Störungen gerechnet werden muss (Dokumente fehlen, der Mensch mit Demenz oder die Angehörigen sind nicht da, andere Berufsgruppen intervenieren etc.).

Allgemeine Hinweise zur Datenerhebung

- das Vorgehen bei der Datenerhebung und der Umgang mit Fragen und Antworten sollte im Rahmen der Datenerhebung einheitlich gehandhabt werden. Die Hinweise zu den einzelnen Fragen und die Kommentierungen der Standardkriterien geben Aufschluss darüber, wie eine Frage zu beantworten ist.
- sind mehrere Auditoren beteiligt, sollte im Vorfeld ein gleiches Vorgehen und ein gleicher Umgang mit Antworten verabredet werden. Dafür ist eine gemeinsame vorherige Verständigung über Bedeutung und Inhalt der Fragen ratsam.
- im Krankenhaus sollten Menschen mit Demenz zum Auditzeitpunkt zumindest solange auf Station sein, dass Aussagen zu allen Kriterienebenen des Expertenstandards zu erwarten sind. Kann dies, um eine aussagekräftige Stichprobe zu erreichen, nicht gewährleistet werden, sind ggf. einige Fragen nicht anwendbar. In diesem Fall sollte dies in der Kommentarspalte entsprechend vermerkt werden.
- für die Durchführung des Audits hat sich bewährt, mit der Dokumentationsanalyse zu beginnen, dann die Befragung der zuständigen Pflegefachkraft und zuletzt die Befragung von Menschen mit Demenz vorzunehmen. Hierbei können auch zunächst mehrere Pflegedokumentationen unterschiedlicher Menschen mit Demenz analysiert werden, dann die jeweiligen Bezugspflegerpersonen und die Menschen mit Demenz/Angehörige befragt werden.
- Dokumentationsanalyse: Inhalte aus der Pflegedokumentation (z. B. „Biografie“, „Maßnahmen“) müssen nicht erst im Rahmen der Implementierung entstanden sein, sollten aber Aktualität aufweisen.
- Dokumentationsanalyse: bestimmte Begrifflichkeiten der Fragestellungen sind dem Expertenstandard angepasst. Sollten in der Einrichtung andere Begrifflichkeiten bei gleicher Bedeutung genutzt werden, widerspricht das nicht einer „Ja“-Antwort der entsprechenden Frage.
- Befragung der zuständigen Pflegefachkraft: Die Fragen sollten von der jeweiligen Bezugspflegerperson des auditierten Menschen mit Demenz beantwortet und ggf. durch Angaben anderer Pflegefachkräfte ergänzt werden. Hierbei ist darauf zu achten, dass sich die Antworten auf den jeweiligen Fall und nicht auf ein „immer so“ beziehen.
- Befragung von Menschen mit Demenz bzw. Angehörigen: das Audit ist regulärer Teil der Pflege. Es genügt also, die Befragten unmittelbar vor der Maßnahme zu informieren.

- Befragung von Menschen mit Demenz bzw. Angehörigen: Die Befragungssituation sollte so gestaltet werden, dass Diskretion gewährleistet ist und sich die Befragten frei äußern können. Zum Vertrauensaufbau können Dienstkleidung und Namensschild hilfreich sein, insbesondere, wenn der Auditor/die Auditorin den befragten Personen nicht bekannt ist.
- Befragung von Menschen mit Demenz bzw. Angehörigen: Die Befragung kann jederzeit für die befragten Personen sprachlich verständlich und an den individuellen Fall angepasst werden.
- die Kommentarspalte sollte zur Erläuterung bei „Nein“-Antworten oder nicht anwendbaren Fragen immer genutzt werden. Sie kann aber auch, z. B. für Bemerkungen, bei „Ja“-Antworten genutzt werden.

Allgemeine Hinweise zur Datenauswertung

- in die Auswertung zur Ermittlung eines „Zielerreichungsgrades“ werden nur „Ja“- und „Nein“-Antworten einbezogen, der Zielerreichungsgrad ist der Anteil der „Ja“-Antworten
- Für die Auswertung steht eine Excel-Datei zur Verfügung, die diese Berechnung übernimmt und die Ergebnisse darstellt

Fragebogen 1: Mensch mit Demenz

Name der Einrichtung und Pflegeeinheit:

Datum:

Benötigte Zeit:

Fragebogen Nr.:

Quelle	Frage	Ant- wort	Kommentare
Dokumentenanalyse	E1.1 Finden sich in der Dokumentation systematische und konkretisierende Hinweise auf Unterstützungsbedarfe in der Beziehungsgestaltung des Menschen mit Demenz?		
	E1.2 Finden sich in der Dokumentation ausreichende Hinweise auf die Lebenswelt und Biographie des Menschen mit Demenz?		
	E2.1 Liegt eine Maßnahmenplanung vor, die die individuellen Unterstützungsbedarfe in der Beziehungsgestaltung berücksichtigt?		
	E2.2 Berücksichtigt der Maßnahmenplan mögliche Schwankungen von Fähigkeiten und Bedürfnissen des Menschen mit Demenz?		
	E3.1 Wurde der Mensch mit Demenz entsprechend seiner Fähigkeiten über beziehungsfördernde und -gestaltende Angebote informiert, angeleitet oder beraten?		
	E3.2 Wurden die Angehörigen über beziehungsfördernde und -gestaltende Maßnahmen informiert, angeleitet oder beraten?		
	E4.1 Wird aus der Dokumentation deutlich, wie die Kommunikation und Interaktion der Pflegenden mit dem Menschen mit Demenz gestaltet wird?		
	E4.2 Geht aus der Dokumentation hervor, wie der Mensch mit Demenz seine Gefühle oder Befindlichkeiten äußert?		
	E4.3 Wurden die jeweils aktuellen Wünsche des Menschen mit Demenz bei Angebot und Durchführung beziehungsfördernder Maßnahmen berücksichtigt?		
	E5.1 Sind die Ergebnisse einer oder mehrerer Fallbesprechungen dokumentiert?		
	E5.2 Sind Anzeichen dafür dokumentiert, dass sich der Mensch mit Demenz gehört, verstanden, angenommen und mit anderen Personen verbunden fühlt?		
Personalbefragung	E2.3 Haben Sie im Team eine Verstehenshypothese zu dem Menschen mit Demenz gebildet?		
	E3.3 Konnten Sie individuelle, zielgruppengerechte Information, Anleitung oder Beratung anbieten?		Informiert, angeleitet oder beraten wurden: ☐ Mensch mit Demenz und/oder ☐ Angehörige ☐ Angebot wurde abgelehnt
	E4.4 Konnten Sie Schwankungen von Fähigkeiten und Bedürfnissen des Menschen mit Demenz bei Angebot und Durchführung von Maßnahmen in der Regel berücksichtigen?		
	E5.3 Konnten Sie gemeinsam mit anderen an der Pflege Beteiligten Ihre Beziehung zu dem Menschen mit Demenz reflektieren?		
Befragung der Angehörigen oder des Menschen mit Demenz	E2.4 Entspricht die Einbeziehung in die Maßnahmenplanung ihren Vorstellungen?		Befragt wurde: ☐ Mensch mit Demenz oder ☐ Angehörige
	E3.4 Angehörige: War die Information, Anleitung oder Beratung über beziehungsfördernde Maßnahmen für Sie hilfreich?		Genutzt wurden: ☐ Beratungsmaterialien ☐ Gespräche ☐ gemeinsame Durchführung von Maßnahmen
	E5.4 Wurden die Wünsche nach Beziehungsgestaltung in der Regel berücksichtigt?		Befragt wurde: ☐ Mensch mit Demenz oder ☐ Angehörige

Ausfüllhinweis: J = Ja N = Nein NA = nicht anwendbar (N und NA bitte im Kommentar erläutern)

© Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) 2018

Hinweise zu den einzelnen Items des Fragebogens 1

Frage	Hinweise
E1.1 E1.2	Beide Fragen beziehen sich auf das Ergebnis des Einschätzungsprozesses des Menschen mit Demenz hinsichtlich seiner Unterstützungsbedarfe und ihren Auswirkungen auf seine Lebens- und Alltagswelt. Damit die Frage mit „Ja“ beantwortet werden kann, sollten die vorliegenden Informationen über den Menschen mit Demenz in der Pflegeanamnese so ausführlich und umfassend sein, dass - entsprechend des jeweiligen pflegerischen Auftrags - daraus ein Verstehen des Menschen mit Demenz möglich wird und entsprechende pflegerische Maßnahmen abgeleitet werden können. (vgl. Kommentierung der Kriterienebene 1)
E2.1	Um die Frage mit „Ja“ zu beantworten, sollte aus der Maßnahmenplanung neben allgemeinen geplanten pflegerischen Maßnahmen auch hervorgehen, welche individuellen beziehungsfördernden und -gestaltenden Angebote gemacht werden, wie entsprechende Angebote und Maßnahmen in den Alltag eingebunden sind und wer ihre Durchführung übernimmt. (vgl. Kommentierung der Kriterienebene 2)
E2.2	Um die Frage mit „Ja“ zu beantworten, sollte aus der Maßnahmenplanung deutlich werden, dass Angebote und Maßnahmen situativ an die Bedürfnisse des Menschen mit Demenz angepasst werden können und sie somit kein starres Verrichtungsschema darstellt. (vgl. Kommentierung der Kriterienebene 2)
E3.1	Die Frage kann mit „Ja“ beantwortet werden, wenn sich in der Pflegedokumentation Hinweise auf geleistete Information, Anleitung oder Beratung über beziehungsfördernde oder -gestaltende Angebote finden. Dabei ist für die Beantwortung der Frage unerheblich, an welcher Stelle der Pflegedokumentation entsprechende Hinweise festgehalten wurden. (vgl. Kommentierung der Kriterienebene 3)
E3.2	Die Frage kann mit „Ja“ beantwortet werden, wenn sich in der Pflegedokumentation Hinweise auf geleistete Information, Anleitung oder Beratung über beziehungsfördernde oder -gestaltende Maßnahmen finden. Die Information, Anleitung oder Beratung sollte dabei das Ziel verfolgen, die Angehörigen in den Pflegeprozess einzubeziehen. Dabei ist für die Beantwortung der Frage unerheblich, an welcher Stelle der Pflegedokumentation entsprechende Hinweise festgehalten wurden. (vgl. Kommentierung der Kriterienebene 3)
E4.1 E4.2 E4.3	Bei diesen Fragen nach der Dokumentation beziehungsfördernder und -gestaltender Maßnahmen geht es darum zu erfassen, ob entsprechende Maßnahmen im Sinne der Person-Zentrierung angeboten oder durchgeführt wurden. Alle drei Fragen sollten dann mit „Ja“ beantwortet werden, wenn z. B. Hinweise auf Interaktionsgestaltung, auf aktuelle Befindlichkeitsäußerungen des Menschen mit Demenz oder die Berücksichtigung seiner aktuellen Wünsche mehrfach oder regelmäßig in der Dokumentation zu finden sind und sie in direkter Verbindung mit angebotenen oder durchgeführten Maßnahmen zur Beziehungsgestaltung stehen. Finden sich entsprechende Hinweise nicht oder wird die Durchführung geplanter Maßnahmen lediglich bestätigt, z. B. durch „Abhaken“, sollte die jeweilige Frage mit „Nein“ beantwortet werden. (vgl. Kommentierung der Kriterienebene 4)
E5.1	Liegt kein Protokoll einer Fallbesprechung vor, kann die Frage auch dann mit „Ja“ beantwortet werden, wenn bspw. deutlich wird, dass Anpassungen des Maßnahmenplans auf Ergebnissen einer Fallbesprechung beruhen. Entscheidend ist, dass diese Fallbesprechungsergebnisse für alle an der Pflege Beteiligten nachvollziehbar sind. (vgl. Kommentierung der Kriterienebene 5)
E5.2	Diese Anzeichen sollten sich auf die in der Kommentierung als Evaluationskriterien genannten Aspekte beziehen und sich insbesondere an Stimmung und Affekt des Menschen mit Demenz, seiner Beziehung und Interaktion zu anderen Menschen und seinem Eingebunden-Sein orientieren. Sie müssen für eine Beantwortung der Frage mit „Ja“ nicht zwingend als Ergebnis einer Evaluation dokumentiert sein, sondern können auch an anderer Stelle der Pflegedokumentation gefunden werden. Zudem ist zu berücksichtigen, dass auch diese Anzeichen Schwankungen unterliegen können. Auch wenn entsprechende Anzeichen bspw. nur einmalig als „Ergebnis“ einer beziehungsfördernden Maßnahme dokumentiert sind, kann die Frage mit „Ja“ beantwortet werden. (vgl. Kommentierung der Kriterienebene 5)
E2.3	Die Bildung von Verstehenshypothesen soll einen differenzierten Einblick in die mögliche Gefühls- und Erlebenswelt des Menschen mit Demenz erlauben. Die Frage kann auch mit „Ja“ beantwortet werden, wenn Verstehenshypothesen noch einen vorläufigen Charakter haben oder wenn dieser „Verstehensprozess“ in der Einrichtung anders bezeichnet wird, aber gleichzeitig deutlich ist, dass die in der Kommentierung zum Standardkriterium P2 benannten Fragestellungen unter den Pflegenden diskutiert wurden.

Frage	Hinweise
E3.3	Die Frage kann mit „Ja“ beantwortet werden, wenn ein Angebot für Information, Anleitung oder Beratung gemacht wurde. Bitte dann in der Kommentarspalte ankreuzen, wer beraten wurde oder ob das Angebot abgelehnt wurde. „Nicht Anwendbar“ ist die Frage nur, wenn kein Angehöriger zur Verfügung stand und der Mensch mit Demenz aufgrund der Schwere seiner Demenz ein Angebot nicht wahrnehmen konnte. (vgl. Kommentierung der Kriterienebene 3)
E4.4	Die Frage kann mit „Ja“ beantwortet werden, wenn die Pflegefachkraft angibt, dass es in der Regel möglich war, die Durchführung von Maßnahmen an die momentane Situation des Menschen mit Demenz anzupassen. (vgl. Kommentierung der Kriterienebene 4)
E5.3	Die Frage kann mit „Ja“ beantwortet werden, wenn Fallbesprechungen o. ä. stattgefunden haben oder eine Reflektion auf einem anderen Weg (z. B. ein Einzelgespräch) stattgefunden hat, der über einen einfachen Austausch oder ein Erzählen über die Situation hinausgegangen ist. (vgl. Kommentierung der Kriterienebene 5)
E2.4	Ziel dieser Frage ist herauszufinden, ob die Einbeziehung in die Maßnahmenplanung aus Sicht des Menschen mit Demenz oder seiner Angehörigen angemessen war. Falls der Mensch mit Demenz die Frage nicht beantworten kann, können alternativ auch die Angehörigen befragt werden. Die Frage ist nur dann „Nicht Anwendbar“, wenn weder der Mensch mit Demenz, noch seine Angehörigen an der Maßnahmenplanung beteiligt wurden. Die Frage kann zum besseren Verständnis sprachlich angepasst werden, sofern sie dabei neutral formuliert bleibt und mit „Ja“ oder „Nein“ zu beantworten ist. (vgl. Kommentierung der Kriterienebene 5)
E3.4	Bei dieser Frage geht es um das Ergebnis geleisteter Information, Schulung und Beratung aus Sicht der Angehörigen. Die Frage kann zum besseren Verständnis sprachlich angepasst werden, sofern sie dabei neutral formuliert bleibt und mit „Ja“ oder „Nein“ zu beantworten ist. (vgl. Kommentierung der Kriterienebene 3)
E5.4	Ziel dieser Frage ist herauszufinden, ob die „Beziehungsgestaltung“ aus Sicht der Menschen mit Demenz gelingt, also ob sie sich gehört, verstanden, angenommen und mit anderen Personen verbunden fühlen. Falls der Mensch mit Demenz die Frage nicht beantworten kann, können alternativ auch die Angehörigen nach ihrem Eindruck befragt werden. In beiden Fällen ist die Frage so sprachlich anzupassen, dass sie verstanden werden kann (vgl. Kommentierung der Kriterienebene 5). Die Frage ist dann „Nicht Anwendbar“, wenn weder der Menschen mit Demenz, noch seine Angehörigen Aussagen dazu treffen können.

© Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) 2018

Teil 2: Pflegepersonal

Allgemeine Hinweise

- die Personalbefragung stellt einen wesentlichen Baustein des Audits dar. Auf diesem Wege können die an der Standardimplementierung beteiligten Pflegefachkräfte Auskunft darüber geben, wie sie selbst sowohl ihren Qualifikationsstand als auch ihren Qualifikationsbedarf einschätzen
- die Befragung der Pflegefachkräfte zum Fortbildungsbedarf wird in schriftlicher Form bei allen Pflegefachkräften der Station anonym durchgeführt. Dafür ist ggf. die Information und Einbeziehung des Betriebs-/Personalrates ratsam
- auch der Qualifikationsstand anderer an der Pflege Beteiligter (z. B. Pflegehilfskräfte, Betreuungskräfte) kann mit diesem Bogen erfasst werden. Für die spätere Auswertung ist allerdings unerlässlich, dass, z. B. durch farbliche Kennzeichnung, deutlich gemacht wird, Angehörige welches Qualifikationsniveaus/welcher Berufsgruppe den Bogen ausgefüllt haben

Allgemeine Hinweise zur Datenerhebung

- um einen hohen Rücklauf zu erhalten, empfiehlt es sich, dass der Auditor persönlich die Fragebögen verteilt und ggf. in einer „Wahlurne“ wieder einsammelt
- es ist ein Rücklauf von 100% der ausgegebenen Bögen anzustreben
- der Fragebogen ermöglicht den Pflegenden, ihren Wissensstand zu den Themen einzuschätzen, zu denen in den Strukturkriterien des Expertenstandards Aussagen zu benötigter Fachkompetenz gemacht werden und ihren Fortbildungsbedarf zu den Themen anzugeben
- die Beispiele/Themen des Fragebogens können sprachlich angepasst oder ergänzt werden. Die Ergänzungen müssen dabei dem jeweiligen Themengebiet entsprechen

Allgemeine Hinweise zur Datenauswertung

- für die Datenauswertung steht eine Excel-Datei zur Verfügung, die die Berechnung übernimmt und die Ergebnisse darstellt. Diese Datei wird auf Anfrage durch das DNQP zur Verfügung gestellt
- bitte geben Sie in der Auswertungsdatei auch die Anzahl der ausgegebenen Fragebögen an, um die Rücklaufquote bestimmen zu können

Fragebogen 2: Pflegepersonal**Liebe Kollegin, lieber Kollege aus dem Pflegedienst,**

in Ihrer Pflegeeinheit wurde der Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ eingeführt. Sie sind unter Umständen bereits über die Qualitätsbewertung (Audit) informiert und zu von Ihnen betreuten Menschen mit Demenz befragt worden. Zur Auswertung des Erfolgs der Standardeinführung und -anwendung möchten wir zusätzlich von Ihnen wissen, wie Sie Ihren Wissens- und Kenntnisstand zu den einzelnen Themen einschätzen und ob Sie unabhängig davon weiteren Fortbildungsbedarf haben. Wir bitten Sie daher, den folgenden kurzen Fragebogen ohne Angabe Ihres Namens auszufüllen, damit Ihre Anonymität gewahrt bleibt.

Frage	Wie schätzen Sie Ihr Wissen/Ihre Kenntnisse ein über ...?	Haben Sie zu diesem Thema weiteren Fortbildungsbedarf?
S1a	Person-Zentrierung sehr gut gut befriedigend ausreichend mangelhaft ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	ja nein ☐ ☐
S1b	Einschätzung von Unterstützungsbedarfen in der Beziehungsgestaltung von Menschen mit Demenz sehr gut gut befriedigend ausreichend mangelhaft ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	ja nein ☐ ☐
S2a	Planung beziehungsfördernder und -gestaltender Maßnahmen unter Berücksichtigung einer Verstehenshypothese sehr gut gut befriedigend ausreichend mangelhaft ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	ja nein ☐ ☐
S3a (a)	Information, Anleitung und Beratung von Angehörigen von Menschen mit Demenz über Beziehungsförderung und -gestaltung sehr gut gut befriedigend ausreichend mangelhaft ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	ja nein ☐ ☐
S3a (b)	Information, Anleitung und Beratung von Menschen mit Demenz über Beziehungsförderung und -gestaltung sehr gut gut befriedigend ausreichend mangelhaft ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	ja nein ☐ ☐
S4a	Angebote und Maßnahmen zur Beziehungsgestaltung und ihrem Einsatz sehr gut gut befriedigend ausreichend mangelhaft ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	ja nein ☐ ☐
S5a	Evaluation beziehungsgestaltender und -fördernder Pflege sehr gut gut befriedigend ausreichend mangelhaft ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	ja nein ☐ ☐

Teil 3: Einrichtung

Allgemeine Hinweise

- die Fragen zu den einrichtungsbezogenen Strukturkriterien des Expertenstandards werden im Rahmen des Audits einmalig von einer leitenden Pflegefachkraft (Pflegedienstleitung, ggf. Bereichspflegeleitung) beantwortet
- zur Beantwortung der Fragen kann der Auditor oder die Auditorin ein Gespräch führen oder den Bogen durch die Einrichtungsleitung selbst ausfüllen lassen
- die „Freitextantworten“ können stichpunktartig festgehalten werden
- sollte deutlich werden, dass eine Frage nichtzutreffend ist, kann dies auch im Freitextfeld festgehalten und erläutert werden

Fragebogen 3: Leitende Pflegefachkraft der Einrichtung

Frage		Antwort	
		ja	nein
S1c	Wird eine person-zentrierte Haltung einrichtungswelt gefördert?	☐	☐
	Wenn ja, wie? Wenn nein, was verhindert das?		
S2b	Gibt es ein für die Einrichtung und die Pflegeeinheit geltendes person-zentriertes Konzept?	☐	☐
	Wenn ja, seit wann? Wenn nein, ist bereits mit der Entwicklung eines Konzeptes begonnen worden?		
S3b	Wird die pflegerische Information, Anleitung und Beratung der Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen gezielt unterstützt?	☐	☐
	Wenn ja, wodurch? Wenn nein, bitte kurz begründen.		
S4b (a)	Kann die Umfeldgestaltung flexibel an individuelle Bedürfnisse von Menschen mit Demenz angepasst werden?	☐	☐
	Wenn ja, wie? Wenn nein, bitte kurz begründen		
S4b (b)	Kann die Umfeldgestaltung flexibel an individuelle Bedürfnisse von Menschen mit Demenz angepasst werden?	☐	☐
	Wenn ja, wie? Wenn nein, was verhindert das?		
S5b	Wird es den Pflegenden gezielt ermöglicht, ihre Beziehung zu Menschen mit Demenz zu reflektieren?	☐	☐
	Wenn ja, wie? Wenn nein, was verhindert das?		