

**Erfassung von Lebensqualität
gerontopsychiatrisch Erkrankter
im Rahmen der pflegeheiminternen
Qualitätssicherung**

Abschlussbericht
Projektphase 2

März 2019

Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg
Institut für Gerontologie

Prof. Dr. Dr. h.c. Andreas Kruse
Dr. Stefanie Sandra Wiloth
Juliane Schmidt

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes
Bund der Krankenkassen

Dr. Peter Pick
Bernhard Fleer
Hannelore Kötter
Dr. Andrea Kimmel

INHALTSVERZEICHNIS

Kurzfassung	5
1. Hintergrund und Ziel	9
1.1 Lebensqualität bei Menschen mit Demenz	9
1.2 Methoden zur Erfassung der Lebensqualität von MmD	11
1.2.1 Etablierte Methoden und mögliche Probleme.....	12
1.2.2 Der Nutzen der teilnehmenden Beobachtung	13
1.3 Die Bedeutung der Selbstreflexion von Pflegepersonen.....	14
1.3.1 Die Pflegekompetenz	14
1.3.2 Der notwendige Prozess der Selbstreflexion	14
1.3.3 Methodische Impulse für Selbstreflexion	15
1.4 Zentrales Ziel von H.I.L.DE.-QS	16
1.5 Fragestellungen und Projektziele	17
1.5.1 Die Validierung von H.I.L.DE.-QS.....	18
1.5.2 Wirksamkeitsüberprüfung von H.I.L.DE.-QS	19
2. Methodik.....	20
2.1 Studiendesign	20
2.2 Rekrutierung der Stichprobe	21
2.3 Der Projektablauf.....	22
2.3.1 Die H.I.L.DE.-QS Schulung.....	22
2.3.2 Zentrale Schritte der Erprobungsphase im Überblick	23
2.4 Datenerhebung und -auswertung	25
2.4.1 Erhebungen mittels H.I.L.DE.-QS.....	25
2.4.2 Ergänzende Testverfahren und Messmethoden.....	27
2.4.3 Primäre Endpunkte für die Validierung und Wirksamkeitsüberprüfung	30
2.4.4 Validierung von H.I.L.DE.-QS: die Gütekriterien.....	31
2.4.5 Wirksamkeitsüberprüfung.....	37

3. Ergebnisse	39
3.1 Merkmale der teilnehmenden Pflegeeinrichtungen	39
3.2 Ergebnisse zum H.I.L.DE.-QS Schulungsprogramm	41
3.2.1 Die Schulungsteilnehmer.....	41
3.2.2 Ergebnisse der Schulungsevaluation	42
3.3 Rückmeldungen der Einrichtungen während der Erprobung	44
3.4 Ergebnisse der studienbegleitenden Erhebungsverfahren	45
3.4.1 Das subjektive Belastungsempfinden der Pflegepersonen	45
3.4.2 Die Kontrollüberzeugungen der Pflegepersonen	46
3.5 Charakteristika der Bewohner/Innen und Pflegepersonen	47
3.5.1 Bewohnermerkmale	47
3.5.2 Merkmale der Pflegepersonen.....	51
3.6 Ergebnisse der H.I.L.DE.-QS Validierung.....	52
3.6.1 Konstrukt- und Inhaltsvalidität.....	52
3.6.2 Interrater-Reliabilität.....	59
3.6.3 Veränderungssensitivität.....	60
3.6.4 Praktikabilität	61
3.7 Ergebnisse zur Wirksamkeitsüberprüfung von H.I.L.DE.-QS	65
3.7.1 Effekte auf die Emotionalität der Bewohner.....	66
3.7.2 Effekte auf das Kommunikationsverhalten der Pflegepersonen	68
3.7.3 Ergebnisse der Reflexionsgespräche	70
3.7.4 Ergebnisse der Fallbesprechungen.....	74
3.8 Zentrale Ergebnisse aus den Fokusgruppen	78
3.8.1 Allgemeine Rahmenbedingungen in der stationären Altenpflege.....	78
3.8.2 Durchführung von H.I.L.DE.-QS innerhalb des Projekts	82
3.8.3 Rahmenbedingungen für eine Implementierung.....	86

4. Zusammenfassung der Ergebnisse und Ausblick.....	88
4.1 Zusammenfassung der Validierungsergebnisse	89
4.1.1 Die Frage nach der Validität	89
4.1.2 Die Frage nach der Reliabilität	91
4.1.3 Die Frage nach der Veränderungssensitivität	92
4.1.4 Die Frage nach der Praktikabilität	93
4.1.5 Fazit zur Validierung	93
4.2 Zusammenfassung der Ergebnisse der Wirksamkeitsüberprüfung	94
4.2.1 Die Frage nach Effekten auf Emotionen und Kommunikationsmuster	94
4.2.2 Die Frage nach Interventionsstrategien	97
4.2.3 Effekte auf Kontrollüberzeugung und Belastungserleben	98
4.2.4 Fazit zur Wirksamkeitsüberprüfung	99
4.3 (Methodische) Limitationen des Projekts	100
4.4 Überarbeitung von H.I.L.DE.-QS für die Praxis	101
4.5 Schlussfolgerung, Implikationen und Ausblick	103
4.5.1 H.I.L.DE.-QS als Ausdruck eines neuen Verständnisses von Pflege im SGB XI	104
4.5.2 Die fachliche Verknüpfung von interner und externer Qualitätssicherung	107
4.5.3 Die Implementierung von H.I.L.DE.-QS: Eine Disseminationsstrategie	109
I. Abbildungsverzeichnis	113
II. Tabellenverzeichnis	114
III. Literaturverzeichnis	115
Anhang	121

Kurzfassung

Hintergrund und Ziel: Mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wird eine weniger verrichtungsbezogene, sondern stärker person-zentrierte Pflege betont, die auf die Sensibilisierung der psychosozialen Bedürfnisse sowie des subjektiven Wohlbefindens und damit auf die Förderung zentraler Dimensionen von Lebensqualität der Pflegebedürftigen ausgerichtet ist. Für die Realisierung und Überprüfung dieser Neuausrichtung der Pflege fehlen jedoch adäquate Assessmentverfahren. Die Implementierung des „Heidelberger Instruments zur Erfassung der Lebensqualität von Menschen mit Demenz – für die Qualitätssicherung in Pflegeeinrichtungen“ (H.I.L.DE.-QS) kann einen Beitrag zur Förderung einer fachlich und ethisch begründeten Pflege leisten. Das Instrument dient dabei vor allem der Überprüfung der Wirksamkeit pflegerischer Maßnahmen mit Blick auf die Lebensqualität der Bewohner, der Förderung der Pflegekompetenz der Pflegekräfte und der Interventionsplanung auf Basis fundierter Ergebnisse aus der Datenerhebung. Die primären Ziele des Projekts waren entsprechend 1) die umfassende Validierung und 2) die Wirksamkeitsüberprüfung von H.I.L.DE.-QS.

Methodik: H.I.L.DE.-QS beinhaltet einen umfassenden Befragungsteil sowie eine passiv-teilnehmende Beobachtung mit anschließendem Reflexionsgespräch für die beobachtenden Pflegepersonen. In der beobachtenden, prospektiven Längsschnittstudie mit zwei Messzeitpunkten (U1 und U2) wurden Effekte mittels H.I.L.DE.-QS auf die Emotionalität der Bewohner im Zusammenhang mit dem Kommunikationsverhalten der Pflegepersonen erfasst. Die zum ersten Messzeitpunkt mittels H.I.L.DE.-QS erhobenen Baseline-Daten dienten ergänzend der Validierung des Instruments, wobei die Inhalts- und Konstruktvalidität, die Interrater-Reliabilität, Veränderungssensitivität und Praktikabilität in den Blick genommen wurden. Die am Projekt teilnehmenden Pflegeeinrichtungen wurden direkt in den Forschungsprozess miteinbezogen, um von vornherein einen erfolgsversprechenden Praxistransfer bzw. spätere Implementierung zu gewährleisten. Grundlegend dafür war ein zweitägiges Schulungsprogramm für professionell Pflegende, welche eigenständig die Rekrutierung der Bewohner, die Datenerhebung mittels der H.I.L.DE.-QS Befragung, Beobachtung und Reflexionsgespräch sowie die Planung und Durchführung projektbezogener Fallbesprechungen auf der Grundlage der H.I.L.DE.-QS Ergebnisse zur Entwicklung von Interventionsmaßnahmen durchführten.

Zur Analyse der Konstruktvalidität wurden im Vorfeld a priori Hypothesen generiert, die theoretische Überlegungen zu erwarteten Zusammenhängen zwischen relevanten H.I.L.DE.-QS Skalen und einem etablierten Messinstrument (QUALIDEM) zur Erfassung der Lebensqualität bei Demenz beinhalten. Zur Quantifizierung wurden nicht-parametrische Korrelationskoeffizienten berechnet (Spearman-Rang-Korrelationen $[r_s]$). Ergänzend zur Konstruktvalidität wurde die Inhaltsvalidität von H.I.L.DE.-QS Instruments mittels einer eigens dafür entwickelten

Skala für Expertenratings untersucht. Die Expertenbeurteilungen wurden sowohl quantitativ, als auch inhaltsanalytisch ausgewertet. Zur Erfassung der Interrater-Reliabilität wurde die erste H.I.L.DE.-QS Beobachtung (U1) von zwei Beobachtern bzw. H.I.L.DE.-QS Beauftragten unabhängig voneinander durchgeführt. Für die Prüfung der Übereinstimmung beider Rater wurde Cohen's Kappa (κ) berechnet. Zur Überprüfung der Veränderungssensitivität wurden bei ausreichend großer Fallzahl ($n \geq 30$) Mittelwertvergleiche (U1-U2) anhand der Durchführung von T-Test für gepaarte Stichproben mit anschließender Effektgrößenberechnung (Standardized Response Means [SRMs]) durchgeführt. Die Überprüfung der Praktikabilität erfolgte in dreierlei Hinsicht: 1) Berechnung der Ausschöpfungsquote und der durchschnittlichen Anwendungsdauer, 2) Quantitative Analyse eines Praktikabilitätsfragebogens und 3) inhaltsanalytische Auswertung zweier Fokusgruppendifkussionen. Die Fokusgruppendifkussionen beschäftigten sich auch mit der Frage nach derzeitigen Herausforderungen der Pflege im Umgang mit Menschen mit Demenz und notwendigen Rahmenbedingungen für eine langfristige Implementierung von H.I.L.DE.-QS.

Im Rahmen der Wirksamkeitsüberprüfung der Anwendung des Beobachtungsteils und des Reflexionsgesprächs wurden bei ausreichend großem Sample ($n \geq 30$) Mittelwertvergleiche mit Blick auf die entsprechenden Variablen der Emotionalität der Bewohner und der Kommunikationsmuster der Pflegepersonen (U1-U2) anhand der Durchführung von T-Test für gepaarte Stichproben (Ermittlung von Zeiteffekten) mit anschließender Effektgrößenberechnung (Pearson Korrelationskoeffizient [r]) durchgeführt.

Ergebnisse: Erwartungsgemäß zeigten sich bei einer Stichprobengröße von $n = 39$ Bewohnern signifikante schwache bis mäßige Korrelationen zwischen dem QUALIDEM und den H.I.L.DE.-QS Skalen ($r_s = .36-.58$, $P \leq .02$). Von insgesamt 11 a priori Hypothesen konnten 10 bestätigt werden (90,9%), was generell auf eine gute Konstruktvalidität der H.I.L.DE.-QS Skalen hinweist. Die Auswertung der Expertenratings zur Analyse der Inhaltsvalidität ergab ebenfalls ein positives Bild: alle Bestandteile des Instruments können laut Experten im Kontext der stationären Altenpflege genutzt werden, da diese jeweils spezifischen Fragestellungen und Ziele in den Blick nehmen, die ein für die Reflexion der Pflegetätigkeit und für die Planung von bewohnerbezogenen Interventionen umfassendes Bild geben können. Mit Blick auf die Interrater-Reliabilität zeigten sich sowohl für die Kommunikationsmuster, als auch für die beobachteten Emotionen der Bewohner ausreichende bis beachtliche Übereinstimmungen zwischen beiden Raten ($\kappa = .29-.76$, $P \leq .001$). Damit gelingt durch H.I.L.DE.-QS auch eine objektive Bewertung der Emotionalität und der Kommunikationsmuster. Bei $n = 59$ Fällen konnten signifikante Veränderungen sowohl der Emotionalität der Bewohner ($P \leq .02$), als auch der Kommunikationsmuster der Pflegepersonen ($P \leq .002$) mit kleinen bis mittleren Effektstärken ($SRMs = 0.2-0.7$) identifiziert werden. Diese Ergebnisse machen deutlich, dass der H.I.L.DE.-QS Beobachtungsteil höchst veränderungssensitiv ist. Die Überprüfung der Praktikabilität

ergab eine sehr gute Ausschöpfungsquote (87,3-100%) und eine adäquate Anwendungsdauer der Befragung (22,8±15,2 Min.) und Beobachtung (29,2±17,2 Min.). Die Ergebnisse eines Praktikabilitätsfragebogens und die inhaltsanalytische Auswertung von Fokusgruppen heben eine angemessene Praxistauglichkeit für den Pflegekontext hervor. Insbesondere stellt die Durchführung der Reflexionsgespräche ein nützliches Prozedere für die Anwender dar. In der Gesamtheit zeigten die Analysen, dass H.I.L.DE.-QS zentrale Testgütekriterien erfüllt, was eine Implementierung in die stationäre Altenpflege befürwortet.

Zudem ist es gelungen, die positive Wirksamkeit von H.I.L.DE.-QS auf die emotionale Befindlichkeit und auf die Kommunikationsmuster der Pflegepersonen als wichtige Voraussetzung für die Implementierung nachzuweisen. N = 59 Bewohner wiesen zu U2 eine signifikant geringere Anzahl negativer Emotionen ($P < .001$), eine höhere Anzahl positiver Emotionen ($P \leq .009$) und eine signifikant geringere emotionale Variabilität ($P = .023$) mit mehrheitlichen deutlichen Effektstärken ($r = 0.5$) auf. Die Pflegepersonen, die durch die H.I.L.DE.-QS Beauftragten beobachtet wurden, zeigten bei der wiederholten Messung (U2) ebenfalls eine deutliche Verbesserung ihrer individuellen Kommunikationsmuster. Eine signifikante Zunahme der Anzahl positiver Verhaltensweisen konnte identifiziert werden ($P < .001$). Die positive Wirksamkeit von H.I.L.DE. kann vermutlich u. a. auf die Förderung der Selbstreflexion der Pflegepersonen und auf die gut vorbereiteten und ausreichend strukturierten Fallbesprechungen zurückgeführt werden.

Die Ergebnisse aus den Fokusgruppendifkussionen zur Frage nach derzeitigen Herausforderungen in der Altenpflege weisen vor allem auf den Wunsch nach Möglichkeiten für strukturierte Reflexionsgespräche und Fallbesprechungen sowie nach einer engeren Begleitung und Anleitungen von Schülern sowie Pflegehelfern für eine bessere Pflegequalität hin. Hier kann H.I.L.DE.-QS einen großen Beitrag leisten. Zur Frage nach Rahmenbedingungen für die Implementierung des Instruments gaben die Fokusgruppendifkussionen einen umfassenden Überblick über Chancen und Grenzen. Der Befragungsteil und ganz besonders der Beobachtungsteil weisen ein großes Potenzial für die Förderung der Lebensqualität der Bewohner. Eine Implementierung ist für die Mehrheit der teilnehmenden Einrichtungen sehr erwünscht.

Schlussfolgerung und Ausblick: H.I.L.DE.-QS stellt ein innovatives Instrument dar, welches dazu beiträgt, 1) die Qualität der pflegerischen Versorgung von Menschen mit Demenz im Hinblick auf eine fachlich und ethisch begründete Pflegekompetenz signifikant zu verbessern und 2) die für das Wohlbefinden und die Lebensqualität so bedeutsamen psychosozialen Bedürfnisse zu berücksichtigen und zu fördern. Zudem erfüllt H.I.L.DE.-QS zentrale Testgütekriterien und lässt sich sehr gut in das interne Qualitätsmanagement integrieren. Durch eine flächendeckende Implementierung des Instruments H.I.L.DE.-QS können die Einrichtungen bei

der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs unterstützt und im Hinblick auf die Sicherstellung ihrer Versorgungsqualität gestärkt werden. Eine Verankerung des Instruments in die pflegerische Praxis mit dem Anspruch der Nachhaltigkeit wird angestrebt. Die Disseminationsstrategie beinhaltet u. a. Gespräche mit Vertreterinnen und Vertretern der freien Wohlfahrtspflege, um diese für den Einsatz des Instruments in ihren Landesverbänden zu gewinnen, die Durchführung eines Kongresses mit politischen Entscheidungsträgern, Repräsentanten von Wohlfahrtsverbänden etc., um für die Anwendung von H.I.L.DE.-QS zu motivieren, die Zusammenfassung von n = 10 bis 15 Pflegeeinrichtungen zu Clustern, denen eine Schulung durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Instituts für Gerontologie angeboten wird sowie die Erarbeitung einer Druckvorlage für das Instrument und das Manual.

1. Hintergrund und Ziel

1.1 Lebensqualität bei Menschen mit Demenz

In diesem Bericht werden Ergebnisse der Erprobung und Implementierung des „Heidelberger Instruments zur Erfassung der Lebensqualität von Menschen mit Demenz – für die Qualitätssicherung in Pflegeeinrichtungen“ (H.I.L.DE.-QS) dargestellt und diskutiert, dem ein besonderes Konzept von Lebensqualität bei Menschen mit Demenz (MmD) zugrunde liegt. Dieses Konzept orientiert sich an einer auf VEENHOVEN (2000) zurückgehenden Weiterentwicklung des Modells von LAWTON (1996), das vier Dimensionen von Lebensqualität bei MmD differenziert, nämlich 1) das subjektive Wohlbefinden, 2) die objektive Umwelt, 3) die erlebte Lebensqualität und 4) die Verhaltenskompetenz. Basierend auf der theoretischen Konzeption, dass Lebensqualität vor allem als Konstellation einzelner (objektivierbarer) Lebensbedingungen, aber vor allem Komponenten des subjektiven Wohlbefindens verstanden wird (KRUSE 2011; BECKER ET AL. 2010; BECKER ET AL., 2005), lassen sich weitere Dimensionen des Konstrukts Lebensqualität ableiten (► Abb. 1).

Abbildung 1: Die Dimensionen der Lebensqualität bei Menschen mit Demenz

Räumliche Umwelt	<ul style="list-style-type: none"> • z. B. Gewährleistung von Sicherheit und Privatheit
Soziale Umwelt	<ul style="list-style-type: none"> • Art und Struktur sozialer Kontakte
Betreuungsqualität	<ul style="list-style-type: none"> • Versorgung durch Ärzte und Pflegepersonen • Qualifikation und Alltagsgestaltung
Verhaltenskompetenz	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstständigkeit (ADL und IADL) • verbale und nonverbale Fähigkeiten
Medizinisch-funktioneller Status	<ul style="list-style-type: none"> • Ernährungszustand • Allgemeinzustand
Kognitiver Status	<ul style="list-style-type: none"> • Psychopathologie • Verhaltensauffälligkeiten
Subjektives Erleben	<ul style="list-style-type: none"> • Emotionale Befindlichkeit • subjektives Erleben der räuml. und sozialen Umwelt

[eigene Darstellung nach: BECKER ET AL. 2005; Seite 109]

Es werden sowohl die objektiven Lebensbedingungen (z. B. räumliche und soziale Umwelt sowie die Betreuungsqualität) bzw. objektivierbare physische, kognitive und sozio-emotionale Kompetenzen (Verhaltenskompetenz, medizinisch-funktioneller und kognitiver Status), aber auch subjektive Wahrnehmungs- und Bewertungsprozesse der emotionalen Befindlichkeit und

des Erlebens der räumlichen und sozialen Umwelt berücksichtigt. Ausgangspunkt für dieses mehrdimensionale Verständnis von Lebensqualität bei MmD bilden die psychosozialen Bedürfnisse der Betroffenen. So konnten wissenschaftliche Arbeiten zum Erleben und Verhalten von MmD nachweisen, dass insbesondere der Erfahrung von Bezogenheit in allen Stadien einer demenziellen Erkrankung eine wesentliche Bedeutung für die Förderung und den Erhalt des subjektiven Wohlbefindens zukommt [KRUSE 2017, LAWTON ET AL. 1999]. Vor allem bei kognitiv beeinträchtigten Menschen kommt der Verwirklichung dieser psychosozialen Bedürfnisbereiche während der pflegerischen Versorgung eine hohe Bedeutung zu [CUSTERS ET AL. 2011, 2010]. Demzufolge ist – wenn wir über Maßnahmen zur Förderung der Lebensqualität bei MmD diskutieren – die Schaffung von Möglichkeitsräumen und sozialen Kontexten essentiell, in denen die Betroffenen eine offene, sensible, empathische und konzentrierte Zuwendung erfahren; und dies auch bzw. vor allem dann, wenn diese aufgrund der demenzspezifischen Beeinträchtigung kognitiver Teilleistungen nicht mehr zur verbalen Kommunikation in der Lage sind und ihre Bedürfnisse nur noch aus Mimik und Gestik erschlossen werden können.

Das Bedürfnis nach Erfahrungen der Bezogenheit kann aber nur dann realisiert werden, wenn die Bereitschaft des sozialen Umfelds besteht, das eigene Menschen- und Alter(n)sbild mit Blick auf eine defizit- bzw. ressourcenorientierte Sichtweise zu reflektieren, die Menschenwürde der Betroffenen anzuerkennen und gezielt Möglichkeiten für eine empathische Interaktion und Zuwendung zu eröffnen. Für den Kontext der professionellen Langzeitpflege bedeutet dies, dass sich die Aufgabe der Pflege und Betreuung von MmD nicht auf die Gestaltung der räumlichen Umwelt, Befriedigung körperlicher Bedürfnisse und Linderung psychischer und physischer Krankheitssymptome beschränkt, sondern auch eine offene, sensible, empathische und konzentrierte Zuwendung und Interaktion mit den Betroffenen umfasst, in deren Verlauf psychosoziale Bedürfnisse von MmD erkannt und verwirklicht werden. Dies spiegelt eine fachlich-ethische Anforderung an die Pflege wider.

Die psychosozialen Bedürfnisse bei Menschen mit fortgeschrittener Demenz werden in der zwischenmenschlichen Interaktion häufig durch bestimmte Emotionen zum Ausdruck gebracht, die demnach als Indikatoren für das Vorhandensein oder Fehlen subjektiven Wohlbefindens verstanden werden können. Häufig sind die gezeigten Emotionen aber nicht nur ein Versuch der Betroffenen, ihre Bedürfnisse und Anliegen zum Ausdruck zu bringen, sondern auch eine unmittelbare Reaktion auf bestimmte Handlungen bzw. Verhaltensweisen von Pflegepersonen. Pflegende haben mit ihrem Handeln einen großen Einfluss auf den Bewohner. Hierbei spielen das Erfahrungswissen und die Intuition der Pflegenden im Umgang mit den Bewohnern eine große Rolle (BRÄUTIGAM 2002). Gezeigte Emotionen von MmD in komplexen Pflegesituationen gilt es daher immer im Zusammenhang mit Kommunikationsmustern und Verhaltensweisen der Pflegeperson zu betrachten.

Die Relevanz einer stärkeren Fokussierung auf die psychosozialen Bedürfnisse pflegebedürftiger Menschen im Sinne einer fachlich und ethisch begründeten Pflege zeigt sich auch in den mit dem Pflegestärkungsgesetz II eingeführten Änderungen im SGB XI: Mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Jahr 2017 wurde der Übergang von einer sogenannten verrichtungsbezogenen Pflege auf eine person-zentrierte [KITWOOD 2005], bedarfsgerechten Pflege eingeleitet, die stärker auf die Förderung der soziale Interaktion und Sensibilisierung der Bedürfnisse und Anliegen der Pflegebedürftigen ausgerichtet ist. Damit wurden die Anforderungen an die Versorgung von MmD in der Langzeitpflege neu definiert, was sich u. a. in der Neuausrichtung der Prüfgrundlagen für den stationären Bereich gemäß § 113b Abs. 4 Nr. 1 und Nr. 3 SGB XI widerspiegelt. Für diese Neuausrichtung der Pflege, insbesondere im Hinblick auf die Selbstbestimmung, die Verwirklichung psychosozialer Bedürfnisse und das subjektive Wohlbefinden von MmD als zentrale Dimensionen der Lebensqualität, mangelt es jedoch bislang an Instrumenten bzw. Assessmentverfahren, welche 1) die Qualität der pflegerischen Versorgung von MmD im Hinblick auf eine fachlich und ethisch begründete Pflegekompetenz signifikant verbessern, 2) die für das Wohlbefinden und die Lebensqualität von MmD so bedeutsame Erfahrung von Bezogenheit in der Interaktion mit Pflegepersonen berücksichtigen und fördern, 3) sich für eine Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in die Praxis eignen, 4) zentrale Testgütekriterien (Validität, Reliabilität, Veränderungssensitivität und Praktikabilität) erfüllen und 5) und sich in das interne Qualitätsmanagement integrieren lassen.

1.2 Methoden zur Erfassung der Lebensqualität von MmD

Zur Erfassung der Lebensqualität bei MmD kommen mehrheitlich standardisierte Skalen zum Einsatz. Einen Überblick über seit vielen Jahren gut etablierte Messinstrumente liefern z. B. ENßLE (2010) oder die Übersichtsarbeiten ASPDEN ET AL. (2014) und ALGAR ET AL. (2016). Zu nennen sind hier z. B. Fragebögen wie *Alzheimer disease related quality of life* (ADRQL) [RABINS ET AL. 2000], *Dementia quality of life* (DQoL) [BROD ET AL. 1999], *Quality of life in dementia* (QOL-D) [ALBERT ET AL. 1996] oder *Quality of life in Alzheimer's disease* (QOL-AD) [LOGSDON ET AL. 2000]. An dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, dass sich die Skalen häufig bezüglich der Definition und Operationalisierung des Konstrukts Lebensqualität und in ihrem Skalen- sowie Itemumfang unterscheiden, da sie für unterschiedliche Demenzstadien und Pflegesettings konzipiert wurden [z. B. ENßLE 2010; MISSOTTEN ET AL. 2016]. Zudem sind sie häufig nur mit Blick auf Test-Retest- und/oder Interrater-Reliabilität sowie zur internen Konsistenz validiert; Daten zur Hypothesentestung im Rahmen der Analyse zur Konstruktvalidität und vor allem zur Veränderungssensitivität wurden bislang nur unzureichend berichtet [ASPDEN ET AL. 2014; ALGAR ET AL. 2014]. Der Gebrauch dieser Skalen ist darüber hinaus mit weiteren Problemen verbunden.

1.2.1 Etablierte Methoden und mögliche Probleme

Generell besteht bei standardisierten Befragungen vor allem zum subjektiven Wohlbefinden und zur Lebensqualität das Risiko einer Antwortverzerrung durch soziale Erwünschtheit, d. h. der Befragte passt etwa aufgrund bestimmter Konsequenzbefürchtungen seine Antwort den Erwartungen des Fragenden an [z. B. SCHNELL ET AL. 2011]. Dieses Phänomen tritt vor allem dann häufig auf, wenn Menschen, die in einem Abhängigkeitsverhältnis leben, etwa die Qualität einer Hilfeleistung, die Auswirkungen auf Ihre Zufriedenheit haben kann, beurteilen sollen [vgl. z. B. BMFSFJ, 2002; ESTERMANN & KNEUBÜHLER 2008]. So kann ein Bild von Bewohnern entstehen, die ein hohes Maß an Zufriedenheit mit der Versorgung und subjektiven Wohlbefindens aufweisen, das die tatsächlich unzureichende Passung zwischen den Strukturen und Angeboten der Pflegeeinrichtung und den individuellen Bedürfnissen, Ansprüchen und Präferenzen der Bewohner erheblich überschätzt.

Darüber hinaus stellt gerade bei Pflegeheimbewohnern mit fortgeschrittener Demenz eine Befragung zum subjektiven Wohlbefinden oder den individuellen psychosozialen Bedürfnissen aufgrund zunehmender Verluste der verbalen Kommunikationsfähigkeit bzw. Defiziten in der Sprache (z. B. Wortfindungsstörung, Benennstörung, Störung des Sprachverständnisses und der Sprachproduktion, Störungen der Wortflüssigkeit) eine besondere Herausforderung dar bzw. stößt an ihre Grenzen. Die Einschätzung der Lebensqualität von Menschen mit beeinträchtiger verbaler Kommunikationsfähigkeit erfolgt daher vornehmlich mittels Befragung von so genannten Proxys, z. B. Angehörigen oder anderen Bezugspersonen [z. B. ENßLE 2010; ASPDEN ET AL. 2014]. Problematisch bei der Anwendung von Proxy-Befragungen ist, dass 1) die Proxys, z. B. Auskunft gebende Angehörige oder Pflegekräfte, sich selbst und ihre Beziehungsgestaltung positiv verzerrt wiedergeben könnten und 2) man so nur die Außensicht, nicht aber die Innensicht der zu beurteilenden Person, d.h. der Bewohner, erfassen kann. Ergebnisse von Befragungen und Fremdeinschätzungsskalen können zwar sehr gute und für die Entwicklung von Interventionsmaßnahmen nutzbare Hinweise auf die aktuelle emotionale Befindlichkeit, d.h. das subjektive Wohlbefinden und die Lebensqualität bei MmD, geben, mit diesen Methoden kann aber die für die Erfahrungen der Bezogenheit so bedeutsame Interaktion zwischen Bewohnern und Pflegepersonen in Art und Ausmaß nur begrenzt und lückenhaft abgebildet werden.

Eine Möglichkeit, diesen (methodischen) Problemen zu begegnen und einen besseren Zugang zum subjektiven Wohlbefinden und zur Lebensqualität von MmD zu erhalten, ist die Nutzung anderer Methoden der empirischen Sozialforschung, beispielsweise die der teilnehmenden Beobachtung.

1.2.2 Der Nutzen der teilnehmenden Beobachtung

Die teilnehmende Beobachtung ist eine etablierte qualitative Methode, um soziale Phänomene in ihrer natürlichen Umgebung zu untersuchen. Alltägliches Handeln und unbewusste Verhaltensweisen lassen sich hierbei durch ein gezieltes Wahrnehmen einer Situation erfassen [KOCHINKA 2010]. ASPDEN ET AL. (2014) UND ALGAR ET AL. (2016) fassen einige Beobachtungsinstrumente zusammen, die bereits sehr gut etabliert sind. Zu nennen sind hier u. a. die *Philadelphia Geriatric Centre Affect Rating Scale* [LAWTON 1994], die *Quality of Interaction Scale* [DEAN ET AL. 1993], *AwareCare* [CLARE ET AL. 2012], *the Laurens Well-Being Inventory for Gerontopsychiatry* [VAN DER WOLF ET AL. 2018], die *Observed Emotion Rating Scale* [LAWTON ET AL. 1996], den *QUALIDEM* [ETTEMA ET AL. 2007; BOUMAN ET AL. 2011; deutsche Version: DITCHER ET AL. 2011] oder das *Dementia Care Mapping (DCM)* [BRADFORD DEMENTIA GROUP 1977]. Die bereits gut etablierten Beobachtungsinstrumente zur Erfassung der Lebensqualität bei MmD sind ähnlich wie Fremdbeurteilungsskalen und Fragebögen nur unzureichend umfassend validiert worden, d. h. unter Berücksichtigung einer Hypothesenprüfung und der Analyse der Veränderungssensitivität [ASPDEN ET AL. 2014].

Nichtsdestotrotz können Ergebnisse dieser Beobachtungsinstrumenten Hinweise darauf geben, dass MmD durchaus in der Lage sind, ihre Gefühle und Bedürfnisse verbal oder auch nonverbal auszudrücken [MEYER-KÜHLING 2016; KRUSE 2010; SCHILDER 2007]. Das Erkennen und die Analyse des emotionalen Ausdrucks von MmD, insbesondere derer, die zur verbalen Kommunikation nicht mehr in der Lage sind, kann dann Aufschluss über das Erleben der Person und über ihr subjektives Wohlbefinden geben und bietet so die Grundlage dafür, einen Zugang zu ihr zu finden. Zudem dient die teilnehmende Beobachtung dazu, spezifische Pflegehandlungen und Kommunikationsmuster der Pflegepersonen zu identifizieren, die einen direkten Einfluss auf das emotionale Befinden der Bewohner nehmen können.

Pflegepersonen stehen speziell während komplexer Pflegesituationen (zu nennen wäre hier insbesondere die Morgenpflege) vor der Herausforderung, ihre Pflegehandlungen an die institutionellen Rahmenbedingungen (z. B. Tagesstruktur der Einrichtung), personelle Ressourcen und räumliche Gegebenheiten anzupassen. Diese Rahmenbedingungen müssen mit den Anforderungen einer fachlich fundierten, empathischen und an den Bedürfnissen des Bewohners angepassten Pflege in Einklang gebracht werden. Gerade bei Bewohnern mit Demenz fällt es Pflegenden oft schwer, deren Vorlieben und Abneigungen im Zuge der Pflege zu erkennen und das Ausmaß des subjektiven Wohlbefindens zu deuten. Ein Beobachtungsinstrument, das zu einem vertiefenden Verständnis komplexer Pflegesituationen beiträgt und Pflegende dabei unterstützt, das subjektive Wohlbefinden des Bewohners anhand seines emotionalen Ausdrucks in Zusammenhang mit den eigenen Verhaltensweisen differenziert zu erfassen, ist deshalb von großer Bedeutung. Zudem können fundierte Beobachtungsergebnisse in Feedback-

bzw. Reflexionsgesprächen zur Förderung der Selbstreflexion von Pflegepersonen und Aneignung sowie Weiterentwicklung von Pflegekompetenz dienen, wie nachfolgendes Teilkapitel zeigt.

1.3 Die Bedeutung der Selbstreflexion von Pflegepersonen

1.3.1 Die Pflegekompetenz

Die heutigen komplexen Anforderungen an Pflegekräfte führen bei vielen zu einem enormen Druck, mit teilweise drastischen Auswirkungen auf die Professionalität der Pflege, und behindern häufig den Blick auf das Wesentliche im Umgang mit pflegebedürftigen Menschen; hier sind nicht etwa die praktischen Fertigkeiten, sondern das fachlich und ethisch begründete Pflegehandeln angesprochen, das vor allem die zwischenmenschliche Beziehung und Interaktion zwischen Pflegekraft und der pflegebedürftigen Person in den Vordergrund stellt und eine wichtige Komponente von Pflegekompetenz darstellt [vertiefend: OLBRICH 2018]. Es geht also nicht ausschließlich darum, die fachlichen Grundlagen pflegerischen Handelns zu erweitern („instrumentelles Motiv“), sondern auch darum, in einer ethisch überzeugenden Weise zu handeln („ethisches Motiv“) [KRUSE 2006]. In der heutigen Zeit in der Altenpflege tätig zu sein, bedeutet nicht zwingend, über ein ausreichendes Maß an Pflegekompetenz zu verfügen, ebenso wie es keine hinreichende Voraussetzung dafür ist, Pflegekompetenz automatisch zu erlernen oder diese weiterzuentwickeln bzw. zu vertiefen [LEVETT-JONES 2007]. Notwendig ist die Förderung spezifischer Prozesse, die es Pflegekräften ermöglichen, ihre bzw. die für eine gute Pflege erforderlichen Kompetenzen – vor allem mit Blick auf die fachlichen und ethischen Komponenten – zu verbessern. Damit geht die Frage einher, welche Faktoren die Pflegekompetenz bzw. die Komponente des fachlich und ethisch begründeten Pflegehandelns beeinflussen können.

1.3.2 Der notwendige Prozess der Selbstreflexion

ENG & PAI (2015) weisen darauf hin, dass die Pflegekompetenz vor allem durch Reflexionsprozesse beeinflussbar ist. Der Begriff Reflexion beinhaltet hier einerseits das kritische (Über-)Denken bzw. die Überprüfung von verbreiteten Annahmen, Einstellungen, Meinungen oder Urteilen (*“insights“*), andererseits die Selbstreflexion, die als gezielte Auseinandersetzung mit der eigenen Person, d.h. als die Selbstbeobachtung des eigenen Empfindens, Denkens und Handelns definiert werden kann [vertiefend: MEZIROU 1991; STAUDHAMMER 2018]. Durch Selbstreflexion werden die eigenen Stärken und Schwächen sichtbar, die Person erhält ein vertiefendes Verständnis über ihr Selbst und ihr Tun. Der Effekt auf die Pflegekompetenz lässt sich beispielsweise damit erklären, dass Reflexion als metakognitiver Prozess hilfreiche Mechanismen bei der Stressbewältigung in Gang setzen kann. Eine durch die Reflexion hervorgerufene Stressreduktion wirkt dann wiederum positiv auf das eigene Pflegehandeln bzw. die

Pflegekompetenz [ENG & PAI 2015]. Es ist zu vermuten, dass aber schon allein die aus Sicht der Pflegenden häufig neuen und/oder überraschenden Erkenntnisse einer Selbstevaluation im Prozess der Selbstreflexion, d.h. der Bewertung bzw. Beurteilung des eigenen Verhaltens, zu einer positiven Veränderung des Pflegehandelns führen. Es ist davon auszugehen, dass durch die Selbstreflexion festgefahrene, routinierte und depersonalisierende Handlungsmuster erkannt, kritisch hinterfragt und korrigiert werden können. Hier stellt die Selbstreflexion einen grundlegenden Prozess für die Weiterentwicklung und den Ausbau der bereits erworbenen Pflegekompetenz und damit für die Verbesserung der Pflegequalität in einer Einrichtung dar. Selbstreflexion kann aber auch bei Pflegepersonen, die sich z. B. noch in der Ausbildung befinden und über noch wenig Erfahrungswissen in dem Berufsfeld verfügen, besonders hilfreich sein, um verschiedene Komponenten von Pflegekompetenz besser zu verstehen und diese zu erlernen. Vor diesem Hintergrund wird deutlich, wie wichtig der Prozess der Selbstreflexion für den Kontext der Pflege bzw. für den Erhalt ihrer Professionalität ist.

1.3.3 Methodische Impulse für Selbstreflexion

Selbstreflexion und Selbstevaluation stellen sehr komplexe und herausfordernde Prozesse dar, die sich unter gewissen Umständen – z. B. vor allem bei unerfahreneren Pflegepersonen oder hoher Stressbelastung – nicht von alleine in Gang setzen können [KUIPER ET AL. 2009; BENNER 1992; LAURI & SALANTERA 1995; O'NEILL 1994]. Dafür braucht es aber Impulse und somit stellt sich die Frage, wie (Selbst-)Reflexions- und Selbstevaluationsprozesse in der Praxis angestoßen und gefördert werden können, um Pflegekompetenz zu erhalten, weiterzuentwickeln und auszubauen. Eine Form von narrativer Selbstreflexion, die eine auf Leitfragen basierende schriftliche Nacherzählung und Analyse einer spezifischen Situation oder von Vorfällen in der klinischen oder pflegerischen Praxis beinhaltet, ist als besonders wirksame Methode anerkannt [z. B. LEVETT-JONES 2007]. Die narrative Selbstreflexion umfasst nach LEVETT-JONES (2007) die (schriftliche) Beschreibung der Situation, der Handlungsmuster, Gedanken, Gefühle und bestimmte Beobachtungen in dieser Situation bzw. bei der Tätigkeit, die Identifikation von Stärken und Schwächen, die Identifikation von Lernzielen und die Entwicklung von Strategien, um diese Lernziele zu erreichen. Danach ergeben sich Möglichkeiten, denen die Implementierung dieser Strategien und die Umsetzung des Neuerlernten in der klinisch-pflegerischen Praxis folgen.

Neben der narrativen Selbstreflexion mithilfe von schriftlichen Nacherzählungen, kann auch das Gespräch zwischen Kollegen Impulse für eine tiefgreifende Selbstreflexion geben, indem auch hier gezielte und strukturierte Fragen zur (Pflege-)situation, zum Pflegehandeln, zu wahrgenommenen Stärken und Schwächen und Zielvorstellungen gestellt werden [z. B. ASSELIN & FAIN 2013]. Ein leitfragengestütztes, strukturiertes Reflexionsgespräch zwischen Kollegen eignet sich vor allem dann besonders gut, wenn nicht nur die Perspektive der Pflegeperson

(Selbstwahrnehmung bzw. Selbsteinschätzung der Situation, des eigenen Handelns, der Stärken und Schwächen), sondern auch die Perspektive einer außenstehenden „neutralen“ Person (Fremdwahrnehmung bzw. Fremdeinschätzung der Situation, des Handelns der Pflegeperson, der Stärken und Schwächen) berücksichtigt werden soll. Da den Sozialpsychologen LUFT & INGHAM (1955) zufolge eine deutliche Diskrepanz zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung vorliegen kann, ist es ratsam, nicht nur die Perspektive der Pflegeperson abzubilden, sondern auch die Perspektive des Beobachters zu erfragen. An dieser Stelle erscheint ein Verweis auf das sogenannte *Johari-Fenster* [LUFT & INGHAM 1955] und dessen Bereich des Blinden Flecks notwendig: Der Bereich des Blinden Flecks bezeichnet den Bereich des Verhaltens, der für andere Personen sichtbar und erkennbar, der aber der eigenen Person selbst oft nicht bewusst ist. Aus diesem Grund spricht man von einem „Blinden Fleck der Selbstwahrnehmung“. Eine differenzierte Rückmeldung oder die Abgleichung von Selbstwahrnehmung und Fremdwahrnehmung (LUFT & INGHAM sprechen von „Feedback“) führt dazu, dass blinde Flecken aufgedeckt bzw. verkleinert werden, da auf die Wirkung von unbedachten und unbewussten Verhaltensweisen hingewiesen wird. Das strukturierte Reflexionsgespräch kann demnach dazu dienen, die Diskrepanz zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung zu reduzieren. Eine Bedingung dafür ist, dass das Reflexionsgespräch auf Ergebnissen basiert, die mittels eines standardisierten Beobachtungsinstruments erfasst und dokumentiert worden sind, damit auch eine fundierte Rückmeldung an die Pflegeperson gegeben werden kann. Durch das Nutzen von Beobachtungsergebnissen können sich die Gesprächspartner auf konkrete Punkte wie beispielsweise Ansprache, Blickkontakt, Reaktionen der pflegebedürftigen Person, Störfaktoren aus der Umwelt während der Pflege oder die Auswahl von Gesprächsthemen beziehen. Verbesserungspotenziale können anhand von konkreten Beispielen aufgezeigt und dementsprechende Veränderungsmaßnahmen abgeleitet werden. Auch positive Rückmeldungen werden durch die Orientierung an eine beobachtete Situation für die Pflegeperson besser nachvollziehbar.

Selbstreflexion im Pflegekontext zu fördern, ist ein wichtiges Kriterium, wenn es um die Frage nach der Professionalität der Pflege, Pflegequalität und Pflegekompetenz geht. Sie muss ein wichtiger Bestandteil der Pflegeaus- und weiterbildung, aber auch des internen Qualitätsmanagements sein, da sie der Stärkung der Fachlichkeit einer jeden Pflegeeinrichtung in besonderem Maße dienen kann.

1.4 Zentrales Ziel von H.I.L.DE.-QS

H.I.L.DE.-QS basiert auf dem „Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität Demenzkranker“ (H.I.L.DE.) [BECKER ET AL. 2011] sowie auf Erkenntnissen, die aus dem Vorgängerprojekt „Entwicklung eines Instruments zur Erfassung der erlebten Lebensqualität als Komponente der Ergebnisqualität in der Pflege gerontopsychiatrisch Erkrankter im Rahmen des

Qualitätsprüfungsverfahrens des MDK“ (H.I.L.DE.-MDK) aus dem Jahr 2011 vorliegen [vgl. KIMMEL ET AL. 2011]. H.I.L.DE.-QS verfolgt das übergeordnete Ziel, MmD vom Objekt zum Subjekt einer Untersuchung zur Erfassung der Lebensqualität zu machen, indem die Bedeutung der „Personenperspektive“ betont wird [KRUSE 2008, 2011; SABAT 1994]. Auf der Grundlage einer umfassenden Befragung von Bewohnern mit Demenz mit Blick auf ihre Lebensqualität und ihre Möglichkeit der Bewertung des Lebensumfelds, einer Beobachtung der Kommunikationsmuster der Pflegeperson auf der einen und des emotionalen Ausdrucks des Bewohners auf der anderen Seite sowie der Durchführung eines Reflexionsgesprächs (► vertiefend Kap. 2.4.1 und Anhang), ist es das Ziel von H.I.L.DE.-QS, zu einer differenzierten Einschätzung des subjektiven Wohlbefindens von MmD im Zusammenspiel der Kommunikationsmuster von Pflegepersonen zu gelangen, die als Grundlage für Interventionen zur Förderung der Lebensqualität der Bewohner, der Zufriedenheit der Pflegekräfte und der Pflegequalität dienen kann.

H.I.L.DE.-QS – hier ist besonders auf das Akronym „QS“ für „Qualitätssicherung“ zu verweisen – nimmt damit wichtige Qualitätskriterien bzw. -anforderungen an Einrichtungen der stationären Altenpflege in den Blick und eignet sich für eine Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in die Praxis. Das Instrument kann einen Beitrag zur Förderung der Ergebnis-, Struktur- und Prozessqualität leisten, indem es der Überprüfung der Wirksamkeit pflegerischer Maßnahmen mit Blick auf das Wohlbefinden bzw. die Lebensqualität der Bewohner, der Förderung der Qualifikation und Kompetenzen der Pflegekräfte und der Interventionsplanung auf Basis fundierter Ergebnisse aus der Datenerhebung dient.

1.5 Fragestellungen und Projektziele

Da bislang keine validen, zuverlässigen, veränderungssensitiven und praktikablen Beobachtungsinstrumente existieren bzw. im Pflegekontext etabliert sind, welche zentrale Dimensionen der Lebensqualität von Menschen mit Demenz, insbesondere das subjektive Erleben anhand der Erfassung der emotionalen Ausdrucksmöglichkeiten der Betroffenen in Zusammenhang mit den Kommunikationsmustern von Pflegepersonen, abbilden, stellt die langfristige, möglichst flächendeckende Implementierung von H.I.L.DE.-QS und damit die Erarbeitung einer Strategie zur bundesweiten Einführung des Instruments ein übergeordnetes Projektziel dar. Mit diesem Projektziel ist folgende zentrale Forschungsfrage verknüpft:

Welche Strategie kann für eine flächendeckende, bundesweite Implementierung von H.I.L.DE.-QS entwickelt werden bzw. was sind zentrale Anforderungen an eine Implementierung des Instruments H.I.L.DE.-QS in der stationären Langzeitpflege?

Eine Implementierung von H.I.L.DE.-QS und damit seine regelmäßige Anwendung in der Pflegepraxis setzt aber voraus, dass das Instrument ausreichend validiert und seine Wirksamkeit auf die Lebensqualität von MmD und auf das Kommunikationsverhalten der Pflegekräfte nachgewiesen wurde. Daher stellen 1) die umfassende Validierung und 2) die Wirksamkeitsüberprüfung von H.I.L.DE.-QS die primären Forschungsziele dar.

1.5.1 Die Validierung von H.I.L.DE.-QS

Ein Erhebungs- bzw. Testverfahren muss bestimmten Qualitätsanforderungen bzw. Testgütekriterien entsprechen. Grundsätzlich sollte ein Testverfahren valide, reliabel, zur Erfassung von Effekten einer Intervention auch veränderungssensitiv und praktikabel sein [TERWEE ET AL. 2007].

Reliabel ist ein Testverfahren dann, wenn es das, was es misst, auch zuverlässig misst. Es gibt verschiedene Arten der Reliabilitätsanalyse, d. h. sie lässt sich auf unterschiedliche Weise berechnen. Zu unterscheiden sind die Test-Retest Reliabilität, die Split-Half-Methode und die Konsistenzanalyse. Für die Validierung der Messverfahren, die bei MmD Anwendung finden, werden eher selten die klassischen Methoden zur Reliabilitätsprüfung, insbesondere die Test-Retest Reliabilität angewandt [WILOTH ET AL. 2016]. Dies ist darauf zurückzuführen, dass MmD aufgrund demenzspezifischer Symptome wie Aufmerksamkeitsdefizite oder Defizite in exekutiven Funktionen eine hohe Variabilität einer Testleistung aufweisen. Derartige demenzspezifische Merkmale können also die Reproduzierbarkeit der Messergebnisse behindern. Daher lag der Fokus auf die Analyse der Interrater-Reliabilität von H.I.L.DE.-QS., die das Gütekriterium der Reliabilität mit dem der Objektivität in Verbindung setzt; sie ist ein statistisches Maß für die interindividuelle Objektivität eines Messverfahrens. Die Interrater-Reliabilität misst die Übereinstimmung zwischen zwei oder mehreren Personen, die das gleiche Instrument anwenden bzw. die gleichen Daten auswerten und interpretieren.

Die Validität ist dann gegeben, wenn ein Testverfahren das, was es zu messen vorgibt (etwa zentrale Dimensionen der Lebensqualität), auch tatsächlich misst. Ohne Objektivität und Reliabilität kann allerdings nicht das gemessen werden, was man messen möchte. Diese sind also als notwendige, jedoch nicht als hinreichende Voraussetzung für Validität zu nennen. Weitere Methoden zur Bestimmung der Validität sind notwendig, z. B. die Inhalts- und die Konstruktvalidität. Im Prinzip stellt die Validität hier die inhaltliche Übereinstimmung (Korrelation) zu einem theoretischen Konstrukt (z. B. Lebensqualität) oder mit einem Außenkriterium (z. B. einem anderem Testverfahren) dar. Inhalts- und Konstruktvalidität sind eng miteinander verknüpft.

Ein Testverfahren ist veränderungssensitiv, wenn es in der Lage ist, Veränderungen abzubilden. Die Praktikabilität ist etwa gegeben, wenn das Testverfahren vor dem Hintergrund institutioneller Rahmenbedingungen mit zumutbarem Aufwand durchzuführen sowie auszuwerten ist.

Daraus ergeben sich für die Validierung von H.I.L.DE.-QS zentrale Forschungsfragen mit Blick auf relevante Testgütekriterien, nämlich 1) auf die Konstrukt- und Inhaltsvalidität, 2) Interrater-Reliabilität, 3) Veränderungssensitivität und 4) Praktikabilität:

- 1) Erfasst H.I.L.DE.-QS zentrale Dimensionen der Lebensqualität von Menschen mit Demenz im Rahmen der pflegerischen Versorgung?**
- 2) Ermöglicht der Einsatz von H.I.L.DE.-QS eine reliable und objektive Einschätzung des emotionalen Ausdrucks von Bewohnern mit beeinträchtigter verbal-kommunikativen Kompetenz und der Interaktionsqualität zwischen Pflegenden und Bewohnern im Rahmen der pflegerischen Versorgung?**
- 3) Ermöglicht der Einsatz von H.I.L.DE.-QS die Erfassung bzw. Abbildung bedeutsamer Veränderungen der Emotionalität der Bewohner/Innen und der Kommunikationsmuster der Pflegepersonen?**
- 4) Ist H.I.L.DE.-QS ein für die stationäre Langzeitpflege praktikables Befragungs- und Beobachtungsinstrument?**

1.5.2 Wirksamkeitsüberprüfung von H.I.L.DE.-QS

In Deutschland sind in den letzten Jahren viele Projekte aus dem Bereich der Gerontologie und Pflegewissenschaft gefördert worden. Die gerontologische und pflegewissenschaftliche Forschung kann einen großen Beitrag zur Verbesserung der Lebenssituation älterer Menschen und deren Umwelt leisten. So kann H.I.L.DE.-QS Pflegenden für eine Realisierung positiver Kommunikationsmuster und eine zielgerichtete Beobachtung der Bewohner sensibilisieren. H.I.L.DE.-QS soll einen vertiefenden kollegialen Austausch fördern und ihn dabei so strukturieren, dass die Pflegenden lernen, sich gegenseitig kritische Rückmeldung zu geben, diese auch fundiert zu begründen und Handlungsstrategien für den Pflegealltag abzuleiten. Damit ist das Ziel verbunden, die Lebensqualität demenziell erkrankter Bewohner im Zuge der pflegerischen Versorgung zu verbessern, indem positive wie negative Emotionen durch die Pflegenden regelmäßig erfasst, mit dem eigenen Verhalten selbstkritisch in Verbindung gebracht und mögliche Interventionsmaßnahmen zeitnah abgeleitet werden. Langfristig kann sich die erhöhte Sensibilität für die eigenen Kommunikationsmuster sowie für den emotionalen Ausdruck von Bewohnern positiv auf die subjektiven Kontrollüberzeugungen und die Arbeitszufriedenheit der Pflegenden auswirken [z. B. BENNER 1994; JOHNS 2000; RUBIN 2000].

Ein wichtiges Projektziel war es, die positive Wirksamkeit von H.I.L.DE.-QS zu überprüfen. Dabei sollten signifikante Effekte auf die Emotionalität der Bewohner/Innen und die Kommunikationsmuster der Pflegepersonen nachgewiesen werden. In diesem Zusammenhang war es auch Ziel, Interventionsmaßnahmen zu identifizieren, welche die vermutete Verbesserung der

Emotionalität der Bewohner hervorgerufen haben könnten. Aus diesen Zielformulierungen wurden weitere Fragestellungen für das Projekt abgeleitet:

- 5) Führt der Einsatz von H.I.L.DE.-QS zu signifikanten positiven Veränderungen der Kommunikationsmuster der Pflegeperson und des emotionalen Ausdrucks der Bewohner/Innen?**
- 6) Lassen sich auf Grundlage von H.I.L.DE.-QS wirksame Maßnahmen zur Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit Demenz entwickeln?**

Zudem war das Projekt bestrebt, den möglichen Zusammenhang einer durch eine regelmäßige und langfristige Anwendung von H.I.L.DE.-QS hervorgerufenen stärkeren Sensibilität mit Blick auf das subjektive Wohlbefinden von MmD im Zusammenspiel der Kommunikationsmuster von Pflegepersonen auf die subjektiven Kontrollüberzeugungen und damit eine größere Zufriedenheit aller Pflegekräfte in der Einrichtung aufzuzeigen.

- 7) Hat die regelmäßige Anwendung von H.I.L.DE.-QS einen positiven Einfluss auf die Zufriedenheit aller Pflegepersonen der betreffenden Einrichtung und ist dies auf veränderte subjektive Kontrollüberzeugungen und eine Reduktion des beruflichen Belastungserlebens zurückzuführen?**

An dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, dass mit dieser letzten Forschungsfrage ein für dieses Projekt eher untergeordnetes Ziel verbunden war, was aber ein wichtiger Gegenstand weiterführender Forschungsvorhaben wäre, die längere Beobachtungszeiträume vorsehen.

2. Methodik

2.1 Studiendesign

Bei dem Projekt handelt es sich um eine beobachtende, prospektive Längsschnittstudie mit zwei Messzeitpunkten (U1 und U2) in einem Abstand von einer bis zwei Wochen zur Erfassung potenzieller Effekte durch den Einsatz von H.I.L.DE.-QS auf das subjektive Wohlbefinden der Pflegeheimbewohner im Zusammenhang mit dem Kommunikationsverhalten der Pflegepersonen. Die zum ersten Messzeitpunkt mittels H.I.L.DE.-QS erhobenen Baseline-Daten (U1) dienen ergänzend der Validierung des Instruments. Daher kann das Projekt als Implementierungs- und Validierungsprojekt verstanden werden.

Wenn die wissenschaftliche Arbeit „*erstens das Verhältnis von Theorie und Praxis kritisch reflektiert, zweitens die Einführung eines technisch orientierten Transferprozesses überwindet*

und drittens den Mut hat, nicht nur den Blick auf einzelne klinische Aspekte zu lenken, sondern die Gesamtsituation der Betroffenen (und damit die organisations- und kontextbezogenen Faktoren) stärker zu beachten.“ [BRANDENBURG 2016, S. 58], trägt dies zur Verbesserung der Lebenssituation pflegebedürftiger Menschen bei. Um diese Rahmenbedingungen zu berücksichtigen, sollten Forschungsarbeiten, in denen vor allem die Förderung der Lebensqualität im Zentrum steht, von vornherein die Zielgruppe in den Forschungsprozess mit einbeziehen [EICHER ET AL. 2016, S. 267].

Zentral für den Projektansatz ist es, Wissenschaft und (Pflege-)Praxis nicht erst nach dem Forschungsprozess (Validierung und Wirksamkeitsüberprüfung) zu verknüpfen, sondern die Pflegeeinrichtungen direkt in den Forschungsprozess zu integrieren. Von vornherein wurde die traditionelle Trennung zwischen beobachtendem Wissenschaftler und Forschungsobjekt durch eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit der wissenschaftlichen Projektmitarbeiter und der Pflegeheime bzw. Pflegekräfte ersetzt. Die wesentliche Forschertätigkeit der Datenerfassung zur Validierung und Wirksamkeitsüberprüfung von H.I.L.DE.-QS wurde somit den Praktikern überlassen, die ja letztendlich das Instrument langfristig auch anwenden sollen. So konnte von vornherein ein Praxistransfer von Forschungsergebnissen von H.I.L.DE.-QS gewährleistet werden, indem wichtige organisations- und kontextabhängige Faktoren berücksichtigt wurden. Diese Forschungsmethode stellt eine besondere Stärke des Projekts dar.

2.2 Rekrutierung der Stichprobe

Nach dem Auftakt des Projekts Ende 2017 wurden in einem ersten Schritt Pflegeeinrichtungen im Rhein-Neckar-Kreis sowie Einrichtungen aus der Umgebung von Essen kontaktiert, um diese für eine Teilnahme an dem Projekt zu gewinnen. Anschließend erfolgte der Versand einer Einladung sowie eines kurzen Informationsschreibens zum Projekt an die jeweiligen Einrichtungsleitungen, als auch persönliche Besuche in den Einrichtungen zur Klärung möglicher Fragen. Die Rekrutierungsphase wurde Mitte Februar 2018 abgeschlossen.

Die Rekrutierung der teilnehmenden Bewohner wurde von den Einrichtungen übernommen. Bei den Bewohnern sollte ein Verdacht auf eine Demenz oder eine gesicherte Demenzdiagnose vorliegen. Ziel war es, eine heterogene Stichprobe vor allem mit Blick auf die verbale Kommunikationsfähigkeit zu ziehen. Auf weitere Teilnahmekriterien (Alter, Geschlecht, bestimmte körperliche, psychische und/oder andere neurologische Erkrankungen und Schweregrad der Demenz bzw. Demenzursache) wurde verzichtet, da diese aus Sicht der Projektmitarbeiter keinen besonderen Einfluss auf das erwartete Forschungsergebnis haben. Auch für die Auswahl der zu beobachtenden Pflegepersonen, die ebenfalls von den Einrichtungen übernommen wurde, lagen keine Ausschlusskriterien für eine Teilnahme an unserem Projekt vor.

Alle potenziellen Studienteilnehmer, d. h. die Pflegepersonen, Bewohner und - sofern vorhanden - bevollmächtigten Personen (gesetzlicher Vertreter oder Angehörige) wurden von den Einrichtungen über Inhalte und Ziele des Projekts mündlich und schriftlich aufgeklärt. Von allen Teilnehmern wie auch von der jeweiligen Heimleitung wurde das schriftliche Einverständnis zur Teilnahme an der Studie eingeholt.

2.3 Der Projektablauf

Im Folgenden ist der Ablauf einzelner Projektschritte, die der Rekrutierung der Pflegeeinrichtungen folgten, kurz beschrieben und veranschaulicht. Eine ausführliche Darstellung der entsprechenden Erhebungsverfahren mit detaillierten Erläuterungen zur Durchführung findet sich in Kap. 2.4.

2.3.1 Die H.I.L.DE.-QS Schulung

Grundlage für das Projekt war die Konzeption und Durchführung eines umfassenden, zweitägigen Schulungsprogramms mit insgesamt 14 Lerneinheiten für professionell Pflegende. Zur Erprobung und Implementierung von H.I.L.DE.-QS sollten so aus allen teilnehmenden Einrichtungen zwei bis vier Pflegefachkräfte zu sogenannten H.I.L.DE.-QS Beauftragten qualifiziert werden. Als Ausgangspunkt für die Konzipierung des Schulungsprogramms wurden folgende wesentliche Lernziele festgelegt: 1) das Wissen über zentrale Kommunikationsmuster professionell Pflegenden, 2) die Vielfalt emotionaler Ausdrucksfähigkeit von Menschen mit Demenz, 3) Besonderheiten bei der Durchführung einer teilnehmenden Beobachtung und deren ethische Implikationen, 4) konkrete Anforderungen an die Durchführung eines Reflexionsgesprächs und an die Moderation einer Fallbesprechung.

Auf Basis der festgelegten Lernziele bzw. Schulungsinhalte erfolgte die vertiefende Konzipierung des zweitägigen H.I.L.DE.-QS Schulungsprogramms (► siehe Anhang). Während des ersten Schultages wurde eingangs für ein besseres Verständnis des H.I.L.DE.-QS Instruments das notwendige theoretische Wissen zum Thema „Kommunikation bei Demenz und in der Pflege“ (u. a. kognitive Defizite und emotionale Potenziale von Menschen mit Demenz sowie Asymmetrie der Kommunikation in komplexen Pflegesituationen) vermittelt. Anschließend wurde den Teilnehmerinnen und Teilnehmern die Bestandteile des Instruments (Befragungs- und Beobachtungsteil sowie Reflexionsgespräch) anhand zahlreicher Schulungsmaterialien¹ und einer anschaulichen Präsentation näher gebracht. Der zweite Tag der Schulung

¹ Alle Schulungsteilnehmerinnen und -teilnehmer erhielten jeweils einen H.I.L.DE.-QS Schulungsordner mit einem Wegweiser, Handouts der Schulung sowie einer Checkliste für die Implementierung. Zudem erhielten die jeweiligen Einrichtungen einen H.I.L.DE.-QS Dokumentenordner mit allen nötigen Projektunterlagen (Testverfahren, Fragebögen, Aufklärungsschreiben und Einverständniserklärungen).

beinhaltete – darauf aufbauend – praktische Übungen zur Anwendung des H.I.L.DE.-QS Instruments insbesondere mit Blick auf das Erkennen und Analysieren von Emotionen (verschiedene Rollenspiele und beispielhafte Videoanalysen von Pflegesituationen). Zudem wurden den Teilnehmern Tipps und Anleitungen für einen konstruktiven und zugleich strukturierten kollegialen Austausch und eine Selbstreflexion vermittelt. Auch wurden ihnen für eine erfolgreiche und reibungslose Erprobung und Implementierung des Instruments die wesentlichen und notwendigen Projektschritte anhand ergänzender Schulungsmaterialien wie etwa der Wegweiser inklusive Checkliste (► siehe Anhang) in allen Einzelheiten erläutert. Ergänzende Erhebungsverfahren (► vgl. Kap. 2.4.2) wurden den Schulungsteilnehmern in einer ergänzenden Lerneinheit an Tag 2 der Schulung vorgestellt.

Alle Inhalte der Schulung wurden theoretisch fundiert und mit dem Ziel praktisch eingeübt, H.I.L.DE.-QS in der teilnehmenden Pflegeeinrichtung erproben und implementieren zu können. Für die Anwendung des Untersuchungsinstrumentes zum Zwecke pflegeheiminterner Qualitätssicherung konnten die Teilnehmenden dieser Schulung daher als Ansprechperson fungieren und die Erprobung des Instruments organisieren und koordinieren. Die H.I.L.DE.-QS Beauftragten trugen für die direkt nach den Schulungen geplante Implementierung des Instruments in den Pflegealltag sowie für die damit einhergehenden Fallbesprechungen in ihrer Einrichtung Verantwortung.

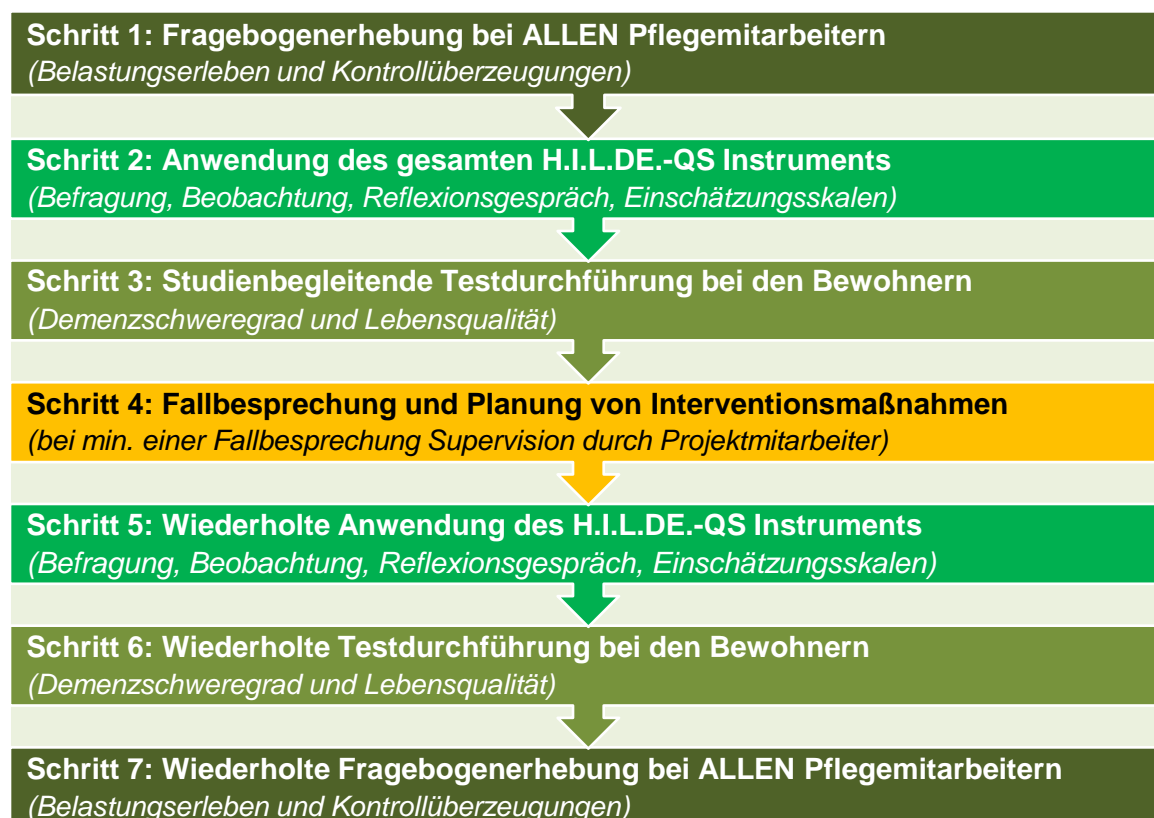
Das Schulungskonzept wurde zunächst in einem ganztägigen Pretest unter Beteiligung von insgesamt 7 Personen, darunter Studentinnen und Studenten bzw. Doktorandinnen und Doktoranden des Instituts für Gerontologie und des Netzwerks Altersforschung, einer Projektmitarbeiterin des MDS sowie der Studienberatung für den Lehramtsstudiengang Gerontologie, Gesundheit und Gesellschaft (Care) an der Universität Heidelberg durchgeführt. Dieser Pretest sollte dazu dienen, Abläufe der Lerneinheiten sowie Schulungsmaterialien zu ergänzen und zu modifizieren.

2.3.2 Zentrale Schritte der Erprobungsphase im Überblick

Die Erprobungsphase gliederte sich in folgende Schwerpunkte: 1. Baseline Fragebogenuntersuchung der Mitarbeiter der Pflegeeinrichtungen zur Erfassung des subjektiven beruflichen Belastungserlebens und der Kontrollüberzeugungen, 2. Ergänzende Baseline Untersuchung des Demenzschweregrads und der Lebensqualität, 3. Baseline Untersuchung von Bewohnern mit H.I.L.DE.-QS, 4. Durchführung von Fallbesprechungen auf der Grundlage der H.I.L.DE.-QS Ergebnisse von U1 mit Supervision durch die Projektmitarbeiter, 5. H.I.L.DE.-QS Post-Untersuchung (U2), 6. Ergänzende Post-Erhebung zu Demenzschweregrad und Lebensqualität 7. Post-Fragebogenerhebung zur Erfassung des subjektiven beruflichen Belastungserlebens und der Kontrollüberzeugungen (► Abb. 2).

Für die gesamte Erprobung war eine Dauer von insgesamt 6 Monaten angedacht. Für die Planung bzw. Terminierung der einzelnen Schritte waren die H.I.L.DE.-QS Beauftragten in ihrer Einrichtung verantwortlich. Ihre intensive Begleitung durch das Projektteam hat sich im Hinblick auf eine reibungslose und fehlerfreie Projektdurchführung als sinnvoll und notwendig erwiesen. E-Mail-Kontakte, regelmäßige Telefonate sowie persönliche Besuche in den Einrichtungen hatten zum einen das Ziel, das Engagement der beteiligten Mitarbeiter/Innen zu würdigen, sie zum anderen aber auch bei der Planung und Umsetzung der einrichtungsbezogenen Projektschritte zu unterstützen. Von Beginn an bestand dadurch die Möglichkeit, potenzielle Unsicherheiten bei der Anwendung des Instruments und der ergänzenden Erhebungsverfahren bereits im Vorfeld zu erkennen und Fehler zu verhindern. Durch einen transparenten Umgang konnten alle Beteiligten von den Erfahrungen Einzelner profitieren.

Abbildung 2: Überblick über einzelne Schritte der Erprobungsphase in den Einrichtungen



Nach Abschluss der Erprobungsphase in den Pflegeeinrichtungen folgten ergänzend Expertenratings zur Überprüfung der Inhaltsvalidität von H.I.L.DE.-QS und insgesamt zwei Fokusgruppendifkussionen mit den H.I.L.DE.-QS Beauftragten und jeweils einem MDK Prüfer aus der ersten Projektphase mit Blick auf die Frage der Praktikabilität und zur Festlegung von Konsequenzen der Implementierung des Instruments.

2.4 Datenerhebung und -auswertung

Die Datenerhebung erfolgte im Wesentlichen unter Verwendung von H.I.L.DE.-QS, aber auch ergänzender Testverfahren und Messmethoden, die sich für die Beantwortung der Fragestellungen besonders eigneten. Die einzelnen Messmethoden werden im Folgenden kurz erläutert.

Die Datenauswertung der einzelnen unten erläuterten Messverfahren erfolgte quantitativ mittels der Statistiksoftware IBM SPSS Statistics Version 25 und/oder qualitativ mittels der Inhaltsanalysesoftware MAXQDA.

2.4.1 Erhebungen mittels H.I.L.DE.-QS

H.I.L.DE.-QS legt den wesentlichen Schwerpunkt auf die systematische, teilnehmende Beobachtung einer Pflegesituation, wobei einerseits bestimmte Verhaltensweisen durch die Pflegepersonen, mit denen der Bewohner in einer Pflegesituation konfrontiert wird, identifiziert werden können (Frage nach den Kommunikationsmustern der Pflegepersonen). Andererseits kann durch die Anwendung von H.I.L.DE.-QS in Erfahrung gebracht werden, welche Reaktionen der Bewohner auf diese Verhaltensweisen zeigt (Frage nach den emotionalen Ausdrucksmöglichkeiten) (► Abb. 3).

Abbildung 3: Die zentralen Outcomes von H.I.L.DE.-QS



Der Beobachtungsteil wurde durch ein Befragungsverfahren zur Erfassung der Lebensqualität der Bewohner sowie eine Einschätzungsskala zur Beurteilung der Gesamtatmosphäre der Pflegesituation (Qualität der Interaktion zwischen Bewohner und Pflegeperson) erweitert (► Anhang). Mit der Integration einer Anleitung zu einem Reflexionsgespräch enthält das Instrument zusätzlich zu einer reinen Bewertungsperspektive die Möglichkeiten zur strukturierten Reflexion und Rückmeldung für die beobachtete Pflegeperson sowie zur Identifikation von Veränderungsbedarfen (► Anhang).

Im Folgenden sind die Inhalte von H.I.L.DE.-QS beschrieben. Auf eine detaillierte Beschreibung wird an dieser Stelle verzichtet – eine solche findet sich im H.I.L.DE.-QS Manual (► siehe Anhang).

Teil A „Angaben zum Bewohner“ dient der Dokumentation von Angaben zum Geschlecht, zum Pflegegrad, zum Alter sowie Einzugsdatum des Bewohners. Zudem ist die verbale Kompetenz des Bewohners in Anlehnung an das Begutachtungsinstrument zur Einschätzung der Pflegebedürftigkeit nach § 18 SGB XI zu erfassen. Teil B „Angaben zur Pflegeperson“ erfasst Daten über die Person, die die Pflege in der beobachteten Situation durchführt. Aus Datenschutzgründen werden jedoch ausschließlich das Geschlecht, die Ausbildung und ggf. Weiterbildungsaktivitäten erfragt. Teil C „Befragung des Bewohners“ gliedert sich in acht inhaltliche Schwerpunkte (► Anhang; S. 12ff. Manual). Das Fragenformat ist offen gestaltet, sodass der Bewohner die Möglichkeit hat, frei auf die Fragen zu antworten. Die Antworten auf die offenen Fragen sind möglichst wortgetreu zu notieren. Teil D „Teilnehmende Beobachtung“ erfolgt mithilfe eines vorgefertigten Beobachtungsschemas nach den Grundsätzen einer passiv-teilnehmenden Beobachtung (► Anhang S. 17ff. Manual). Erfasst werden die Begrüßung, der Transfer, die Kommunikationsmuster der Pflegeperson in der Beobachtungssituation sowie der emotionale Ausdruck des Bewohners in der Beobachtungssituation. Im Anschluss können zwei Beispiele aus der Beobachtungssituation näher beschrieben werden. Abschließend erfolgt die Einschätzung der Gesamtatmosphäre während der beobachteten Situation. Hier ist anzukreuzen, wie die Interaktion insgesamt zu bewerten ist (► Anhang S. 26ff. Manual). Teil E „Reflexionsgespräch“ ist im Anschluss an die Beobachtung vorgesehen. Aus diesem Gespräch sollen eine gemeinsame Reflexion der positiven und negativen Aspekte sowie daraus resultierende Handlungsnotwendigkeiten hervorgehen. Das Reflexionsgespräch beinhaltet dabei eine Selbsteinschätzung der beobachteten Pflegeperson sowie eine Rückmeldung des Beobachters. Teil F „Schmerzerfassung“ ist ein separater Befragungsteil in dessen Rahmen das Schmerzerleben des Bewohners mithilfe einer Fremdeinschätzung durch die beobachtete Pflegeperson ermittelt wird. Das Erfassen von akuten und chronischen Schmerzen, ob und wie ein mögliches Schmerzerleben evaluiert wird und wie das übliche Verfahren im Umgang mit demselben ist, sind die Hauptaspekte von Teil F. Teil G „Angaben zur Einrichtung“ befasst sich mit Informationen zur Häuslichkeit und Gemütlichkeit des Bewohnerzimmers sowie der Gesamtatmosphäre der Einrichtung. Bei der Beurteilung der Häuslichkeit und Gemütlichkeit ist darauf zu achten, dass diese aus der Perspektive des MmD betrachtet wird.

Die Daten, die mittels H.I.L.DE.-QS erhoben wurden, wurden sowohl quantitativ (Emotionalität der Bewohner und Kommunikationsmuster der Pflegeperson, Beurteilung der Gesamtatmosphäre, Schmerz, Bewohnerzimmer und Bewertung der Einrichtung), als auch qualitativ

(Reflexionsgespräche) ausgewertet. Von einer vertiefenden qualitativen Auswertung des Befragungsteils wurde abgesehen; einzelne Aussagen der H.I.L.DE.-QS Beauftragten wurden aber zur Interpretation der quantitativ ausgewerteten Daten herangezogen.

2.4.2 Ergänzende Testverfahren und Messmethoden

Fragebogen zur Erhebung der Pflegeheimstrukturen

Während der Rekrutierungsphase der Pflegeeinrichtungen wurde ein Fragebogen zur Erfassung von Pflegeheimstrukturen, die für die Forschungsfragen relevant sind, konzipiert (► siehe Anhang). Der Fragebogen erfasst insgesamt fünf Strukturbereiche (1. Fort- und Weiterbildungsangebote, 2. Entlastungsangebote, 3. Leitbild der Einrichtung, 4. Rahmenbedingungen und 5. Internes Qualitätsmanagement) und beinhaltet insgesamt 16 Items. An Tag 2 der jeweiligen Schulungen wurde der Fragebogen an die Schulungsteilnehmer verteilt und vor Ort von diesen bearbeitet. Der Fragebogen wurde quantitativ unter Verwendung deskriptiver Statistiken (prozentuale Häufigkeitsverteilung) mittels SPSS ausgewertet.

Fragebögen zur Erfassung des Belastungserlebens und der Kontrollüberzeugungen

Im Rahmen des Projekts waren im Vorfeld sowie im Anschluss an die H.I.L.DE.-QS Erhebung ergänzende Erhebungen vorgesehen. Die Auswirkungen der Implementierung von H.I.L.DE.-QS auf die Pflegenden wurden mittels einer ebenfalls im Längsschnitt durchgeführten Fragebogenuntersuchung erfasst, an der alle in der Pflege tätigen Mitarbeiter teilnahmen. Diese wurde direkt nach der H.I.L.DE.-QS Schulung und nach der Interventionsphase durchgeführt (► Abb. 2, Kap. 2.3.2).

In der Fragebogenerhebung wurden die subjektive berufliche Belastung und Kontrollüberzeugungen mit zwei etablierten Skalen erfasst: das Beanspruchungsscreening bei Humandienstleistungen (BHD) [HACKER & REINHOLD 1999] und die *Internality, Powerful Others, and Chance Scales* (IPC) [KRAMPEN 1981]. Der BHD erfasst die subjektiv wahrgenommene Arbeitsbeanspruchung durch organisations-, tätigkeits- und klientenbedingte psychische Faktoren. Er umfasst die Bereiche emotionale Erschöpfung, Aversion gegen Bewohner/Patienten, reaktives Abschirmen, (Un-) Zufriedenheit mit der Arbeit sowie die intrinsische Motivierung. Der IPC erfasst die internalen Kontrollüberzeugungen, d.h. die Überzeugung, dass ein positives oder negatives Ereignis die Konsequenz des eigenen Verhaltens ist, und die externalen Kontrollüberzeugungen, d.h. die Überzeugung, dass ein Ereignis unabhängig vom eigenen Verhalten wahrgenommen wird.

BHD und IPC wurden quantitativ mittels deskriptiver Statistik unter Verwendung von SPSS ausgewertet. Die Ergebnisse wurden zur finalen Datenauswertung zusätzlich zur Interpretation der Ergebnisse der H.I.L.DE.-QS Erhebungen herangezogen.

Fragebögen zur Erfassung des Demenzschweregrads und der Lebensqualität

Zur Sicherung der Konstruktvalidität von H.I.L.DE.-QS und für die Beschreibung der Bewohnercharakteristik wurde für das jeweilige Outcome eine ergänzende Skala genutzt und jeweils nach den H.I.L.DE.-QS Erhebungen U1 und U2 von den H.I.L.DE.-QS Beauftragten bei den Bewohnern durchgeführt (► Abb. 2, Kap. 2.3.2).

Die Einschätzung des Schweregrads einer demenziellen Erkrankung zur Beschreibung des Kollektivs wurde mittels der *Global Deterioration Scale* (GDS) [REISBERG ET AL. 1982] erhoben. Mit der GDS wird der Demenzschweregrad auf einer siebenstufigen Skala, die von „keine kognitive Einschränkung“ bis hin zu „sehr schwere kognitive Einschränkung“ reicht, beurteilt. Als Vergleichsinstrument für die Analyse der Konstruktvalidität von H.I.L.DE.-QS wurde das Instrument QUALIDEM [ETTEMA ET AL. 2007] herangezogen (► vgl. Kap. 2.4.4). In neun Subskalen werden mit insgesamt 37 Items die Themen Pflegebeziehung, positiver Affekt, negativer Affekt, ruheloses Verhalten, positives Selbstbild, soziale Beziehungen, soziale Isolation, sich zu Hause fühlen und etwas zu tun zu haben erfasst.

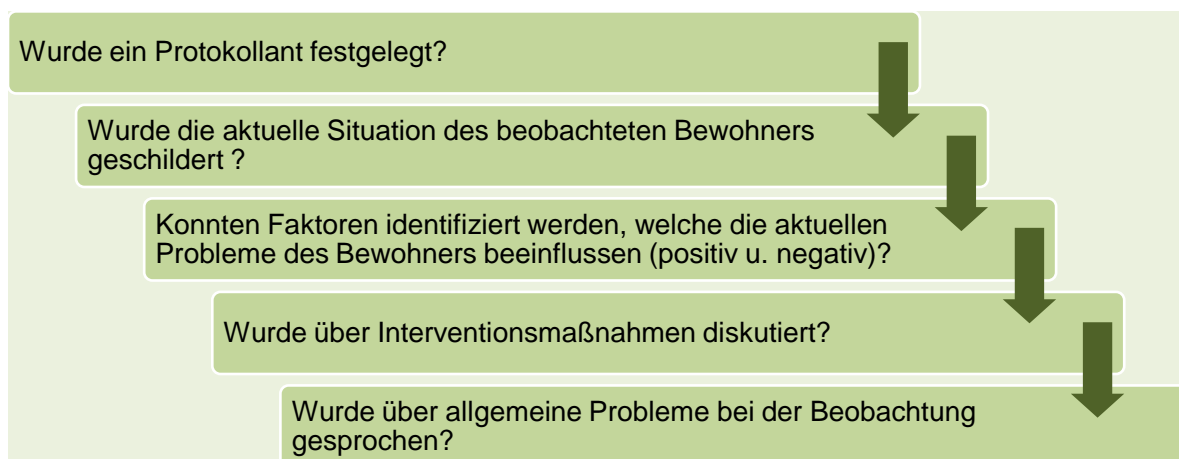
Unter Verwendung von SPSS wurden die Baseline-Daten der GDS und des QUALIDEM quantitativ ausgewertet.

Ergebnisprotokoll der Fallbesprechung und Evaluationsbogen der Supervision

Für die jeweiligen Fallbesprechungen, die nach den initialen H.I.L.DE.-QS Erhebungen (U1) erfolgten und in denen basierend auf den Ergebnissen aus der H.I.L.DE.-QS Befragung und Beobachtung Interventionen zur Steigerung des subjektiven Wohlbefindens der Bewohner diskutiert und geplant werden sollten, wurde für eine standardisierte Dokumentation durch die H.I.L.DE.-QS Beauftragten ein Ergebnisprotokoll entwickelt (► siehe Anhang). In diesem Protokoll wurden positive und negative Aspekte in der Pflegesituation, Interventionsmaßnahmen, das damit verbundene Ziel und die für die Durchführung der Maßnahmen verantwortlichen Personen dokumentiert.

Die Fallbesprechungsprotokolle wurden regelgeleitet transkribiert und inhaltsanalytisch unter Verwendung von der Analysesoftware MAXQDA ausgewertet.

Ziel der Supervision einzelner Fallbesprechungen durch die Projektmitarbeiter war deren Evaluation im Hinblick auf Struktur und Ablauf. Zu diesem Zwecke wurde ein einseitiger Evaluationsbogen für die Fallbesprechungen (► Abb. 4 und Anhang) erstellt.

Abbildung 4: Inhalte des Evaluationsbogens für die Fallbesprechung

Das Expertenrating

Zur Überprüfung der Inhaltsvalidität von H.I.L.DE.-QS (ergänzend zu den Konstruktvaliditätsanalysen) wurde neben einer Einschätzung durch die H.I.L.DE.-QS Beauftragten als Pflegeexperten in den Fokusgruppeninterviews auch und vor allem die Einschätzung von insgesamt $n = 10$ Experten aus den Bereichen Gerontologie und Pflegewissenschaft, Soziologie und Psychologie, die sich mit den Themen Lebensqualität bei Demenz und Kommunikation beschäftigen, eingeholt. Der H.I.L.DE.-QS Erhebungsbogen wurde speziell für die Expertenratings durch integrierte Bewertungsskalen jeweils für den Befragungs- und Beobachtungsteil sowie für das Reflexionsgespräch ergänzt (► Kap. 2.4.4 und Anhang).

Messmethoden zur Erfassung der Praktikabilität von H.I.L.DE.-QS

Für die Erfassung der Praktikabilität von H.I.L.DE.-QS wurden die H.I.L.DE.-QS Beauftragten nach der Erprobungsphase gebeten, ihre Einschätzung zum Instrument und seiner Anwendung mithilfe eines eigens dafür entwickelten halb-offenen Fragebogens (► siehe Anhang) zu geben. Die Bewertung des Befragungs- und Beobachtungsteils, des Reflexionsgesprächs, der Rahmenbedingungen, sowie eine Gesamtbewertung anhand dieses Fragebogens stellen einen sehr wichtigen Baustein für die Beurteilung der Anwendbarkeit im Pflegealltag dar. Der Fragebogen wurde sowohl quantitativ, als auch qualitativ ausgewertet.

Die Praktikabilität von H.I.L.DE.-QS in den stationären Pflegeeinrichtungen wurde neben der Fragebogenerhebungen zusätzlich mittels zweier Fokusgruppendifkussionen unter Einbezug der H.I.L.DE.-QS Beauftragten, Vertretern aus der Leitungsebene sowie – für einen möglichst weiten Erfahrungsaustausch – mit MDK-Prüfern der ersten Projektphase untersucht. Die leitfadengestützten Fokusgruppendifkussionen dienten somit der zusätzlichen Bewertung des Instruments unter Einbezug von Pflegeexperten. Der Leitfragebogen beinhaltete drei große Themengebiete (Umfeld der stationären Altenpflege, Durchführung von H.I.L.DE.-QS und konkrete Fragen zur Praktikabilität), denen mehrere Leitfragen untergeordnet wurden (► Abb. 5).

Die Fokusgruppendifkussionen wurden mit Tonband aufgezeichnet, anschließend regelgeleitet transkribiert und inhaltsanalytisch unter Verwendung von MAXQDA ausgewertet.

Abbildung 5: Leitfragebogen der Fokusgruppendifkussionen

Umfeld der stationären Altenpflege

- Welche Bedeutung hat die wachsende Anzahl von MmD für die stationäre Pflege?
- Was ist das wesentliche Element von Pflege bei Menschen mit schwerer Demenz?
- Pflegegrade, Pflegebedürftigkeitsbegriff und Bedeutung der Gerontopsychiatrie
- Wie schätzen Sie den Einfluss der eigenen Persönlichkeit auf „gute Pflege“ und die Beziehungsebene ein?
- Ist die Ausbildung zur Pflegefachkraft im Hinblick auf die wachsende Anzahl von Menschen mit Demenz optimal gewesen?
- Wie wirkt sich die wachsende Anzahl auf den Pflegealltag sowie den Pflegeberuf aus?

Durchführung von H.I.L.DE.-QS

- Kann man die Pflege von Menschen mit Demenz in den verschiedenen Schweregraden optimieren? Kann H.I.L.DE.-QS einen Beitrag dazu leisten?
- Hat sich aus Ihrer Sicht bei den Bewohnern nachhaltig etwas verändert? Ist es möglich, dass sich durch die kleinen situativen Effekte Veränderungen bei Menschen mit Demenz zeigen?
- Warum ist es notwendig, Studien wie H.I.L.DE.-QS durchzuführen?
- Was sind die Besonderheiten von H.I.L.DE.-QS, was ist dessen Alleinstellungsmerkmal?
- Was konnten Sie durch den Einsatz von H.I.L.DE.-QS am Pflegehandeln/ der Pflegeatmosphäre oder sogar den Strukturen bzw. Rahmenbedingungen verändern?
- Würde eine Etablierung von Beauftragten/ Verantwortlichen die Anwendung von H.I.L.DE.-QS erleichtern?

Praktikabilität

- Was hätte man inhaltlich (instrumentenbezogen) besser gestalten können?
- Was hätte man methodisch anders gestalten können?
- Was hätte man organisatorisch besser gestalten können?

2.4.3 Primäre Endpunkte für die Validierung und Wirksamkeitsüberprüfung

Die wesentlichen Aspekte, die für die Validierungsanalysen und Wirksamkeitsüberprüfung von H.I.L.DE.-QS gleichermaßen genutzt wurden, waren 1) die im Beobachtungsschema dokumentierten positiven und negativen emotionalen Ausdrucksformen der Bewohner, welche Hinweise auf den Grad des subjektiven Wohlbefindens geben können und in den Fallbesprechungen als Ausgangspunkt für mögliche Interventionsmaßnahmen dienten und 2) die positiven und negativen Kommunikationsmuster der Pflegepersonen auf der Beziehungs- und Handlungsebene, welche die Emotionalität der Bewohner beeinflussen können und die grundlegen-

den Inhalte für die Reflexionsgespräche darstellten. Auch die Beurteilung der Gesamtatmosphäre stellte einen primären Endpunkt des Projekts dar. Zur Untersuchung der zentralen Forschungsfragen (► Kap. 1.5) wurden basierend auf der Dokumentation der H.I.L.DE.-QS Beauftragten im Beobachtungsschema und mit Blick auf die Items zur Erfassung der Kommunikationsmuster ergänzende Variablen generiert:

Für die Analysen der Emotionalität der Bewohner wurden Summenscores jeweils für die positiven Emotionen (Freude, Wohlbefinden, Entspannung) und negativen Emotionen (Missempfinden, Unsicherheit, Angst, Traurigkeit, Ärger und Schmerz), die zu beiden Messzeitpunkten 1) während der gesamten Pflegesituation (*Emo_pos_Gesamt* / *Emo_neg_Gesamt*), zu Beginn (*Emo_pos_Beginn* / *Emo_neg_Beginn*), im Verlauf (*Emo_pos_Verlauf* / *Emo_neg_Verlauf*) und am Ende der Pflegesituation (*Emo_pos_Ende* / *Emo_neg_Ende*) vom Bewohner gezeigt wurden, berechnet. Ergänzend wurde zur Darstellung der emotionalen Variabilität der Bewohner für beide Messzeitpunkte die Gesamtzahl der im Beobachtungsschema aufgetretenen Wechsel der Emotionen berechnet (*Emo_Var*).

Für die Analysen des Verhaltens der Pflegepersonen wurden ebenfalls Summenscores jeweils für die positiven und negativen Kommunikationsmuster auf der Beziehungsebene (*Bez_pos* / *Bez_neg*) und Handlungsebene (*Hand_pos* / *Hand_neg*) berechnet.

2.4.4 Validierung von H.I.L.DE.-QS: die Gütekriterien

Im Rahmen des Projekts wurde H.I.L.DE.-QS mit Blick auf die zentralen Testgütekriterien Konstrukt- und Inhaltsvalidität, Interrater-Reliabilität, Veränderungssensitivität und Praktikabilität, untersucht. Im Folgenden werden die Analysen detailliert beschrieben.

Konstrukt- und Inhaltsvalidität

Die Konstruktvalidität eines Messinstruments ist dann gegeben, wenn sich der Messwert bzw. das Ergebnis als Indikator für ein Konstrukt eignet, das mit dem Instrument bzw. mit einer Skala erfasst werden soll. Die Beurteilung der Eignung eines Instruments oder einer Skala basiert auf Hypothesen, die sich aus dem Modell des zu messenden Konstrukts ableiten lassen. Daher wurden im Vorfeld a priori Hypothesen generiert, die theoretische Überlegungen zu erwarteten Zusammenhängen zwischen relevanten H.I.L.DE.-QS Skalen und einem etablierten Messinstrument beinhalten. Mit Blick auf die Konstruktvalidität wurden 1) die H.I.L.DE.-QS Skala zur Lebenszufriedenheit aus Befragungsteil I (Teil C) und 2) die H.I.L.DE.-QS Skala zur Beurteilung der Gesamtatmosphäre in der Pflegesituation aus dem Beobachtungsteil (Teil D) mit dem QUALIDEM, der die Lebensqualität von MmD erfasst, miteinander in Beziehung gesetzt.

Das Vorhaben, den Zusammenhang zwischen den beiden H.I.L.DE.-QS Skalen und dem QUALIDEM zu untersuchen, begründet sich vor allem mit der Tatsache, dass die Lebenszufriedenheit und die zwischenmenschliche Interaktion zwischen Bewohner und Pflegeperson,

die das subjektive Wohlbefinden als Kategorie der Lebenszufriedenheit beeinflussen kann, zentrale Dimensionen von Lebensqualität, die mittels QUALIDEM erfasst wird, darstellen. Anhand der Frage „*Können Sie mir sagen, wie zufrieden Sie derzeit mit Ihrem Leben sind?*“ werden – so die Annahme – in H.I.L.DE.-QS die selbst eingeschätzte Zufriedenheit der Bewohner mit bestimmten Lebensbereichen (z. B. mit eigenen Fähigkeiten, dem aktuellen Befinden oder dem sozialen Umfeld bzw. den sozialen Kontakten) oder dem eigenen Leben im Allgemeinen erfasst. Die Lebenszufriedenheit basiert dementsprechend auf der subjektiven Bewertung dieser Aspekte. Das Konzept der Lebensqualität ist breiter definiert und beinhaltet nicht nur die subjektiv wahrgenommene bzw. vom Bewohner bewertete Gesamt- bzw. Lebenssituation, sondern auch objektiv vorhandene Lebensbedingungen. Die Lebenszufriedenheit und die Lebensqualität sind somit ähnliche, aber nicht identische Konstrukte. Daher kann zwar ein positiver, aber nicht allzu starker Zusammenhang zwischen der Skala zur Lebenszufriedenheit und dem QUALIDEM Summenscore erwartet werden (► Tab. 1; siehe H1). Aufgrund dessen, dass man keinen starken Zusammenhang zwischen der Lebenszufriedenheitsskala und dem Summenscore von QUALIDEM erwartet, empfiehlt es sich, zu untersuchen, inwiefern Korrelationen zwischen ersterer und einzelnen relevanten QUALIDEM Subskalen zu identifizieren sind. Bei der Betrachtung der QUALIDEM-Subskalen wird deutlich, dass teilweise Merkmale erfasst werden, die zur Bestimmung von Lebensqualität, nicht aber von Lebenszufriedenheit wesentlich oder hinreichend sind. Daher wurde angenommen, dass die Korrelationen einiger QUALIDEM-Subskalen („Pflegerbeziehung“, „Ruheloses, angespanntes Verhalten“, „Positives Selbstbild“ und „Soziale Isolation“) nicht hoch ausfallen bzw. keine signifikanten Zusammenhänge zu identifizieren sein werden (► Tab. 1; siehe H2, H3, H4, H6). Für einzelne Subskalen („Soziale Beziehungen“, „Positive Affekte“, „Sich zu Hause fühlen“ und „Etwas zu tun zu haben“) wurden mäßige bis deutliche Korrelationen vermutet, da diese für die Abbildung von Lebenszufriedenheit notwendige und hinreichende Merkmale erfassen (► Tab. 1; siehe H5, H7, H9, H10). Im Gegensatz zu den erwarteten mäßigen Zusammenhängen zwischen der QUALIDEM Subskala „Positive Affekte“ und der H.I.L.DE.-QS Lebenszufriedenheitsskala (H7), wurde kein Zusammenhang mit der Subskala „Negative Affekte“ erwartet (H8), da negative Affekte nicht unbedingt die Lebenszufriedenheit negativ beeinflussen bzw. sich nicht negativ auf die Bewertung der Gesamt- oder Lebenssituationen auswirken müssen.

Tabelle 1: A priori Hypothesen zur Überprüfung der Konstruktvalidität

Nr.	A priori Hypothese
Korrelation zwischen dem QUALIDEM-Summenscore und der H.I.L.DE.-QS Skala zur Lebenszufriedenheit (Befragungsteil I)	
H1	Wir erwarten einen mäßigen Zusammenhang zwischen dem QUALIDEM Summenscore und der H.I.L.DE.-QS Skala zur Lebenszufriedenheit, da beide Instrumente ein zwar ein ähnliches, aber nicht das identische Konstrukt, nämlich die Lebensqualität bzw. -zufriedenheit, erfassen.
Korrelationen zwischen einzelnen QUALIDEM-Subskalen und der H.I.L.DE.-QS Skala zur Lebenszufriedenheit (Befragungsteil I)	
H2	Wir erwarten keinen bis geringen Zusammenhang zwischen der QUALIDEM Subskala „Pflegebeziehung“ und der H.I.L.DE.-QS Skala zur Lebenszufriedenheit, da die „Pflegebeziehung“ im QUALIDEM vornehmlich Verhaltensweisen der Betroffenen gegenüber der Pflegeperson in den Blick nimmt, nicht aber Verhaltensweisen der Pflegeperson gegenüber den Betroffenen, welche das subjektive Erleben der Pflegebeziehung und damit die Lebenszufriedenheit beeinflussen kann.
H3	Wir erwarten keinen bis geringen Zusammenhang zwischen der QUALIDEM Subskala „Ruheloses, angespanntes Verhalten“ und der H.I.L.DE.-QS Skala zur Lebenszufriedenheit, da Verhaltensauffälligkeiten den Grad der Lebenszufriedenheit häufig nicht bestimmen, sondern eher die Folge einer bereits bestehenden Unzufriedenheit z. B. mit der aktuellen Situation darstellen.
H4	Wir erwarten keinen bis geringen Zusammenhang zwischen der QUALIDEM Subskala „Positives Selbstbild“ und der H.I.L.DE.-QS Skala zur Lebenszufriedenheit, da das „positive Selbstbild“ im QUALIDEM zentrale Dimensionen wie Selbstakzeptanz oder Ich-Integrität als zentrale Einflussfaktoren für Lebenszufriedenheit unzureichend erfasst.
H5	Wir erwarten einen schwachen bis mäßigen Zusammenhang zwischen der QUALIDEM Subskala „Soziale Beziehung“ und der H.I.L.DE.-QS Skala zur Lebenszufriedenheit, da die soziale Umwelt wie sie im QUALIDEM erfasst werden für ältere Menschen ein zentraler Einflussfaktor für subjektive Lebenszufriedenheit darstellt.
H6	Wir erwarten keinen bis geringen Zusammenhang zwischen der QUALIDEM Subskala „Soziale Isolation“ und der H.I.L.DE.-QS Skala zur Lebenszufriedenheit, da die „soziale Isolation“ im QUALIDEM zentrale Dimensionen wie Beziehungsqualität, Geborgenheit oder Bezogenheit als Einflussfaktoren für Lebenszufriedenheit unzureichend erfasst.
H7	Wir erwarten einen mäßigen Zusammenhang zwischen der QUALIDEM Subskala „Positive Affekte“ und der H.I.L.DE.-QS Skala zur Lebenszufriedenheit, da positive Emotionen die emotionale Befindlichkeit und damit das subjektive Erleben als zentrale Dimension von Lebensqualität widerspiegeln.
H8	Wir erwarten einen keinen bis geringen Zusammenhang zwischen der QUALIDEM Subskala „Negative Affekte“ und der H.I.L.DE.-QS Skala zur Lebenszufriedenheit, da negative Emotionen nicht auf Bewertungen des Lebens bzw. auf Lebenszufriedenheit auswirken müssen.
H9	Wir erwarten einen schwachen bis mäßigen Zusammenhang zwischen der QUALIDEM Subskala „Sich zu Hause fühlen“ und der H.I.L.DE.-QS Skala zur Lebenszufriedenheit, da das subjektive Erleben der räumlichen Umwelt als Aspekt von Lebenszufriedenheit verstanden werden kann.
H10	Wir erwarten einen mäßigen bis deutlichen Zusammenhang zwischen der QUALIDEM Subskala „Etwas zu tun zu haben“ und der H.I.L.DE.-QS Skala zur Lebenszufriedenheit, da das

Gefühl, gebraucht zu werden und die Selbstbestimmung, die als zentrale Dimensionen der Lebenszufriedenheit gilt, im QUALIDEM erfasst wird.

Korrelationen zwischen einzelnen QUALIDEM-Subskalen und der H.I.L.DE.-QS Skala zur Beurteilung der Gesamtatmosphäre in der Pflegesituation (Beobachtungsteil)

H11

Wir erwarten einen mäßigen Zusammenhang zwischen der QUALIDEM Subskala „Pflegerbeziehung“ und der H.I.L.DE.-QS Skala „Einschätzung der Gesamtatmosphäre während der beobachteten Situation“, da beide Skalen ein ähnliches Konstrukt, nämlich die Interaktion zwischen Pflegeperson und Bewohner, messen.

Die Beurteilung der Gesamtatmosphäre in der Pflegesituation erfolgt in H.I.L.DE.-QS auf Grundlage der beobachteten Kommunikationsmuster der Pflegeperson und der daraus resultierenden Emotionen der Bewohner, die als Indikator für subjektives Wohlbefinden und damit für Lebenszufriedenheit verstanden werden können. Im QUALIDEM wird mit der Subskala „Pflegerbeziehung“ ein ähnliches Konstrukt erfasst, sodass hier ein mäßiger Zusammenhang mit der H.I.L.DE.-QS Skala zur „Einschätzung der Gesamtatmosphäre während der beobachteten Situation“ vermutet wurde (► Tab. 1; H11).

Zur Überprüfung der a priori Hypothesen wurden nicht-parametrische Spearman-Rang-Korrelationskoeffizienten (r_s) berechnet, da die Messwerte von QUALIDEM nicht normalverteilt waren. Die Korrelationskoeffizienten geben die jeweiligen erwarteten Zusammenhänge zwischen den entsprechenden Items bzw. Subskalen des QUALIDEM und den H.I.L.DE.-QS Skalen an. Die Interpretation der Korrelationskoeffizienten erfolgte nach Cohen (1977), wobei $0,0 \leq r_s \leq 0,2$ keinen bis einen geringen Zusammenhang, $0,2 < r_s \leq 0,5$ einen schwachen bis mäßigen, $0,5 < r_s \leq 0,8$ einen deutlichen Zusammenhang und $0,8 < r_s \leq 1,0$ einen hohen bis perfekten Zusammenhang darstellt.

Neben der Analyse der Konstruktvalidität der H.I.L.DE.-QS Skala zur Lebenszufriedenheit und der H.I.L.DE.-QS Skala zur Beurteilung der Gesamtatmosphäre während der Beobachtungssituation sollte ergänzend die Inhaltsvalidität des gesamten H.I.L.DE.-QS Instruments untersucht werden. Ein Messinstrument ist dann inhaltlich valide, wenn dieses bzw. seine Skalen bzw. Items das zu messende Konstrukt so präzise wie möglich abbildet. Zwar ist eine empirische Analyse der Inhaltsvalidität häufig nicht möglich, doch ob ein Instrument oder eine Skala inhaltlich valide ist, lässt sich damit überprüfen, indem man dessen Konstruktion im Detail in den Blick nimmt. Die Inhaltsvalidität ist dann gegeben, wenn das Instrument von Experten im Hinblick auf seine Gültigkeit als angemessen beurteilt wird.

Für die Expertenratings wurde der H.I.L.DE.-QS Erhebungsbogen durch integrierte Bewertungsskalen jeweils für den Befragungs- und Beobachtungsteil sowie für das Reflexionsgespräch ergänzt (► siehe Anhang). Die teilnehmenden Experten erhielten diesen integrierten

Erhebungsbogen sowie das H.I.L.DE.-QS Manual für das vertiefende Verständnis der Instrumentenstruktur und der Inhalte. Die Expertenratings wurden quantitativ unter Verwendung von SPSS ausgewertet.

Interrater-Reliabilität

Zur Erfassung der Interrater-Reliabilität wurde die erste H.I.L.DE.-QS Beobachtung (U1) von zwei Beobachtern bzw. H.I.L.DE.-QS Beauftragten unabhängig voneinander durchgeführt. Die Ergebnisse beider Rater wurden mit Blick auf ihre Übereinstimmung überprüft. Dazu wurde für die Variablen zu den positiven und negativen Emotionen der Bewohner, zu den positiven und negativen Kommunikationsmustern der Pflegepersonen auf der Beziehungs- und Handlungsebene und zu der Bewertung der Gesamtatmosphäre Cohens Kappa (κ) als Übereinstimmungsmaß berechnet. Die Überprüfung der Konsistenz zwischen Rater 1 und Rater 2 folgte folgenden Fragestellungen: 1) Nehmen Rater 1 und Rater 2 die gleichen oder ähnlichen positiven bzw. negativen Emotionen der Bewohner während der gesamten Pflegesituation, zu Beginn, im Verlauf und am Ende der Pflegesituation wahr? 2) Zeigt sich bei beiden Ratern eine Übereinstimmung mit Blick auf die emotionale Variabilität bzw. zeigt sich ein ähnliches Muster? 3) Nehmen Rater 1 und Rater 2 die gleichen oder ähnlichen positiven oder negativen Kommunikationsmuster der Pflegepersonen wahr? 4) Fällt die Bewertung der Gesamtatmosphäre beider Rater ähnlich aus?

Die Interpretation von κ erfolgte nach LANDIS & KOCH 1977, wobei $\kappa < 0$ eine „schlechte Übereinstimmung (*poor agreement*)“, κ zwischen 0 und 0,20 eine „leichte (*slight*) Übereinstimmung“, zwischen 0,21–0,40 eine „ausreichende (*fair*) Übereinstimmung“, zwischen 0,41–0,60 eine „mittelmäßige (*moderate*) Übereinstimmung“, zwischen 0,61–0,80 eine „beachtliche (*substantial*) Übereinstimmung“ und zwischen 0,81–1,00 eine „(fast) vollkommene (*almost*) perfect Übereinstimmung“ bedeutet.

Veränderungssensitivität

KIRSHNER UND GUYATT (1985) stellen in ihrer Arbeit heraus, dass es einen großen Unterschied macht, ob man mit einem spezifischen Erhebungsverfahren interindividuelle Unterschiede eines bestimmten Merkmals oder intraindividuelle Veränderungen eines bestimmten Merkmals über die Zeit identifizieren möchte. Das Verfolgen dieser unterschiedlichen Ziele erfordert laut den Autoren die Berücksichtigung unterschiedlicher Gütekriterien. Wenn sich das Anwendungsziel eines Messinstruments auf die Diskrimination bezieht, dann ist die Berücksichtigung der Reliabilität und Validität äußerst sinnvoll und notwendig. Laut KIRSHNER UND GUYATT (1985) darf man aber nicht ohne Weiteres davon ausgehen, dass ein reliables und valides Messinstrument entsprechend zur Abbildung der Wirksamkeit von Interventionsmaßnahmen und damit etwa zur Erfassung von Veränderungen der Emotionalität oder von Kommunikati-

onsmustern angewandt werden kann. Trotz hoher Reliabilität und Validität sollte ein Erhebungsinstrument bei Veränderungsmessungen nicht verwendet werden, wenn dieses nicht veränderungssensitiv ist [NORMAN, 1989]. Daher stellt die Veränderungssensitivität, welche definiert wird als die Fähigkeit bzw. Sensibilität eines Assessmentverfahrens, Veränderungen zu messen [GUYATT ET AL. 1989], für die Validierung von H.I.L.DE.-QS ein sehr bedeutsames Testgütekriterium dar.

Zur Überprüfung der Frage, inwieweit H.I.L.DE.-QS sensitiv gegenüber Veränderungen ist, wurden bei ausreichend großer Fallzahl ($n \geq 30$) Mittelwertvergleiche mit Blick auf die Variablen der Emotionalität der Bewohner und der Kommunikationsmuster der Pflegepersonen (U1-U2) anhand der Durchführung von T-Test für gepaarte Stichproben mit anschließender Berechnung der Effektgrößenmaßes *Standardised Response Mean* (SRM) [LIANG ET AL. 1990] durchgeführt. Die Analyse folgte demnach der Frage, ob H.I.L.DE.-QS signifikante Veränderungen der Emotionalität der Bewohner und der Kommunikationsmuster der Pflegepersonen über die Zeit abbilden kann.

Zur Interpretation der potenziellen Effekte, die mittels SRM quantifiziert werden, dienten die Kriterien nach Cohen [COHEN 1977]. Demnach repräsentiert eine Effektgröße von ≥ 0.2 eine kleine, von ≥ 0.5 eine mittlere und von ≥ 0.8 eine große Veränderung der Emotionalität und der Kommunikationsmuster.

Praktikabilität

Die Frage nach der Praktikabilität, d.h. der Anwendbarkeit von Messinstrumenten stellt im vorliegenden Projekt ein wesentliches Testgütekriterium dar. Demnach sollte ein Messinstrument sowohl für den Anwender, als auch für die Testperson einfach und zeitsparend anzuwenden sein. Ob ein Instrument in einem spezifischen Kontext anwendbar ist, zeigt sich aber auch in der Anzahl durchgeführter bzw. nicht durchgeführter Aufgaben, d.h. in der Ausschöpfungsquote (*Response Rate*).

Die Überprüfung der Praktikabilität von H.I.L.DE.-QS erfolgte daher in dreierlei Hinsicht: Einerseits wurden Basline-Daten der H.I.L.DE.-QS Erhebung (U1) zur Beschreibung der Praktikabilität genutzt. Dies waren Angaben zur Dauer der Befragung und der Beobachtung sowie die errechnete Ausschöpfungsquote für die einzelnen H.I.L.DE.-QS Bestandteile. Hier folgte man der Frage, ob einzelne Bestandteile durch die H.I.L.DE.-QS Beauftragten bearbeitet bzw. beantwortet wurden. Statistisch erfasst wurde die Ausschöpfungsquote durch die Analyse der Häufigkeitsverteilung der Antwortausfälle. Ergänzend wurde den H.I.L.DE.-QS Beauftragten der Fragenbogen zur Erfassung der Praktikabilität (► Kap. 2.4.2 und Anhang) übermittelt und anschließend quantitativ und qualitativ ausgewertet. Schließlich wurden die H.I.L.DE.-QS Beauftragten in den Fokusgruppeninterviews auch zur Praktikabilität befragt (► vgl. Kap. 2.4.2).

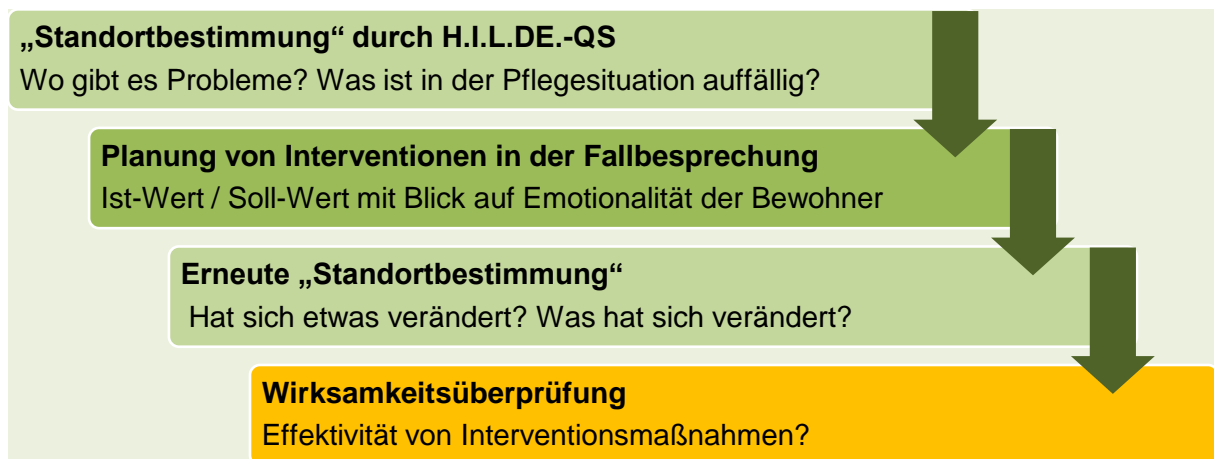
Die Ergebnisse der Fokusgruppen sind Resultat einer qualitativen, inhaltsanalytischen Auswertung (induktiv-deduktiv).

2.4.5 Wirksamkeitsüberprüfung

Die Wirksamkeitsüberprüfung von H.I.L.DE.-QS im Pre-Post Design bei bis zu 5 Bewohnern pro Einrichtung durchgeführt.

Die Baseline Erhebung mit H.I.L.DE.-QS (U1) diente einer „Standortbestimmung“, d.h. der differenzierten Einschätzung des Ist-Zustands, auf deren Grundlage individuelle Interventionsmaßnahmen in Fallbesprechungen geplant wurden (► Abb. 6). Der Fokus lag hierbei auf der gemeinsamen Erarbeitung von sowohl kurzfristigen Interventionen, die direkt umgesetzt und bereits während der wiederholten H.I.L.DE.-QS Durchführung in ihrer Wirksamkeit sichtbar werden sollten, als auch von langfristigen Maßnahmen für die zukünftige pflegerische Versorgung des jeweiligen Bewohners. Als Grundlage für die Entwicklung der Interventionen dienten die im Rahmen der Beobachtung mit H.I.L.DE.-QS in der ersten Untersuchung (U1) angefertigten Notizen. Der Art der individuellen Intervention wurde durch das Projektdesign keinerlei Grenzen gesetzt. Die Fallbesprechungen wurden von den geschulten H.I.L.DE.-QS Beauftragten organisiert, moderiert sowie dokumentiert und schlossen sich zeitnah an U1 an (ca. drei Tage nach der H.I.L.DE.-QS Erhebung). An den Fallbesprechungen haben die beiden Beobachter bzw. H.I.L.DE.-QS Beauftragte, die beobachtete Pflegeperson und zwei Vertreter aus (stellv.) Heimleitung, (stellv.) Pflegedienstleitung oder Wohnbereichsleitung teilgenommen.

Die konkrete Reflexion der Verhaltensweisen der Pflegeperson in der Beobachtungssituation erfolgte direkt im Anschluss an die Beobachtung in einem Reflexionsgespräch. Nach maximal 14 Tagen erfolgte U2, d.h. die wiederholte H.I.L.DE.-QS Erhebung mit Beteiligung der Bewohner und der zu beobachtenden Pflegeperson sowie eines H.I.L.DE.-QS Beauftragten aus U1. Die Post Erhebung stellte eine erneute „Standortbestimmung“ dar, die eine Überprüfung möglicher Veränderungen mit Blick auf Emotionalität der Bewohner und Kommunikationsverhalten der Pflegeperson beinhaltete.

Abbildung 6: Die Überprüfung der Wirksamkeit der Implementierung von H.I.L.DE.-QS

Die Analyse der Wirksamkeit von H.I.L.DE.-QS folgte dementsprechend der Frage, inwieweit die Durchführung eines auf der Beobachtung einer Pflegesituation basierenden Reflexionsgesprächs sowie einer Fallbesprechung positive Effekte auf die Emotionalität der Bewohner und auf die positiven und negativen Kommunikationsmuster der Pflegepersonen hat. Es wurde angenommen, dass H.I.L.DE.-QS a) zu einer signifikanten Steigerung der positiven Emotionalität der Bewohner, b) zu einer signifikanten Reduktion negativen Emotionen der Bewohner, c) zu einer signifikanten Reduktion der emotionalen Variabilität, und d) zu einer signifikanten Steigerung positiver und Reduktion negativer Kommunikationsmuster auf der Beziehungs- und Handlungsebene führt, was sich möglicherweise mit der Aktivierung und Motivation zur Selbstreflexion der Pflegepersonen sowie mit der Durchführung von in den Fallbesprechungen entwickelten Interventionsmaßnahmen für die Steigerung der Lebensqualität der Bewohner erklären lassen kann. Inwiefern diese beiden Faktoren einen kausalen Einfluss auf die Steigerung der Emotionalität der Bewohner haben, kann im Rahmen dieser Studie nur begrenzt beurteilt werden, da von einem randomisiert kontrollierten Studiendesign abgesehen wurde.

Im Rahmen der Wirksamkeitsüberprüfung wurden bei ausreichend großem Sample ($n \geq 30$) Mittelwertvergleiche mit Blick auf die entsprechenden Variablen der Emotionalität und der Kommunikationsmuster (U1-U2) anhand der Durchführung von T-Test für gepaarte Stichproben (Ermittlung von Zeiteffekten) gerechnet. Die Effektstärken werden mit dem Pearson-Korrelationskoeffizienten angegeben, wobei $r \geq .10$ einen schwachen Effekt, $r \geq .30$ einen mittleren Effekt und $r \geq .50$ einen starken Effekt darstellt [COHEN 1977].

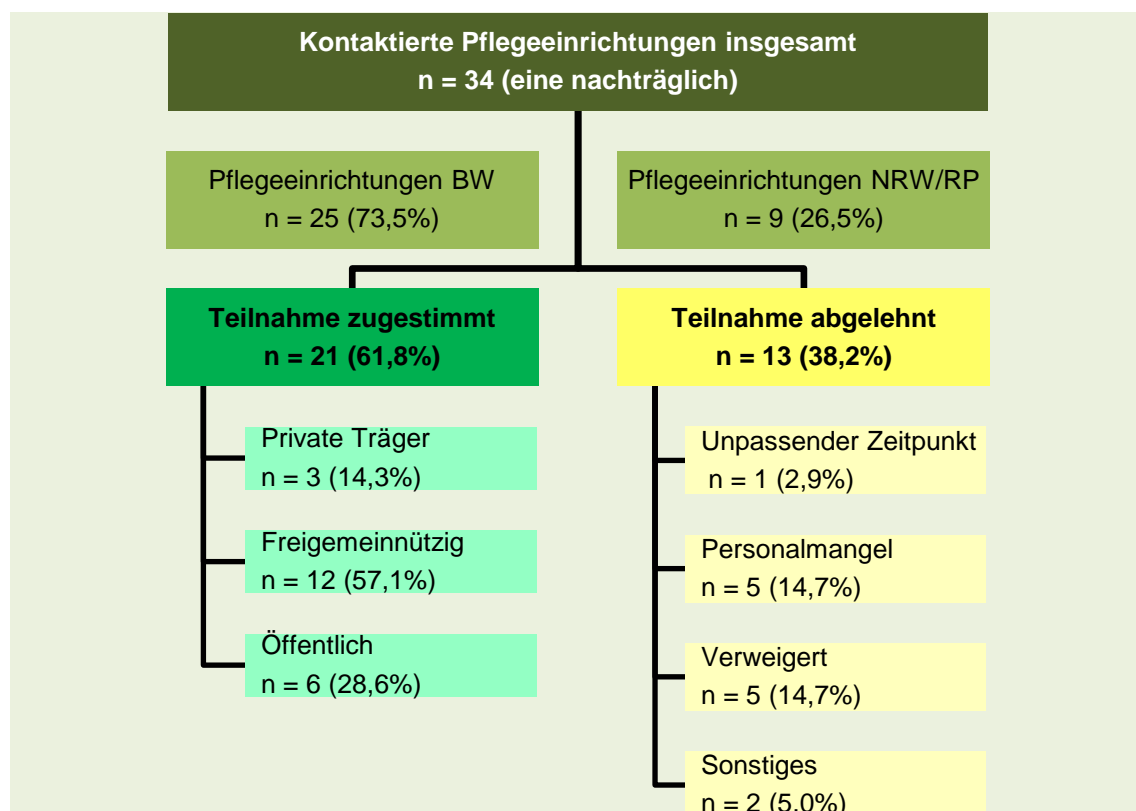
3. Ergebnisse

3.1 Merkmale der teilnehmenden Pflegeeinrichtungen

Für die Erprobung von H.I.L.DE.-QS wurden im Herbst 2017 Pflegeeinrichtungen im Rhein-Neckar Kreis sowie Einrichtungen aus der Umgebung von Essen kontaktiert, um diese für die Teilnahme an dem Projekt zu gewinnen. Anschließend erfolgte der Versand einer Einladung sowie eines kurzen Informationsschreibens zum Projekt an die jeweiligen Einrichtungsleitungen; ergänzt wurde dieser durch persönliche Besuche in den jeweiligen Einrichtungen zur Klärung möglicher Fragen. Es war Ziel, 20 Pflegeeinrichtungen in das Projekt einzuschließen, in denen die Erprobung durch professionell Pflegende durchgeführt werden soll.

Es wurden insgesamt $n = 34$ Pflegeeinrichtungen kontaktiert, $n = 13$ entschieden sich gegen eine Teilnahme, primär aufgrund akuten Personalmangels und gegebener Umstrukturierungsmaßnahmen. 21 Pflegeeinrichtungen stimmten der Teilnahme an der 2. Projektphase zu. Somit wurde H.I.L.DE.-QS in der Rhein-Neckar Region in $n = 12$ Pflegeeinrichtungen und in der Region Essen in $n = 9$ Pflegeeinrichtungen erprobt. Zwei Pflegeeinrichtungen aus der Region Essen hatten sich bereits in der 1. Projektphase engagiert. Von 21 Einrichtungen waren $n = 3$ einem privaten Träger und $n = 6$ einem öffentlichem Träger zuordenbar. $n = 12$ Einrichtungen waren in freigemeinnütziger Trägerschaft (► Abb. 7).

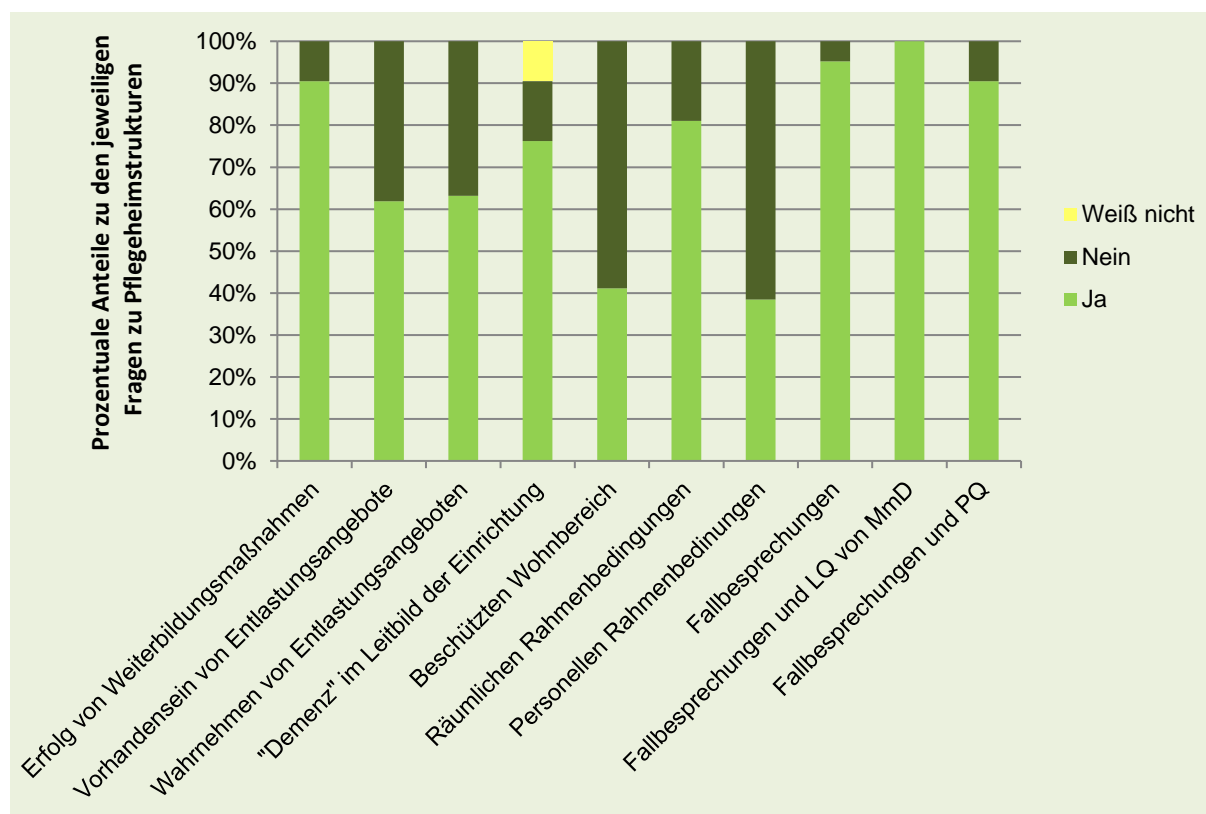
Abbildung 7: Rekrutierungsverlauf der Pflegeeinrichtungen



Im gesamten Projektverlauf wurden n = 50 Pflegefachkräfte zu H.I.L.DE.-QS Beauftragten geschult.

Schon in der Rekrutierungsphase der Pflegeeinrichtungen wurde ein Fragebogen zur Erfassung von Pflegeheimstrukturen, die für die Forschungsfragen relevant sind, konzipiert. Der Fragebogen erfasste insgesamt fünf Strukturbereiche (Fort- und Weiterbildungsangebote, Entlastungsangebote, Leitbild der Einrichtung, Rahmenbedingungen und Internes Qualitätsmanagement) und beinhaltete insgesamt 16 Items. Am 2. Schulungstag wurde der Fragebogen von den Teilnehmern bearbeitet. Die Dauer der Bearbeitung betrug im Durchschnitt ca. 15 Minuten. Die Auswertung ergab folgendes Ergebnis (► Abb. 8):

Abbildung 8: Ergebnisse der Pflegeheimstrukturen (Angaben in %)



Die Pflegefachkräfte der jeweiligen teilnehmenden Einrichtungen gaben insgesamt an, vor allem an Weiterbildungsangeboten zu den Themen Expertenstandard, Hygiene, Schmerz- und Medikamentenmanagement sowie Notfallmanagement (Brandschutz) teilzunehmen. Weiterbildungen zur Thematik Kommunikation bei Menschen mit Demenz wurden nur vereinzelt angeboten und besucht. Ein thematischer Schwerpunkt der Weiterbildungsangebote in den Einrichtungen liegt damit vor allem im behandlungspflegerischen oder organisatorischen Bereich. Nach Einschätzung der befragten Pflegefachkräfte wurden diese Weiterbildungen von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sehr gut angenommen. 90,5% der Befragten sahen hier ei-

nen langfristigen Erfolg der Weiterbildungsangebote. Die Relevanz der Weiterbildungsangebote für die alltägliche Pflegeroutine in den Einrichtungen wurde von ca. einem Drittel als sehr hoch, von mehr als der Hälfte der Befragten (57,1%) als hoch eingeschätzt. Nur 9,5% schätzten die Relevanz von Weiterbildungsangeboten für den Pflegealltag als niedrig ein.

Die Pflegefachkräfte gaben zu ca. zwei Dritteln (61,9%) an, dass ihre Einrichtungen spezielle Entlastungsangebote für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vorhalten, diese jedoch lediglich von der Hälfte der Kolleginnen und Kollegen angenommen würden (57,1%).

Im Leitbild der meisten teilnehmenden Einrichtungen (76,6%) ist das Thema „Demenz“ und/oder „Kommunikation“ aufgeführt. Teilweise sind die Leitbilder älter als 10 Jahre (19%). 14,3% der Befragten konnte dazu keine Aussage treffen. Für den geschützten Wohnbereich existiert eher selten ein eigenes Leitbild (38,9%).

Die Pflegefachkräfte gaben mehrheitlich (81%) an, dass die räumlichen Rahmenbedingungen (z. B. die Ausstattung der Bewohnerzimmer) die eigenen ethischen Ansprüche an eine gute Pflege erfüllen, im Hinblick auf die personellen Rahmenbedingungen wurde dies von 61,1% der Befragten bestätigt.

95,2% der Befragten gab an, in ihrer Einrichtung bei Bedarf Fallbesprechungen durchzuführen und alle Schulungsteilnehmer waren sich darüber einig, dass aus Fallbesprechungen lebensqualitätsverbessernde Maßnahmen ableitbar sind. 90,5% waren der Meinung, dass regelmäßige Fallbesprechungen zu einer Verbesserung der Pflegequalität beitragen können.

3.2 Ergebnisse zum H.I.L.DE.-QS Schulungsprogramm

Im Folgenden werden die Schulungsteilnehmer (H.I.L.DE.-QS Beauftragte) der am Projekt teilnehmenden Pflegeeinrichtungen kurz charakterisiert und die Ergebnisse der Evaluation der drei durchgeführten Schulungen durch die Teilnehmer präsentiert.

3.2.1 Die Schulungsteilnehmer

Die drei H.I.L.DE.-QS Schulungen wurden im März 2018, einmal in Essen und zweimal in Heidelberg, jeweils an zwei aufeinanderfolgenden Tagen von 10 bis 17 Uhr durchgeführt: Es meldeten sich insgesamt 59 Pflegefachkräfte aus 22 Pflegeeinrichtungen an. Aufgrund einer akuten Krankheitswelle lag die Anzahl der Schulungsteilnehmerinnen und -teilnehmer mit $n = 50$ dann jedoch unterhalb dieser Anmeldezahlen.

An der Schulung in Essen nahmen 15 Pflegefachkräfte aus 8 Pflegeeinrichtungen teil. In Heidelberg konnten einmal 12 Pflegefachkräfte aus 6 Pflegeeinrichtungen und einmal 17 Pflegefachkräfte aus 6 Pflegeeinrichtungen für die Anwendung von H.I.L.DE.-QS geschult werden. Die Gesamtzahl der teilnehmenden Einrichtungen lag somit bei 20. Auf Wunsch einzelner Ein-

richtungen waren an Tag 1 der jeweiligen Schulungen zusätzlich insgesamt 6 Pflegedienstleitungen anwesend, die sich über das H.I.L.DE.-QS Instrument und die Ziele des Projekts genauer informieren wollten.

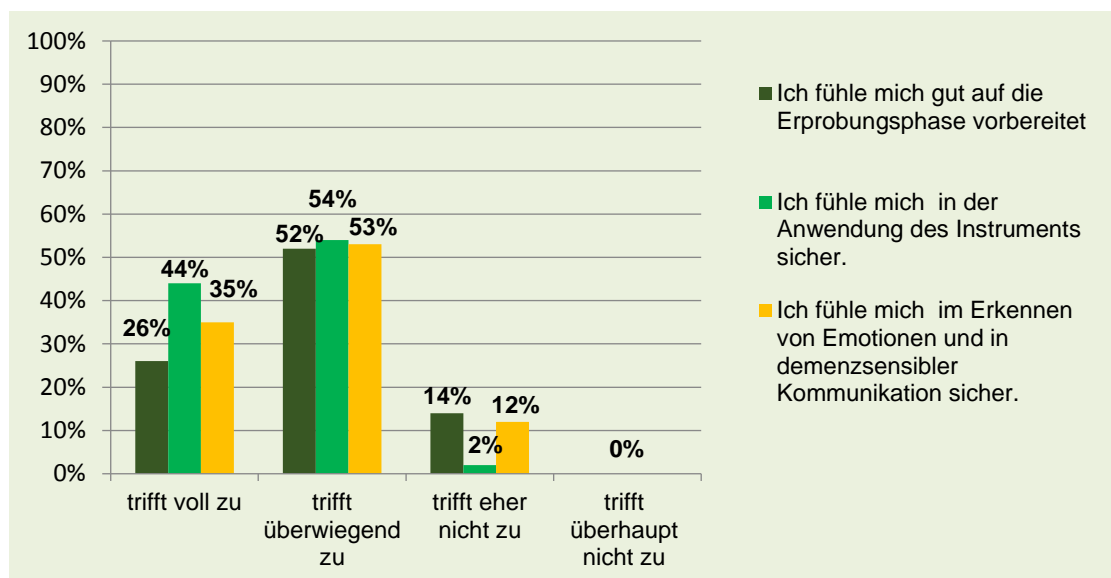
3.2.2 Ergebnisse der Schulungsevaluation

Zum Abschluss der jeweiligen Veranstaltungen wurden alle Teilnehmenden gebeten, die Qualität der H.I.L.DE.-QS Schulung im Hinblick auf verschiedene inhaltliche Aspekte wie auch die Rahmenbedingungen mit Hilfe eines eigens dafür entwickelten Fragebogens (► siehe Anhang) einzuschätzen. Hier war zunächst anzugeben, wer über die Teilnahme der befragten Person an der Schulung entschieden hatte. Des Weiteren sollte anhand geschlossener Fragen eine Beurteilung der Referentinnen und der Schulungsinhalte vorgenommen werden sowie die Praxistauglichkeit der Schulung und die sonstigen Rahmenbedingungen wie räumliche und materielle Ausstattung derselben bewertet werden. Dabei hatten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer die Aufgabe, die Stimmigkeit der Erkenntnis leitenden Aussagen durch Ankreuzen *voll und ganz, überwiegend, eher nicht* oder *überhaupt nicht* zu beurteilen. Zudem bestand die Möglichkeit, offen zu formulieren, was besonders gut gefallen hatte, was anders hätte gemacht werden können und ob aus Sicht der Teilnehmenden bestimmte Inhalte überflüssig gewesen oder zu kurz gekommen seien (► Abb. 9).

Die Auswertung aller Evaluationsbögen ergab, dass sich die Mehrheit der teilnehmenden Pflegefachkräfte selbst, zum Teil in Absprache mit einer Leitungsperson, zur Teilnahme an der Schulung entschlossen hatte. Bei etwa einem Viertel lag diese Entscheidung primär in Händen der Einrichtungsleitung, der Pflegedienstleitung oder einer sonstigen Person wie beispielsweise dem/der Qualitätsbeauftragten.

Insgesamt zeigte sich eine sehr erfreuliche Resonanz auf die Schulungen: Die Referentinnen wurden im Hinblick auf eine verständliche und anschauliche Vermittlung der Schulungsinhalte, die Nachvollziehbarkeit von Erläuterungen und die Berücksichtigung von Fragen aus dem Plenum von 73% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer als außerordentlich positiv bewertet, etwa 25% stimmten den diesbezüglich relevanten Aussagen des Fragebogens überwiegend zu. Nur 3 Personen teilten diese Meinung eher nicht. Ein ähnliches Bild ergab die Einschätzung der Schulungsinhalte im Hinblick auf Umfang, Aufbau und Gewichtung von Theorie- und Praxisanteilen. Der Aussage, dass die Schulung einen großen Nutzen für den Pflegealltag habe, stimmten 26% der Befragten voll, 52% überwiegend und 14% eher nicht zu. Eine Person bewertete diese Aussage nicht.

Abbildung 9: Ergebnisse der Schulungsevaluation (Angaben in %)



44% der Befragten sahen sich durch die Schulung gut auf die Erprobungsphase in den Einrichtungen vorbereitet, 54% stimmten dieser Aussage überwiegend, 2% eher nicht zu.

Ein Gefühl der Sicherheit in der Anwendung des H.I.L.DE.-QS Instruments empfand die Mehrheit aller Teilnehmenden nach der Schulung. Insbesondere im Hinblick auf die Befragung, Beobachtung und Reflexion bestätigten dies 52% aller Befragten voll und 46% überwiegend. Lediglich 4 Personen gaben an, sich im Zusammenhang mit der Durchführung des Reflexionsgesprächs noch unsicher zu fühlen. Ein weiteres Ziel der Schulung bestand darin, den H.I.L.DE.-QS Beauftragten Sicherheit im Erkennen von Emotionen bei Menschen mit Demenz zu vermitteln und sie im Hinblick auf eine „demenzsensible Kommunikation“ zu stärken. Diese Aspekte wurden von 35% der Teilnehmenden als voll und ganz erfüllt, von 53% als überwiegend erfüllt und von 12% als eher nicht erfüllt beurteilt.

23% der Schulungsteilnehmerinnen und -teilnehmer konnten eher nicht bestätigen, im Rahmen der Veranstaltung ausreichende Kenntnisse für die Moderation und Durchführung einer Fallbesprechung erworben zu haben. Auch ein Lerneffekt im Hinblick auf den Austausch mit Kolleginnen und Kollegen wurde von 16% der Befragten eher nicht gesehen. Die beiden letztgenannten Aspekte wurden jedoch von 25% der Pflegefachkräfte als voll und ganz erfüllt und von mehr als der Hälfte der Teilnehmenden als überwiegend erfüllt bewertet. Die Beurteilung der räumlichen und materiellen Ausstattung war durchweg positiv. 90% der Befragten würden die Schulung weiterempfehlen, 4 Personen brachten mit der Aussage *teils/teils* ihre Unentschiedenheit zum Ausdruck.

Mithilfe ergänzender offener Fragen konnten die Schulungsteilnehmerinnen und -teilnehmer mitteilen, was ihnen an der Veranstaltung besonders gut gefallen hatte und/oder was sie sich ggf. anders gewünscht hätten. Zudem bestand die Option, Schulungsinhalte aufzuführen, die

ihrer Einschätzung nach überflüssig oder zu kurz gekommen waren. Hier gab es eine Bandbreite positiver Anmerkungen: Besonders hervorgehoben wurden die Kompetenzen der Referentinnen, die Bereitschaft zu diskutieren und die Möglichkeit, Erfahrungen auszutauschen. Die Struktur der Veranstaltungen, die Zeiteinteilung sowie Art und Umfang der begleitenden Materialien sowie die, die Zusammenarbeit von Einrichtungen aus verschiedenen Regionen wurden ebenfalls positiv bewertet.

Die Inhalte zur Moderation und Durchführung von Fallbesprechungen waren einigen Pflegefachkräften hingegen zu kurz vorgekommen. Auch die zu Übungszwecken durchgeführten Rollenspiele wurden eher kritisch bewertet und diesbezügliche Anregungen aus der 1. Schulung, alternativ auf Videosequenzen umzustellen, aufgegriffen und in den folgenden beiden Veranstaltungen umgesetzt. Weitere Änderungswünsche bezogen sich auf die Anzahl und Länge von Pausenzeiten innerhalb der Schulungen. Zudem wäre eine umfangreichere Vorstellung des Projekts und des Schulungskonzepts in den Einrichtungen aus Sicht einiger Teilnehmerinnen und Teilnehmer vorteilhaft gewesen.

3.3 Rückmeldungen der Einrichtungen während der Erprobung

Die ersten Rückmeldungen aus den Einrichtungen während der Erprobungsphase, welche durch die Projektmitarbeiter intensiv begleitet wurde, zeigten, dass die Erkenntnisse, die mit Hilfe von H.I.L.DE.-QS vor allem mit Blick auf die verbale und nonverbale Kommunikationsfähigkeit der Bewohner gewonnen werden konnten, aus Sicht der H.I.L.DE.-QS Beauftragten als positiv überraschend beschrieben wurden. H.I.L.DE.-QS ermöglichte nach ersten Einschätzungen der H.I.L.DE.-QS Beauftragten in Ergänzung zur pflegfachlichen Sicht hinsichtlich einer stärkeren Bewohnerzentrierung einen umfassenden Blick auf die Bewohner mit Demenz. Insbesondere das Beobachtungsschema und die daraus sichtbar werdenden Kommunikationsmuster wurden mehrheitlich sehr positiv beurteilt. Die konkrete Erfahrung, das Wohlbefinden der Bewohner durch eigenes Handeln beeinflussen zu können, wurde von einigen Pflegepersonen als außerordentlich motivierend erlebt.

Durch den Austausch mit den H.I.L.DE.-QS Beauftragten konnte jedoch auch eine Reihe von Schwierigkeiten bei der Erprobung des Instruments identifiziert werden: Eine wesentliche Hürde für das Gelingen der einrichtungsinternen Projektphase, insbesondere für die Realisierung der doppelten Beobachtung mit zwei Ratern für die späteren Analysen der Interrater-Reliabilität, war die Dienstplangestaltung der teilnehmenden Pflegepersonen eines Wohnbereichs. Generell schien vor allem die Umsetzung der engen zeitlichen Vorgaben im Verlauf der Untersuchungen, insbesondere mit Blick auf die Zeitintervalle zwischen U1 und Fallbesprechungen (= 3 Tage) aufgrund von Wechselschichten, unterschiedlichen Beschäftigungsmodellen und -zeiten sowie von Urlaubsplanung und Krankheitsfällen in einigen Einrichtungen nicht durchgängig möglich.

Nach diesen ersten Rückmeldungen während der laufenden Erprobung erhielten die H.I.L.DE.-QS Beauftragten von den Projektmitarbeitern konkrete Empfehlungen für die weitere Beobachtungsdokumentation und Durchführung der Reflexionsgespräche sowie der Fallbesprechungen, die sehr positiv aufgenommen wurden. Detaillierte Rückmeldungen nach der Erprobung sowie Aussagen der H.I.L.DE.-QS Beauftragten mit Blick auf die Praktikabilität und Effektivität des Instruments sind in Kapitel 3.6, 3.7 und 3.8 ausführlich beschrieben.

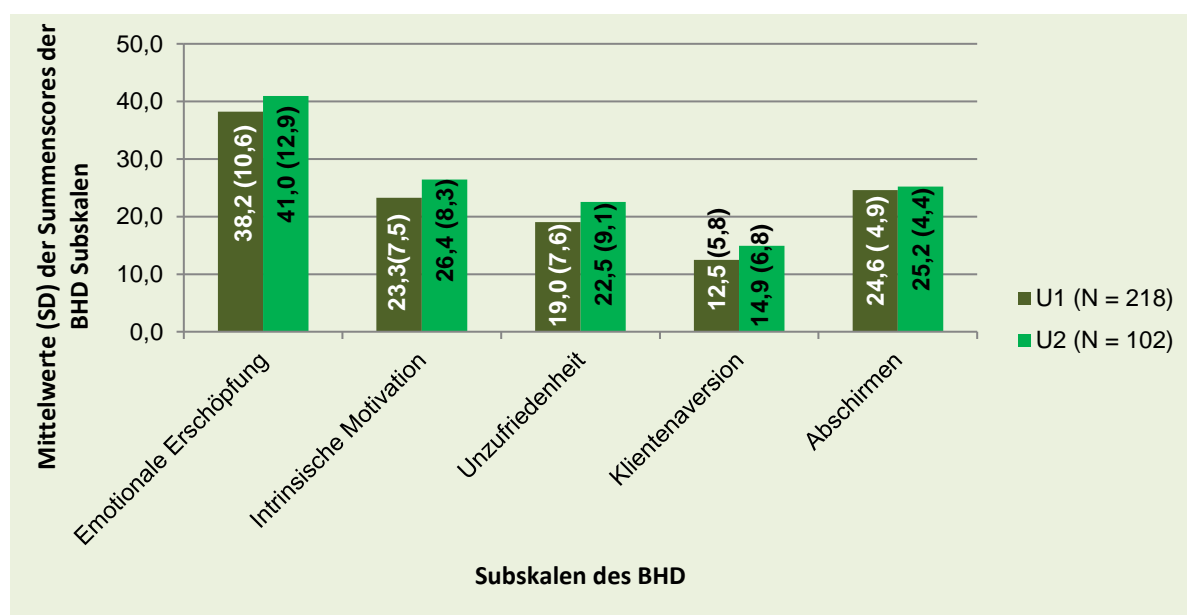
3.4 Ergebnisse der studienbegleitenden Erhebungsverfahren

3.4.1 Das subjektive Belastungsempfinden der Pflegepersonen

Ziel war es, das subjektive, berufliche Belastungsempfinden der Mitarbeiter aller teilnehmenden Pflegeeinrichtungen im Verlauf zu erfassen, um potenzielle Veränderungen nach der Anwendung von H.I.L.DE.-QS abbilden zu können.

Zum Messzeitpunkt 1 (U1) konnte mit insgesamt n = 218 BHD-Bögen ein zufriedenstellender Rücklauf festgestellt werden; zum Messzeitpunkt 2 (U2) waren es insgesamt nur n = 102 BHD-Bögen. Die Response Rate betrug somit insgesamt 46,8%. Zudem war der Anteil der Bögen, die anhand einer identischen Codierung derselben Person (aus U1) zugeordnet werden konnten, noch geringer (n = 6). Daher war eine Pre-Post Analyse anhand von T-Tests für gepaarte Stichproben und damit die Identifizierung signifikanter Veränderung des beruflichen Belastungserlebens auf der Grundlage individueller Veränderungswerte nicht möglich. Es konnte lediglich ein Vergleich der Durchschnittswerte der BHD-Summenscores über die Zeit vorgenommen werden (► Abb. 10).

Abbildung 10: Vergleich der Ergebnisse des BHD zu Messzeitpunkt 1 (U1) und 2 (U2)



Zur Deskription der BHD Mittelwerte von U1 und U2 erfolgte eine Transformation der Rohwertsummen der jeweiligen BHD-Subskalen in Stanine-Werte als Interpretationsgrundlage. Die deskriptive Analyse der BHD Ergebnisse weist in der Tendenz auf einen neutral ausgeprägten Belastungsgrad der Pflegeheimmitarbeiter zu beiden Messzeitpunkten hin (Rohsummenwerte 27-43; Stanine-Werte 4 bis 6). Betrachtet man allerdings die einzelnen Skalen getrennt voneinander, so wird deutlich, dass zu beiden Messzeitpunkten die emotionale Erschöpfung mit Bezug auf die Stanine-Werte zwar noch im neutralen Bereich, aber mit Blick auf den Rohwert von 38,2 ($\pm 10,6$) Punkten (U1) und 41,0 ($\pm 12,9$) Punkten (U2) an der Grenze zur kritischen Ausprägung liegt (Rohsummenwert ab 44; Stanine-Wert 7). Die intrinsische Motivation, das Gefühl von Unzufriedenheit bei der Arbeit sowie eine Aversion gegenüber den Bewohner/Innen fallen im Vergleich zur emotionalen Erschöpfung zu Messzeitpunkt 1 deutlich besser aus, scheinen sich aber im zeitlichen Verlauf verschlechtert zu haben (alle Rohsummenwerte dieser drei Skalen nahmen zu). Insbesondere die Unzufriedenheit ($22,5 \pm 9,1$) und die Klientenaversion ($14,9 \pm 6,8$) liegen zu U2 ebenfalls an der Grenze zur kritischen Belastungsausprägung, was bei U1 nicht der Fall war. Auf der Skala Abschirmen erreichen die Pflegemitarbeiter/Innen sowohl zu U1, als auch zu U2 eine in der Tendenz gleichgebliebene positive Ausprägung. Das bedeutet, dass diese eine relativ gute Distanzierungsfähigkeit besitzen und somit höhere Beanspruchungen ertragen und mit weniger Gesundheits- und Leistungsbeeinträchtigungen konfrontiert werden.

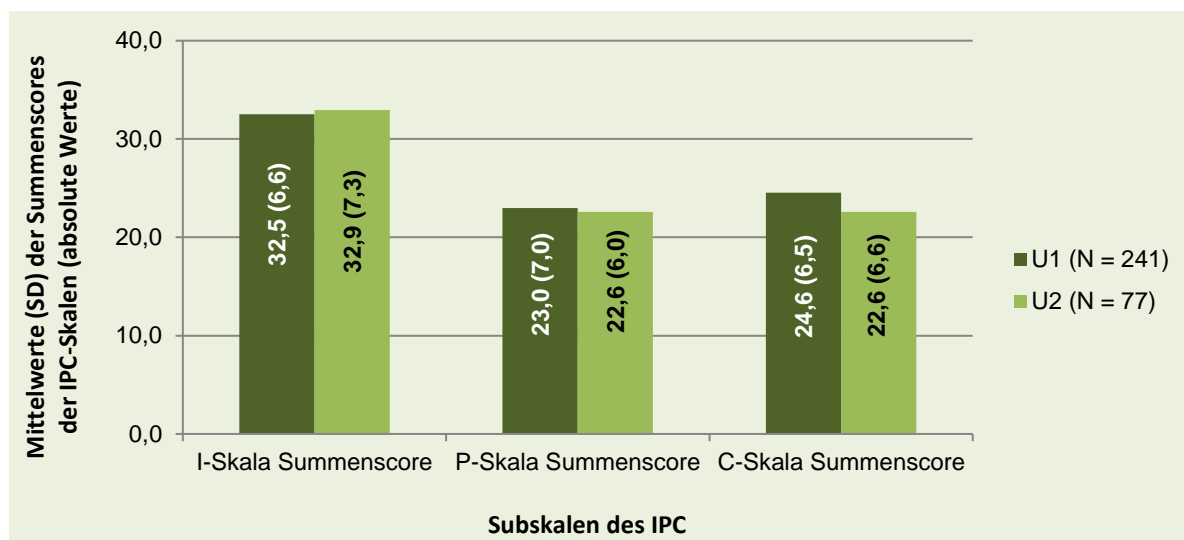
3.4.2 Die Kontrollüberzeugungen der Pflegepersonen

Ziel war es, ergänzend zum subjektiven Belastungserleben mittels BHD auch die subjektiven Kontrollüberzeugungen der Mitarbeiter aller teilnehmenden Pflegeeinrichtungen im Verlauf zu erfassen, um potenzielle Effekte vom H.I.L.DE.-QS abzubilden.

Der Rücklauf der ersten Erhebungswelle der IPC Fragebögen (U1) war ebenfalls zufriedenstellend. Insgesamt wurden $n = 241$ Bögen in die Baseline-Analyse eingeschlossen. In der zweiten Erhebungswelle reduzierte sich der Rücklauf allerdings drastisch: nur $n = 77$ IPC-Bögen wurden dem Institut für Gerontologie zurückgeschickt, was einer Response-Rate von nur 32,0% entspricht. Im Vergleich zu den BHD-Bögen war auch hier die Anzahl der IPC-Rückläufe, die anhand der von den Mitarbeitern selbst vergebenen Codierungen den Bögen aus U1 zugeordnet werden konnten, sehr gering ($n = 5$). Daher war auch für die Untersuchung der subjektiven Kontrollüberzeugungen nur ein beschreibender Vergleich der Durchschnittswerte der IPC-Summenscore über die Zeit möglich (► Abb. 11).

Zur Deskription der IPC Mittelwerte von U1 und U2 erfolgte ebenfalls eine Transformation der Rohwertsummen der jeweiligen I-, P- und C-Skala in Stanine-Werte als Interpretationsgrundlage.

Abbildung 11: Vergleich der Ergebnisse des IPC zu Messzeitpunkt 1 und 2



Die Ergebnisse der IPC Befragung zeigen mit einem Rohwert von 32,5 (\pm 6,6) zu U1 und einem Wert von 32,9 (\pm 7,3) zu U2 eine durchschnittliche, sich über die Zeit kaum veränderte Internalität bzw. internale Kontrollüberzeugung. Demnach ist der Durchschnitt der Pflege Mitarbeiter überzeugt, dass sie Ereignisse in ihrer personenspezifischen Umwelt (Pflegeheim) und das eigene Leben selbst aus eigener Kraft kontrollieren und beeinflussen können. Die Pflege Mitarbeiter weisen darüber hinaus zu beiden Messzeitpunkten auch eine durchschnittliche Externalität bzw. externe Kontrollüberzeugung sowohl in Bezug auf Abhängigkeit von anderen Personen (P-Skala), als auch auf Umwelteinflüsse oder Schicksal (C-Skala) auf. Es lässt sich festhalten, dass sich die subjektiven Kontrollüberzeugungen der Pflege Mitarbeiter in der Tendenz über die Zeit nicht verändert haben und unauffällig sind.

3.5 Charakteristika der Bewohner/Innen und Pflegepersonen

In den folgenden Teilkapiteln werden relevante Merkmale bzw. Charakteristika der an der Erprobung von H.I.L.DE.-QS teilnehmenden Bewohner mit Demenz und der von den H.I.L.DE.-QS-Beauftragten beobachteten Pflegepersonen beschrieben.

3.5.1 Bewohnermerkmale

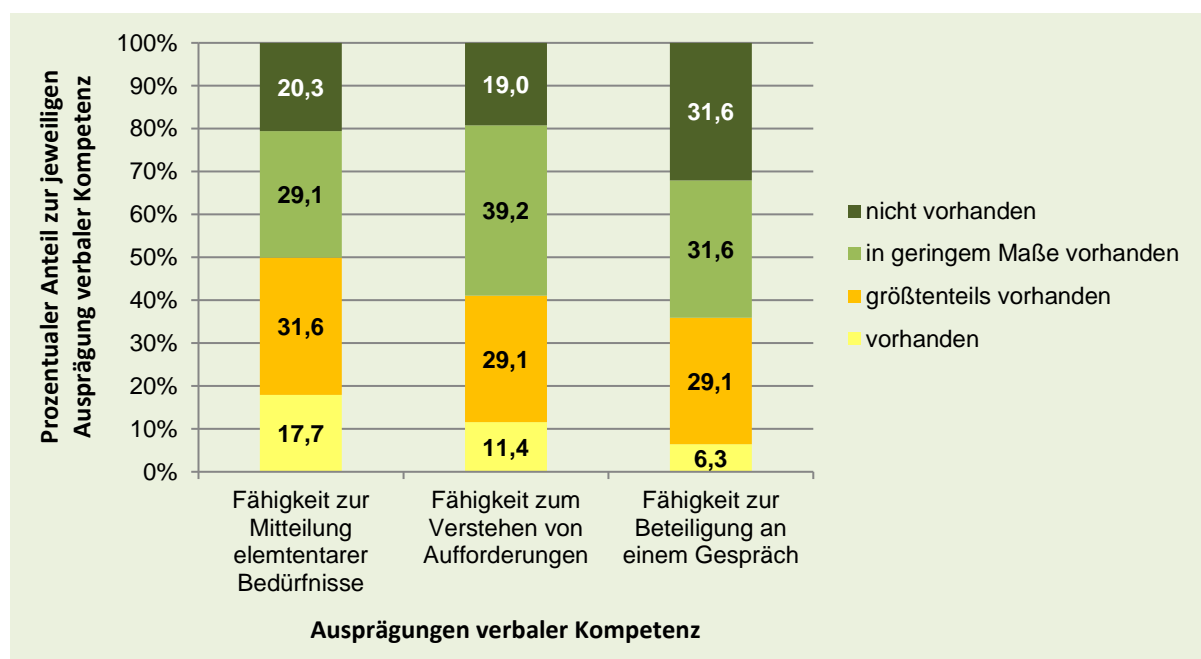
Sämtliche Angaben zur Charakterisierung der teilnehmenden Bewohner wurden aus Teil A des H.I.L.DE.-QS Instruments (Messzeitpunkt 1) entnommen.

Die in dem Projekt eingeschlossenen Bewohner (N = 79) waren im Durchschnitt 83,2(8,02) Jahre alt, 79,7% waren weiblich, 20,3% männlich. Sie hatten einen Pflegegrad von 3,9(0,9), litten also im Durchschnitt an schweren Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit. Bei n = 23 konnte der Demenzschweregrad mittels *Global Deterioration Scale* (GDS) erhoben werden;

die Bewohner erreichten im Schnitt einen Wert von 5,7(1,3), was einer fortgeschrittenen Demenz entspricht.

Einzuschätzen war in Teil A ergänzend zu den oben genannten Merkmalen auch die verbale Kompetenz der Bewohner in Anlehnung an das Begutachtungsinstrument zur Einschätzung der Pflegebedürftigkeit nach § 18 SGB XI. Die Angaben zur verbalen Kompetenz des Bewohners sind wesentlich, um sich zu vergegenwärtigen, auf welcher kommunikativen Ebene die Interaktion mit der Pflegeperson verläuft. Die verbale Kompetenz, d.h. 1) die Fähigkeit zur Mitteilung elementarer Bedürfnisse, 2) zum Verstehen von Aufforderungen und 3) zur Beteiligung an einem Gespräch wird auf einer Skala von 0 = vorhanden bis 3 = nicht vorhanden erfasst und wurde initial bei n = 78 Bewohnern eingeschätzt (► Abb. 12).

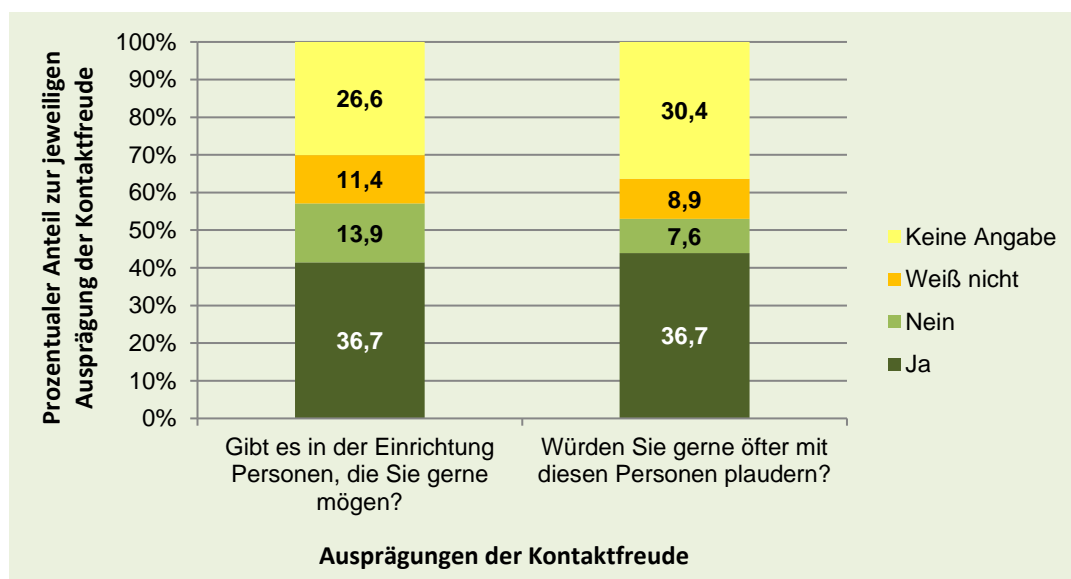
Abbildung 12: Verbale Kompetenz der teilnehmenden Bewohner (Angaben in %)



Aus Abbildung 12 wird ersichtlich, dass bei nur 17,7% der in die Studie eingeschlossenen Pflegeheimbewohner die Fähigkeit zur Mitteilung elementarer Bedürfnisse, bei nur 11,4% die Fähigkeit zum Verstehen von Aufforderungen und bei nur 6,3 % die Fähigkeit zur Beteiligung an einem Gespräch vorhanden ist. Nach Einschätzung der H.I.L.DE.-QS Beauftragten sind knapp ein Drittel der Bewohner nicht mehr in der Lage, sich an einem Gespräch zu beteiligen. Bei einem weiteren Drittel ist dies nur noch in geringem Maße möglich. Im Großen und Ganzen verdeutlichen die Ergebnisse, dass die Mehrheit der Bewohner mit Demenz erwartungsgemäß eine deutlich bis mäßig beeinträchtigte verbale Kompetenz aufweist. Ersichtlich wird aber auch, dass bei einem Teil der Bewohner die verbale Kommunikationsfähigkeit noch größtenteils vorhanden ist. Somit konnte erfolgreich eine mit Blick auf die verbale Kompetenz eher heterogene Stichprobe für die H.I.L.DE.-QS Erhebung in den Blick genommen werden,

wodurch auf die Anwendbarkeit des Instruments bei unterschiedlichen Demenzschweregraden und kognitiven Defiziten geschlossen werden kann.

Abbildung 13: Kontaktfreude der teilnehmenden Bewohner (Angaben in %)



Insbesondere die Ergebnisse zur Kontaktfreude der teilnehmenden Bewohner (Befragungsteil I; Teil C) haben große Bedeutung für die gesamte H.I.L.DE.-QS Erhebung und in besonderem Maße für die Beobachtung der Interaktion zwischen den Bewohnern und den Pflegepersonen, da Bewohner mit einem hohen Ausmaß an Kontaktfreude bzw. Bedürfnis nach Kontakt zu anderen Menschen von den auf Basis der H.I.L.DE.-QS Erhebung entwickelten Interventionen und potenziellen Veränderungen des Kommunikationsverhaltens der Pflegepersonen in besonderem Maße profitieren können (► Abb. 13).

Auszüge aus den Befragungsteilen belegen, dass einzelne Bewohner sehr auf den Kontakt zu Einzelpersonen fixiert sind und aufgrund dessen Freude empfinden:

„Ein Herr, der mir Freude gibt.“

„Ihr ganzes Wesen, was sie so an sich hat, habe nur die eine eigentlich.“

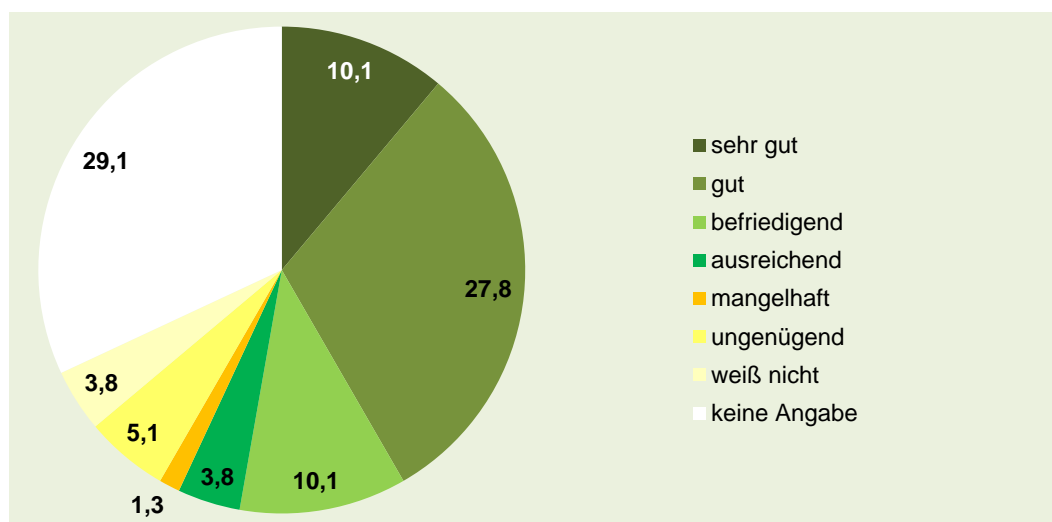
Aber auch Abneigungen gegenüber Personen im Umfeld der Bewohner werden deutlich: Ein Bewohner wies beispielsweise darauf hin, dass er alle Pflegekräfte und Mitarbeiter gerne hat, jedoch eine Abneigung gegen die Reinigungskraft empfindet:

„Euch alle. Ihr seid nett, auch die, die die Küche macht. Aber die Putzfrau kann ich nicht leiden.“

Diese Informationen, die über die Kontaktfreude oder Abneigung der Bewohner erfasst werden, stellen einen wichtigen Anhaltspunkt für die teilnehmende Beobachtung aber auch die Fallbesprechung dar.

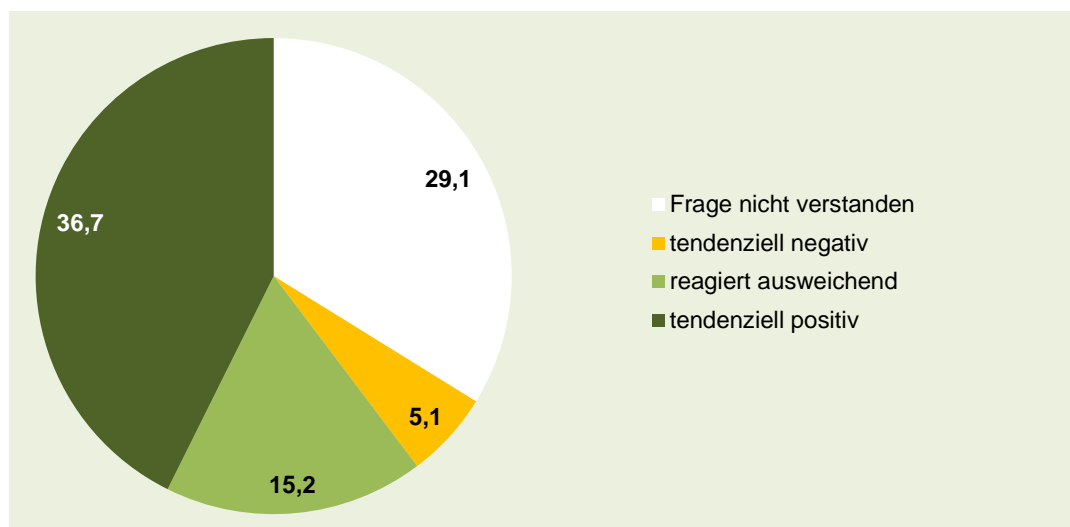
Abbildung 13 verdeutlicht, dass mehr als ein Drittel der Bewohner (36,7%) das Bedürfnis nach mehr Kontakt (in Form von Gesprächen) zu anderen Personen in der Pflegeeinrichtung hat. Ebenso viele Bewohner geben an, dass es in der Einrichtung Personen gibt, die sie gerne mögen, d.h. Personen, die für einen stärkeren sozialen Kontakt bzw. intensive Gespräche verfügbar bzw. geeignet wären. Ob es sich hierbei um Pflegepersonal handelt, konnte im Rahmen des Projekts nicht untersucht werden. Ersichtlich wird aber auch, dass eine große Zahl an Bewohnern die Fragen zur Kontaktfreude aufgrund einer eingeschränkten verbalen Kommunikationsfähigkeit nicht beantworten konnten. Festzuhalten ist aber, dass sowohl für die Bewohner mit einem starken Bedürfnis nach mehr sozialem Kontakt, als auch für diesen Anteil an Bewohnern die Implementierung von H.I.L.DE.-QS eine große Bedeutung haben könnte, da die verbale und nonverbale Interaktion zwischen Pflegepersonen und Bewohnern als Dimension der Lebensqualität bei Demenz und dessen Optimierung bzw. Förderung bei der Durchführung von H.I.L.DE.-QS vertiefend in den Fokus rückt.

Abbildung 14: Lebenszufriedenheit der Bewohner (Angaben in %)



Die Frage nach der Lebenszufriedenheit (Single-Item Skala in Befragungsteil I; Teil C) der Bewohner ergab ein recht positiv zu bewertendes Ergebnis (► Abb. 14): 27,8% der Bewohner beurteilen ihre Lebenszufriedenheit als gut, 10,1% sogar als sehr gut und ebenso viele als befriedigend. Anzumerken ist, dass knapp ein Drittel der Bewohner aufgrund beeinträchtigter verbaler Kompetenz keine Angaben zu dieser Frage machen konnte. Zudem ist darauf hinzuweisen, dass 5,1% eine ungenügende und 1,3% eine mangelhafte Lebenszufriedenheit berichteten.

Abbildung 15: Reaktion der Bewohner auf Frage zur Lebenszufriedenheit (Angaben in %)

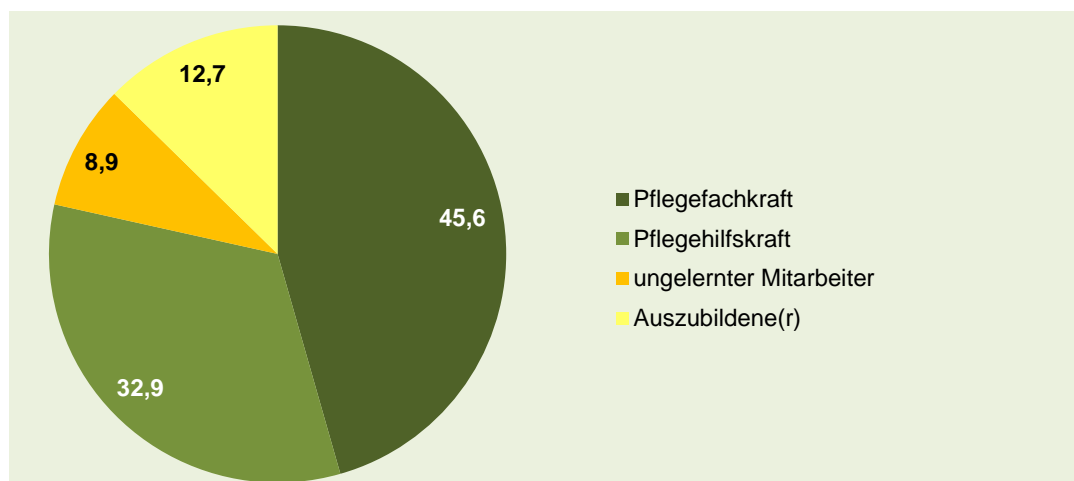


Positiv zu bewerten ist außerdem, dass 36,7% der Bewohner positiv auf die Frage zur Lebenszufriedenheit reagierten (► Abb. 15). 29,1% haben die Frage nicht verstanden und die Minderheit der Bewohner reagierte ausweichend oder negativ.

3.5.2 Merkmale der Pflegepersonen

Ergänzend zur Charakteristik der Bewohner werden im Folgenden einige Merkmale der Pflegepersonen, die mittels H.I.L.DE.-QS in den jeweiligen Pflegesituationen beobachtet wurden, beschrieben: 84,8% der teilnehmenden Pflegepersonen waren weiblich, 15,2% männlich. Bei 45,6% handelte es sich um ausgebildete Pflegefachkräfte, bei 32,9% um Pflegehilfskräfte (► Abb. 16). Die Mehrzahl der Pflegepersonen (96,2%) hatte zum Zeitpunkt der H.I.L.DE.-QS Erprobung keine spezifischen Weiterbildungsangebote genutzt. Eine Pflegeperson (1,3%) war im Bereich Gerontopsychiatrie weitergebildet. Zwei Pflegepersonen (2,5%) waren zum Zeitpunkt der Beobachtung Wohnbereichsleitungen.

Abbildung 16: Ausbildung der beobachteten Pflegepersonen (Angaben in %)



3.6 Ergebnisse der H.I.L.DE.-QS Validierung

In den folgenden Teilkapiteln werden die Ergebnisse der Konstrukt- und Inhaltsvalidität, der Interrater-Reliabilität, der Veränderungssensitivität sowie der Praktikabilität von H.I.L.DE.-QS dargestellt.

3.6.1 Konstrukt- und Inhaltsvalidität

Zur Überprüfung der Konstruktvalidität wurden im Vorfeld a priori Hypothesen generiert, die theoretische Überlegungen zu erwarteten Zusammenhängen zwischen relevanten H.I.L.DE.-QS Skalen und dem QUALIDEM beinhalten. Ergänzend zur Konstruktvalidität wurde die Inhaltsvalidität des gesamten H.I.L.DE.-QS Instruments mittels Expertenrating untersucht. Die Ergebnisse sind auf den folgenden Seiten ausführlich dargestellt.

Konstruktvalidität

Erwartungsgemäß zeigte sich bei einer Stichprobengröße von $n = 39$ Bewohnern eine signifikante schwache bis mäßige Korrelation zwischen dem QUALIDEM Summenscore ($r_s = 0,43$; $P = .007$), den QUALIDEM Subskalen „Positive Affekte“ ($r_s = 0,41$; $P = .01$) sowie „Sich zu Hause fühlen“ ($r_s = 0,36$; $P = .02$) und der H.I.L.DE.-QS Skala zur Lebenszufriedenheit. Die Ergebnisse zeigen darüber hinaus einen signifikanten mäßigen bis deutlichen Zusammenhang zwischen der QUALIDEM Subskala „Etwas zu tun haben“ und der H.I.L.DE.-QS Skala zur Lebenszufriedenheit ($r_s = 0,58$; $P < .001$). Zudem zeigte sich bei $n = 43$ Bewohnern wie vermutet eine geringe bis mäßige Korrelation ($r_s = 0,49$; $P < .001$) zwischen der QUALIDEM Subskala „Pflegebeziehung“ der H.I.L.DE.-QS Skala zur Beurteilung der Gesamtatmosphäre der Pflegesituation (► Tab. 2).

Tabelle 2: Ergebnisse der Konstruktvalidität

QUALIDEM	H.I.L.DE.-QS Skala zur Lebenszufriedenheit (P-Wert)
Summenscore	0,43* (.007)
QUALIDEM Subskalen	H.I.L.DE.-QS Skala zur Lebenszufriedenheit (P-Wert)
Pflegebeziehung	0,11 (n.s.)
Ruheloses Verhalten	0,21* (n.s.)
Positives Selbstbild	0,01 (n.s.)
Soziale Beziehung	0,30* (n.s.)
Soziale Isolation	0,04* (n.s.)
Positive Affekte	0,41* (.01)
Negative Affekte	0,08 (n.s.)
Sich zu Hause fühlen	0,36* (.02)
Etwas zu tun haben	0,58** (<.001)
QUALIDEM Subskalen	H.I.L.DE.-QS Skala zur Beurteilung der Gesamtatmosphäre (P-Wert)
Pflegebeziehung	0,49* (.001)

Tabelle 2: Dargestellt sind Spearman-Rang-Korrelationskoeffizienten (r_s) zwischen dem QUALIDEM Summenscore bzw. den QUALIDEM Subskalen und der H.I.L.DE.-QS Skala zur Lebenszufriedenheit, wobei $0,0 \leq r_s \leq 0,2$ keinen bis einen geringen Zusammenhang, $0,2 < r_s \leq 0,5$ einen schwachen bis mäßigen, $0,5 < r_s \leq 0,8$ einen deutlichen Zusammenhang und $0,8 < r_s \leq 1,0$ einen hohen bis perfekten Zusammenhang darstellt. n. s. = nicht signifikant.

In Tabelle 3 sind entsprechend der oben genannten Zusammenhangsmaße mit Blick auf beide H.I.L.DE.-QS Skalen, dem QUALIDEM Summenscore und den QUALIDEM Subskalen die Ergebnisse der Überprüfung der a priori Hypothesen dargestellt, anhand derer Aussagen zur Konstruktvalidität getroffen werden können.

Tabelle 3: Ergebnisse der Überprüfung der a priori Hypothesen

Nr.	A priori Hypothese	Bestätigt?
Korrelation zwischen dem QUALIDEM-Summenscore und der H.I.L.DE.-QS Skala zur Lebenszufriedenheit (Befragungsteil I)		
H1	Wir erwarten einen mäßigen Zusammenhang zwischen dem QUALIDEM Summenscore und der H.I.L.DE.-QS Skala zur Lebenszufriedenheit, da beide Instrumente ein zwar ein ähnliches, aber nicht das identische Konstrukt, nämlich die Lebensqualität bzw. -zufriedenheit, erfassen.	JA
Korrelationen zwischen einzelnen QUALIDEM-Subskalen und der H.I.L.DE.-QS Skala zur Lebenszufriedenheit (Befragungsteil I)		
H2	Wir erwarten keinen bis geringen Zusammenhang zwischen der QUALIDEM Subskala „Pflegerbeziehung“ und der H.I.L.DE.-QS Skala zur Lebenszufriedenheit, da die „Pflegerbeziehung“ im QUALIDEM vornehmlich Verhaltensweisen der Betroffenen gegenüber der Pflegeperson in den Blick nimmt, nicht aber Verhaltensweisen der Pflegeperson gegenüber den Betroffenen, welche das subjektive Erleben der Pflegebeziehung und damit die Lebenszufriedenheit beeinflussen kann.	JA
H3	Wir erwarten keinen bis geringen Zusammenhang zwischen der QUALIDEM Subskala „Ruheloses, angespanntes Verhalten“ und der H.I.L.DE.-QS Skala zur Lebenszufriedenheit, da Verhaltensauffälligkeiten den Grad der Lebenszufriedenheit häufig nicht bestimmen, sondern eher die Folge einer bereits bestehenden Unzufriedenheit z. B. mit der aktuellen Situation darstellen.	JA
H4	Wir erwarten keinen bis geringen Zusammenhang zwischen der QUALIDEM Subskala „Positives Selbstbild“ und der H.I.L.DE.-QS Skala zur Lebenszufriedenheit, da das „positive Selbstbild“ im QUALIDEM zentrale Dimensionen wie Selbstakzeptanz oder Ich-Integrität als zentrale Einflussfaktoren für Lebenszufriedenheit unzureichend erfasst.	JA
H5	Wir erwarten einen schwachen bis mäßigen Zusammenhang zwischen der QUALIDEM Subskala „Soziale Beziehung“ und der H.I.L.DE.-QS Skala zur Lebenszufriedenheit, da die soziale Umwelt wie sie im QUALIDEM erfasst werden für ältere Menschen ein zentraler Einflussfaktor für subjektive Lebenszufriedenheit darstellt.	NEIN (n.s.)
H6	Wir erwarten keinen bis geringen Zusammenhang zwischen der QUALIDEM Subskala „Soziale Isolation“ und der H.I.L.DE.-QS Skala zur Lebenszufriedenheit, da die „soziale Isolation“ im QUALIDEM zentrale Dimensionen wie Beziehungsqualität, Geborgenheit oder Bezogenheit als Einflussfaktoren für Lebenszufriedenheit unzureichend erfasst.	JA
H7	Wir erwarten einen mäßigen Zusammenhang zwischen der QUALIDEM Subskala „Positive Affekte“ und der H.I.L.DE.-QS Skala zur Lebenszufriedenheit, da positive Emotionen die emotionale Befindlichkeit und damit das subjektive Erleben als zentrale Dimension von Lebensqualität widerspiegeln.	JA
H8	Wir erwarten einen keinen bis geringen Zusammenhang zwischen der QUALIDEM Subskala „Negative Affekte“ und der H.I.L.DE.-QS Skala zur Lebenszufriedenheit, da negative Emotionen nicht auf Bewertungen des Lebens bzw. auf Lebenszufriedenheit auswirken müssen.	JA
H9	Wir erwarten einen schwachen bis mäßigen Zusammenhang zwischen der QUALIDEM Subskala „Sich zu Hause fühlen“ und der H.I.L.DE.-QS Skala zur	JA

	Lebenszufriedenheit, da das subjektive Erleben der räumlichen Umwelt als Aspekt von Lebenszufriedenheit verstanden werden kann.	
H10	Wir erwarten einen mäßigen bis deutlichen Zusammenhang zwischen der QUALIDEM Subskala „Etwas zu tun zu haben“ und der H.I.L.DE.-QS Skala zur Lebenszufriedenheit, da das Gefühl, gebraucht zu werden und die Selbstbestimmung, die als zentrale Dimensionen der Lebenszufriedenheit gilt, im QUALIDEM erfasst wird.	JA
Korrelationen zwischen einzelnen QUALIDEM-Subskalen und der H.I.L.DE.-QS Skala zur Beurteilung der Gesamtatmosphäre in der Pflegesituation (Beobachtungsteil)		
H11	Wir erwarten einen mäßigen Zusammenhang zwischen der QUALIDEM Subskala „Pflegerbeziehung“ und der H.I.L.DE.-QS Skala „Einschätzung der Gesamtatmosphäre während der beobachteten Situation“, da beide Skalen ein ähnliches Konstrukt, nämlich die Interaktion zwischen Pflegeperson und Bewohner, messen.	JA

Es wird ersichtlich, dass von insgesamt 11 a priori Hypothesen 10 bestätigt werden konnten (90,9%), was generell auf eine gute Konstruktvalidität der H.I.L.DE.-QS Skala zur Lebenszufriedenheit und zur Beurteilung der Gesamtatmosphäre in der Pflegesituation hinweist [z. B. TERWEE ET AL. 2007].

Inhaltsvalidität

Zur Erfassung der Inhaltsvalidität wurden insgesamt n = 10 Experten gebeten, die einzelnen H.I.L.DE.-QS Bestandteile (Befragungsteil I und II, Beobachtungsteil mit Reflexionsgespräch) zu beurteilen. Die Auswertung ergab in der Gesamtheit ein positives Bild (► Abb. 17):

Abbildung 17: Ergebnisse der Expertenratings zu den Personenangaben und Befragungsteil II

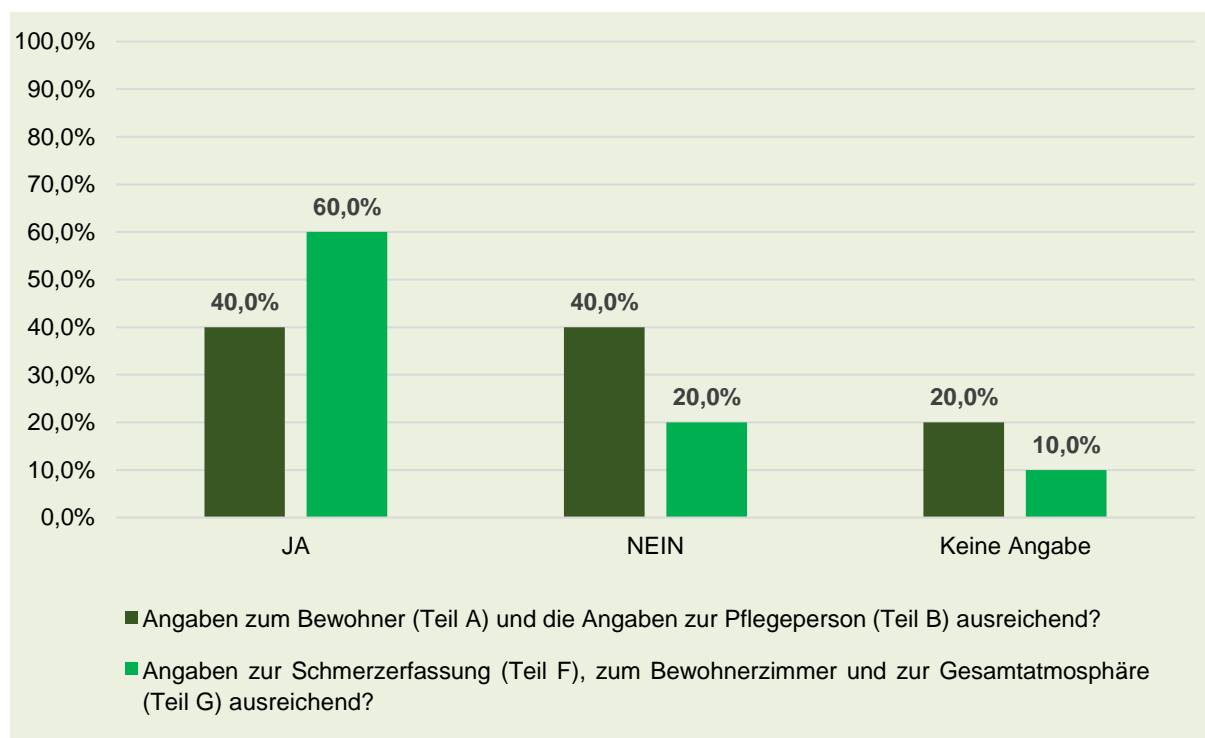
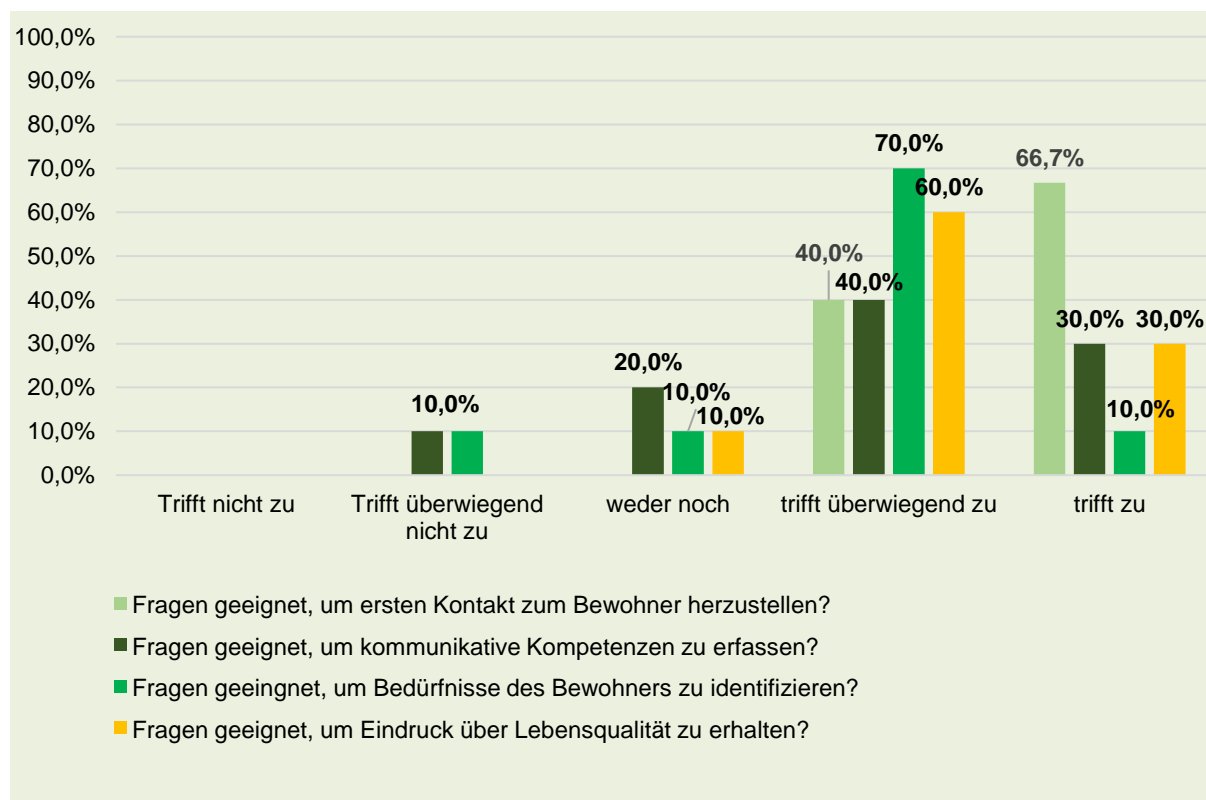


Abbildung 17 macht deutlich, dass laut der Mehrheit der Experten die Fragen bzw. Items zur Schmerzerfassung, zum Bewohnerzimmer und zur Gesamtatmosphäre (Befragungsteil II; Teil F und G) ausreichend sind (60%). Laut einigen Experten sind die Angaben zum Bewohner (Teil A) und zur Pflegeperson (Teil B) nicht ausreichend (40%). Die Analyse der Expertenkommentare und -empfehlungen, die mittels einer offenen Fragestellung in der Skala für das Rating erfasst wurde, zeigt, dass vor allem weitere Informationen über die Pflegeperson (Teil B) wünschenswert wären. Die Experten verweisen auf die Dauer der Berufserfahrung allgemein oder insbesondere im Hinblick auf Menschen mit Demenz und die Dauer der Einrichtungszugehörigkeit. Zudem könnte der Bildungsstand abgefragt werden.

Nimmt man die Expertenratings der einzelnen Fragen, die den Bewohnern im offenen Interview (Befragungsteil I; Teil C) gestellt werden, in den Blick, zeigt sich ganz deutlich, dass diese für die Mehrheit der Experten im ausreichenden Maße dazu geeignet sind, um Kontakt zum Bewohner herzustellen, seine kommunikative Kompetenz zu erfassen, die Bedürfnisse der Bewohner zu identifizieren und einen ersten Eindruck über die Lebensqualität der Bewohner zu erhalten (► Abb. 18).

Abbildung 18: Ergebnisse des Expertenratings zum Befragungsteil I



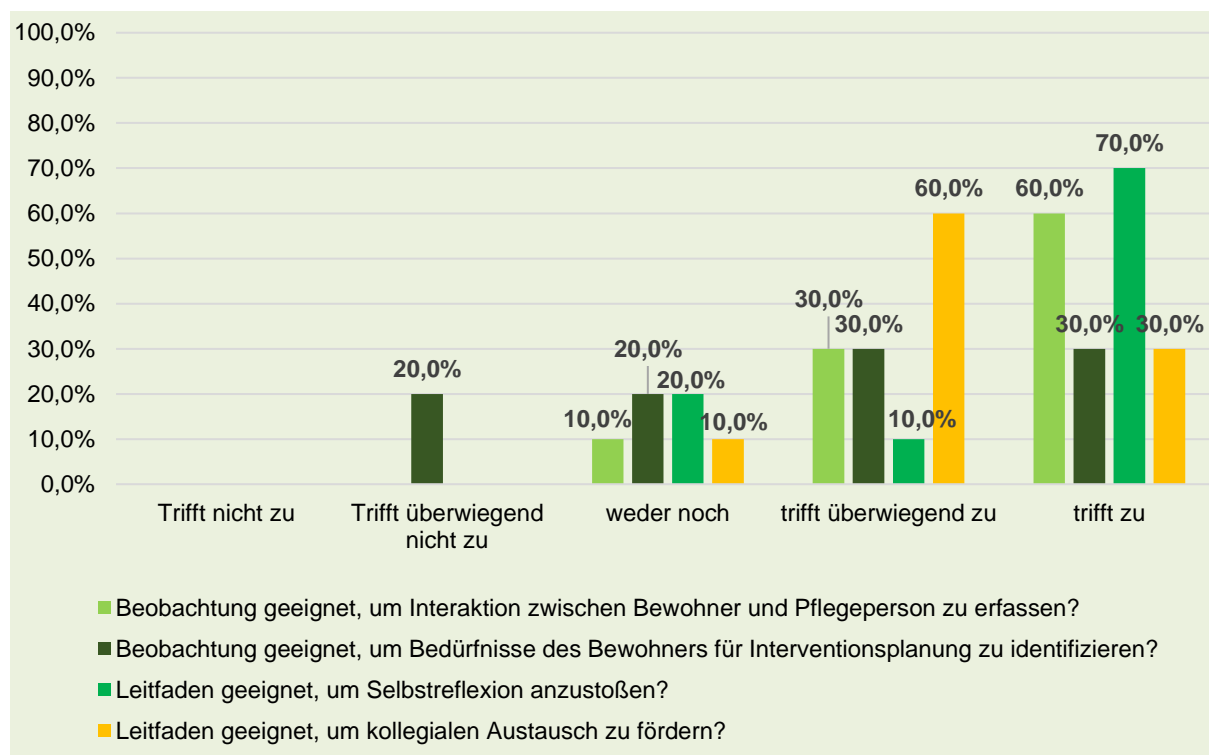
Vor allem stellt der Befragungsteil für die Experten ein wichtiges Mittel für die Kontaktaufnahme zum Bewohner dar (für 66,7% trifft dies völlig zu). Den Befragungsteil zur Identifikation der

Bewohnerbedürfnisse anzuwenden, ist laut 70% der Experten völlig angemessen (trifft überwiegend zu), dennoch ist hier auf besonders wertvolle Empfehlungen der Experten hinzuweisen: Sie empfehlen eine zusätzliche Einschätzung durch eine nahestehende Person, da in Frage gestellt wird, ob einzelne Bewohner aufgrund der kognitiven Beeinträchtigung noch valide Auskunft geben können. Sie weisen zudem darauf hin, dass die Fragen sehr persönlich sind und aus diesem Grund die Haltung zum Interviewer bzw. die Beziehung zum Interviewer bedeutend ist. Auch sind die Fragen laut 60% der Experten mit einigen wenigen Einschränkungen dazu geeignet, einen ersten Eindruck über die Lebensqualität der Bewohner zu erhalten (trifft überwiegend zu). Jedoch weisen einige Kommentare der Experten darauf hin, dass der Interventionsbedarf noch nicht klar eingeschätzt werden kann, wenn nur nach Determinanten von Wohlbefinden gefragt wird. Nichtsdestotrotz muss an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass keiner der Experten den Befragungsteil zur Kontaktaufnahme, Erfassung der kommunikativen Fähigkeiten, der Bedürfnisse und Lebensqualität der Bewohner als ungeeignet beurteilt (trifft nicht zu) und nur 10% die Erfassung der kommunikativen Kompetenz und der Bewohnerbedürfnisse anhand des Befragungsteils eher kritisch betrachtet (trifft überwiegend nicht zu).

Daraus lässt sich schlussfolgern, dass die Durchführung des H.I.L.DE.-QS Befragungsteils unbedingt zu empfehlen ist, da dadurch vor allem ein intensiver Beziehungsaufbau zum Bewohner realisiert werden kann - und dies ist eine wichtige Dimension für dessen subjektiven Wohlbefindens und Lebensqualität darstellt. Zudem weist der Befragungsteil nach der Expertenmeinung ein großes Potential auf, die Bewohnerbedürfnisse zu erfragen und einen Eindruck über seine Lebensqualität zu erhalten.

Auch die Einstellung der Experten gegenüber dem H.I.L.DE.-QS Beobachtungsteil (Beobachtungsschema und Reflexionsgespräch) als Kernstück des Instruments ist in der Gesamtheit als positiv zu beurteilen (► Abb. 19).

Abbildung 19: Ergebnisse der Expertenratings des Beobachtungsteils und Reflexionsgesprächs



Die Ergebnisse zeigen, dass der Beobachtungsteil von der Mehrheit der Experten (60%) als besonders geeignet betrachtet wird, um die Interaktion zwischen den Bewohnern und der Pflegeperson, d.h. das Zusammenspiel zwischen spezifischen Kommunikationsmuster und der Emotionalität der Bewohner, abzubilden (trifft zu). Aber nur 30% der Experten sehen den Beobachtungsteil zur Identifikation der Bewohnerbedürfnisse für die Interventionsplanung als gut bzw. ausreichend geeignet (trifft zu / trifft überwiegend zu). Für 20% der Experten trifft dies sogar gar nicht zu. Sie weisen darauf hin, dass es für die Interventionsplanung von großem Nutzen wäre, wenn es gelänge, ein bestimmtes Pflegeverhalten und gewisse Umweltbedingungen genauer identifizieren zu können, was dazu beitragen kann, dass sich die Emotionslage der Bewohner verändert.

Betrachtet man die Ergebnisse der Ratings zur Eignung und Qualität des Leitfadens für das Reflexionsgespräch, ist eindeutig zu erkennen, dass die Experten diesen mehrheitlich (70%) als besonders zweckmäßig ansehen, eine Selbstreflexion der Pflegepersonen anzustoßen (trifft zu). Für 60% der Experten hat das Reflexionsgespräch großes Potenzial, den kollegialen Austausch zu fördern (trifft überwiegend zu). Auch die Ergebnisse der weiteren Analysen weisen auf die Relevanz des Reflexionsgesprächs für die Verbesserung des Kommunikationsverhaltens und damit für eine Verbesserung des emotionalen Zustands und der Lebensqualität der Bewohner hin (► Kap. 3.7.2). Die Experten weisen jedoch darauf hin, dass zum einen die Ermutigung zum kollegialen Austausch deutlicher werden könnte und zum anderen Personen

mit einer geringen Reflexionsfähigkeit, Anstöße aus der erlebten Beobachtungssituation benötigen.

Insgesamt weisen die Ergebnisse der Experten auf eine ausreichende bis gute Inhaltsvalidität von H.I.L.DE.-QS hin; alle Bestandteile des Instruments können im Kontext der stationären Altenpflege bei MmD genutzt werden, da diese jeweils spezifische Fragestellungen und Ziele (z. B. die Erfassung der Interaktion zwischen Bewohner und Pflegeperson) in den Blick nehmen, die in ihrer Gesamtheit ein für die Reflexion der Pfl egetätigkeit und für die Planung von bewohnerbezogenen Interventionen umfassendes Bild geben können.

3.6.2 Interrater-Reliabilität

Zur Analyse der Interrater-Reliabilität wurden Zusammenhangsmaße (Cohens Kappa) zwischen Variablen des H.I.L.DE.-QS Beobachtungsteils (Emotionalität und Kommunikationsmuster) berechnet (► Tab. 4).

Mit Ausnahme der emotionalen Variabilität, d.h. der Anzahl der Wechsel der Emotionen der Bewohner in der Pflegesituation ($\kappa = 0,19$; $P < .001$), zeigen sich sowohl für die positiven und negativen Kommunikationsmuster auf der Beziehungs- und Handlungsebene, als auch für die beobachteten positiven und negativen Emotionen der Bewohner zu Beginn, im Verlauf und am Ende der Pflegesituation ausreichende bis beachtliche Korrelationen ($\kappa = 0,29 - 0,76$; $P < .001$). Dies bedeutet, dass beide Rater unabhängig voneinander zu ähnlichen Zeitpunkten während der Pflegesituation mithilfe des Beobachtungsschemas die gleichen bzw. ähnliche Emotionen bzw. Kommunikationsmuster identifizieren konnten. Mit Blick auf die Beurteilung der Gesamtatmosphäre stimmten die Rater mittelmäßig überein ($\kappa = 0,54$; $P < .001$). Der Beobachtungsteil als Kernstück von H.I.L.DE.-QS weist somit eine gute Interrater-Reliabilität auf.

Tabelle 4: Ergebnisse der Analyse zur Interrater-Reliabilität

Variable	N	Korrelation zwischen Rater 1 und 2 (P-Wert)	Interpretation
Übereinstimmung der beobachteten Kommunikationsmuster der Pflegeperson			
Positive Kommunikationsmuster auf der Beziehungsebene	65	0,29 (<.001)	Ausreichende Übereinstimmung
Negative Kommunikationsmuster auf der Beziehungsebene	65	0,76 (<.001)	Beachtliche Übereinstimmung
Positive Kommunikationsmuster auf der Handlungsebene	65	0,49 (<.001)	Mittelmäßige Übereinstimmung
Negative Kommunikationsmuster auf der Handlungsebene	65	0,63 (<.001)	Beachtliche Übereinstimmung
Übereinstimmung der beobachteten Emotionalität der Bewohner			
Anzahl beobachteter positiver Emotionen	68	0,29 (<.001)	Ausreichende Übereinstimmung
Anzahl beobachteter negativer Emotionen	68	0,37 (<.001)	Ausreichende Übereinstimmung

Positive Emotionen zu Beginn der Pflegesituation	68	0,64 (<.001)	Beachtliche Übereinstimmung
Negative Emotionen zu Beginn der Pflegesituation	67	0,58 (<.001)	Mittelmäßige Übereinstimmung
Positive Emotionen im Verlauf der Pflegesituation	73	0,44 (<.001)	Mittelmäßige Übereinstimmung
Negative Emotionen im Verlauf der Pflegesituation	73	0,49 (<.001)	Mittelmäßige Übereinstimmung
Positive Emotionen am Ende der Pflegesituation	73	0,45 (<.001)	Mittelmäßige Übereinstimmung
Negative Emotionen am Ende der Pflegesituation	72	0,39 (.001)	Ausreichende Übereinstimmung
Emotionale Variabilität (Anzahl der Wechsel der Emotionen)	68	0,19 (<.001)	Geringe Übereinstimmung
Beurteilung der Gesamtatmosphäre und Interaktion	64	0,54 (<.001)	Mittelmäßige Übereinstimmung

Tabelle 4: Dargestellt sind Kappa-Korrelationskoeffizienten (κ) zwischen Ergebnissen von Rater 1 und Rater 2 mit Blick auf Variablen zur Emotionalität der Bewohner und Kommunikationsmuster der Pflegepersonen, wobei $\kappa < 0$ eine „schlechte Übereinstimmung“, κ zwischen 0 und 0,20 eine „leichte Übereinstimmung“, zwischen 0,21–0,40 eine „ausreichende Übereinstimmung“, zwischen 0,41–0,60 eine „mittelmäßige Übereinstimmung“, zwischen 0,61–0,80 eine „beachtliche Übereinstimmung“ und zwischen 0,81–1,00 eine „(fast) vollkommene Übereinstimmung“ bedeutet. n = Anzahl der Bewohner.

3.6.3 Veränderungssensitivität

Die statistische Analyse zur Beurteilung der Veränderungssensitivität des Beobachtungsteils von H.I.L.DE.-QS (► Tab. 5) zeigte in der Gesamtheit positive Ergebnisse: Insbesondere konnten bei n = 59 Fällen signifikante Veränderungen sowohl der positiven Kommunikationsmuster der Pflegepersonen auf beiden Ebenen ($P < .001$), als auch der negativen Kommunikationsmuster der Pflegepersonen auf der Beziehungsebene ($P = .002$) und Handlungsebene ($P = .001$) mit kleinen bis mittleren Effektstärken (SRMs = 0,4-0,5) identifiziert werden. Auch ist es gelungen, mittels des H.I.L.DE.-QS Beobachtungsschemas bedeutsame Veränderungen mit Blick auf die Anzahl negativer Emotionen während der gesamten Pflegesituation ($P < .001$), im Verlauf ($P < .001$) sowie hinsichtlich der Anzahl positiver Emotionen am Ende der Pflegesituation ($P = .009$) mit ebenfalls kleinen bis mittleren Effektstärken (SRMs = 0,2-0,7) abzubilden. Signifikante Veränderungen mit mittleren Effektstärken konnten ebenso im Hinblick auf die emotionale Variabilität ($P = .023$) und die Beurteilung der Gesamtatmosphäre ($P = .003$) mit mittleren Effektstärken (SRMs = 0,3) identifiziert werden.

Tabelle 5: Ergebnisse zur Analyse der Veränderungssensitivität

Variable	N	MW U1	MW U2	MW-Differenz (P-Wert)	SRM
Kommunikationsmuster der Pflegeperson					
Positive Kommunikationsmuster auf der Beziehungsebene	59	5,96 (2,33)	7,03 (2,29)	1,07 (<.001)	0,5**
Negative Kommunikationsmuster auf der Beziehungsebene	59	0,38 (0,77)	0,05 (0,22)	-0,33 (.002)	-0,4*
Positive Kommunikationsmuster auf der Handlungsebene	59	3,25 (1,3)	3,8 (0,98)	0,55 (<.001)	0,5**
Negative Kommunikationsmuster auf der Handlungsebene	59	0,6 (0,89)	0,2 (0,55)	-0,4 (<.001)	-0,5**
Emotionalität der Bewohner					
Anzahl beobachteter positiver Emotionen	59	5,53 (3,25)	6,01 (3,71)	0,48 (n.s.)	0,1
Anzahl beobachteter negativer Emotionen	59	3,16 (2,7)	1,66 (2,22)	-1,5 (<.001)	-0,6**
Positive Emotionen zu Beginn der Pflegesituation	59	0,63 (0,44)	0,66 (0,48)	0,03 (n.s.)	0,1
Negative Emotionen zu Beginn der Pflegesituation	58	0,25 (0,39)	0,17 (0,38)	-0,08 (n.s.)	-0,2*
Positive Emotionen im Verlauf der Pflegesituation	68	1,88 (0,86)	2,06 (0,88)	0,18 (n.s.)	0,2*
Negative Emotionen im Verlauf der Pflegesituation	68	1,70 (1,09)	1,01 (0,39)	-0,69 (<.001)	-0,7**
Positive Emotionen am Ende der Pflegesituation	68	0,77 (0,39)	0,91 (0,29)	0,14 (.009)	0,3*
Negative Emotionen am Ende der Pflegesituation	67	0,13 (0,28)	0,06 (0,24)	-0,07 (n.s.)	-0,2*
Emotionale Variabilität (Anzahl der Wechsel der Emotionen)	62	8,89 (4,05)	7,56 (5,46)	-1,33 (.023)	-0,3*
Beurteilung der Gesamtmosphäre und Interaktion	62	1,6 (0,66)	1,27 (0,66)	-0,33 (.003)	-0,3*

Tabelle 5: Für alle Variablen zur Emotionalität der Bewohner und Kommunikationsmuster der Pflegeperson sind die Mittelwerte (MW) zu Messzeitpunkt 1 (U1) und 2 (U2) und die Standardabweichung (SD) sowie die Mittelwertdifferenz angegeben. P-Werte sind für Zeiteffekte mittels gepaarten T-Test berechnet worden. Die Effektstärke mit dem Standardized Response Mean (SRM) angegeben, wobei * ≥ 0.2 einen kleinen, ** ≥ 0.5 einen mittleren und *** ≥ 0.8 einen großen Effekt auf die Emotionalität und die Kommunikationsmuster im Zeitverlauf bedeutet. n = Anzahl

Diese Ergebnisse machen deutlich, dass der H.I.L.DE.-QS Beobachtungsteil höchst veränderungssensitiv ist, was bedeutet, dass es mithilfe des Beobachtungsschemas gelingen kann, signifikante und für die Pflege bedeutsame Veränderungen der Emotionalität von Bewohnern mit Demenz und des Kommunikationsverhaltens von Pflegepersonen über die Zeit zu identifizieren. Damit ist ein zentrales Testgütekriterium erfüllt, welches sich dann als besonders relevant darstellt, wenn Fragen zur Wirksamkeit spezifischer Interventionen überprüft werden sollen.

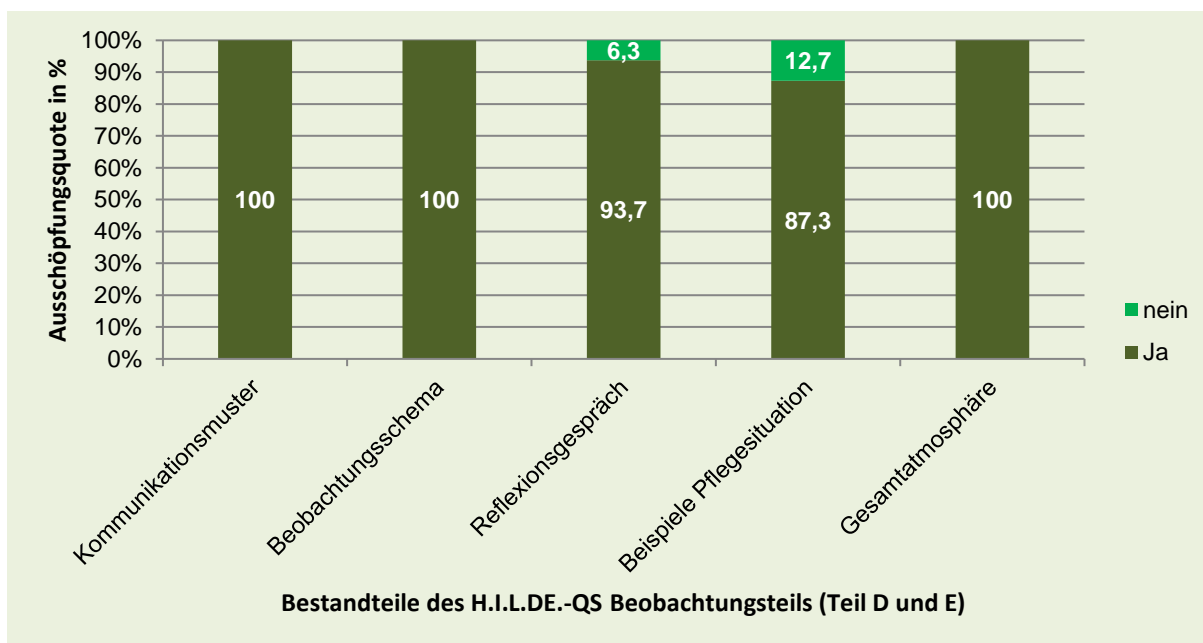
3.6.4 Praktikabilität

Die Dauer des Befragungsteils I (Teil C) betrug in Schnitt 22,8(15,2) Minuten bei n = 68 Bewohnern (keine Angabe zur Dauer erfolgte bei n = 11 Bewohnern/Innen). Von insgesamt 10

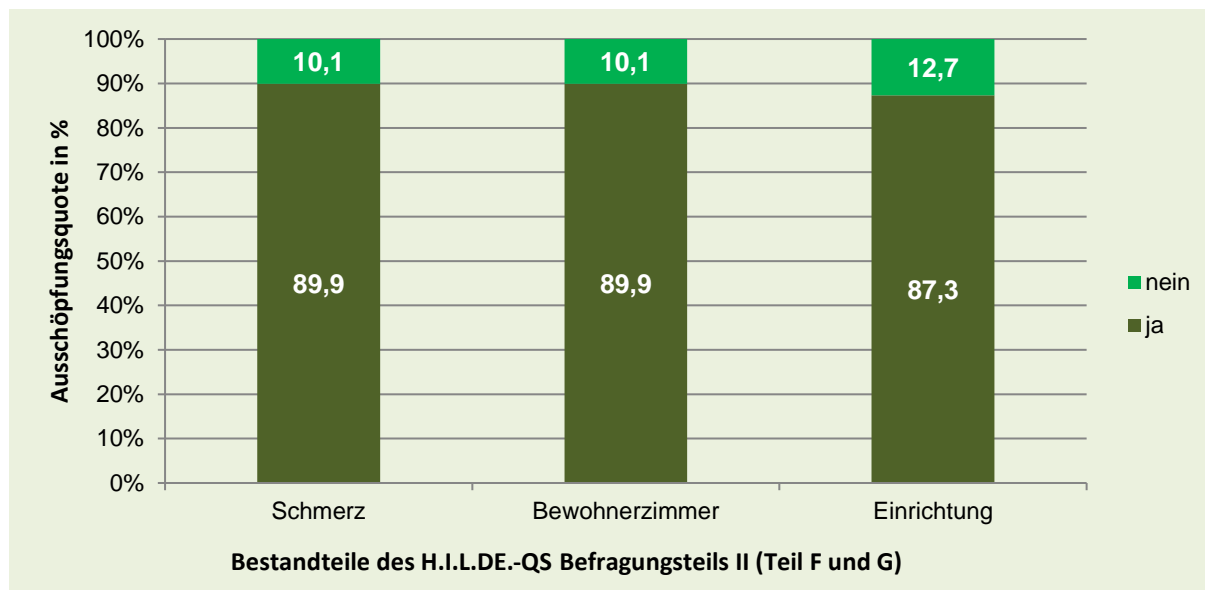
Items im Befragungsteil I wurden im Schnitt 8,7(2,4) Items bei n = 78 Bewohnern/Innen von den H.I.L.DE.-QS Beauftragten bearbeitet. Dies entspricht einer Ausschöpfungsquote für den Befragungsteil zu Messzeitpunkt 1 von 87%. Bei einem Bewohner wurde der Befragungsteil nicht durchgeführt.

Die Dauer des Beobachtungsteils (Teil D) betrug in Schnitt 29,2(17,2) Minuten bei n = 79 Bewohnern. Bei 86,1% der Bewohner (n = 68) wurde von den H.I.L.DE.-QS Beauftragten der gesamte Beobachtungsteil mit Beobachtungsschema, Dokumentation der Kommunikationsmuster, Angabe von konkreten Beispielen, Beurteilung der Gesamtatmosphäre und Reflexionsgespräch durchgeführt. Betrachtet man die einzelnen Bestandteile des Beobachtungsteils getrennt voneinander, wird ersichtlich, dass die Dokumentation der Kommunikationsmuster, das Beobachtungsschema und die Beurteilung der Gesamtatmosphäre bei allen n = 79 Bewohnern (Ausschöpfungsquote = 100%) durchgeführt wurden. Das Reflexionsgespräch wurde bei 93,7%, die Angabe konkreter Beispiele bei 87,3% der teilnehmenden Bewohner durchgeführt (► Abb. 20).

Abbildung 20: Ausschöpfungsquote der Bestandteile des Beobachtungsteils (Angaben in %)



Bei 87,3% der Bewohner (n = 69) wurde der Befragungsteil II (Teil F und G), d.h. die Schmerzerfassung, die Beurteilung des Bewohnerzimmers und der Einrichtung, vollständig bearbeitet. Die Schmerzerfassung und die Beurteilung des Bewohnerzimmers erfolgten bei 89,9%, die Beurteilung der Einrichtung bei 87,3% der Fälle (► Abb. 21).

Abbildung 21: Ausschöpfungsquote der Bestandteile des Befragungsteils II (Angaben in %)

In Abbildung 22 (Teil A-C) sind die Ergebnisse des Praktikabilitätsfragebogens, der von n = 21 H.I.L.DE.-QS Beauftragten durchgeführt wurde, veranschaulicht.

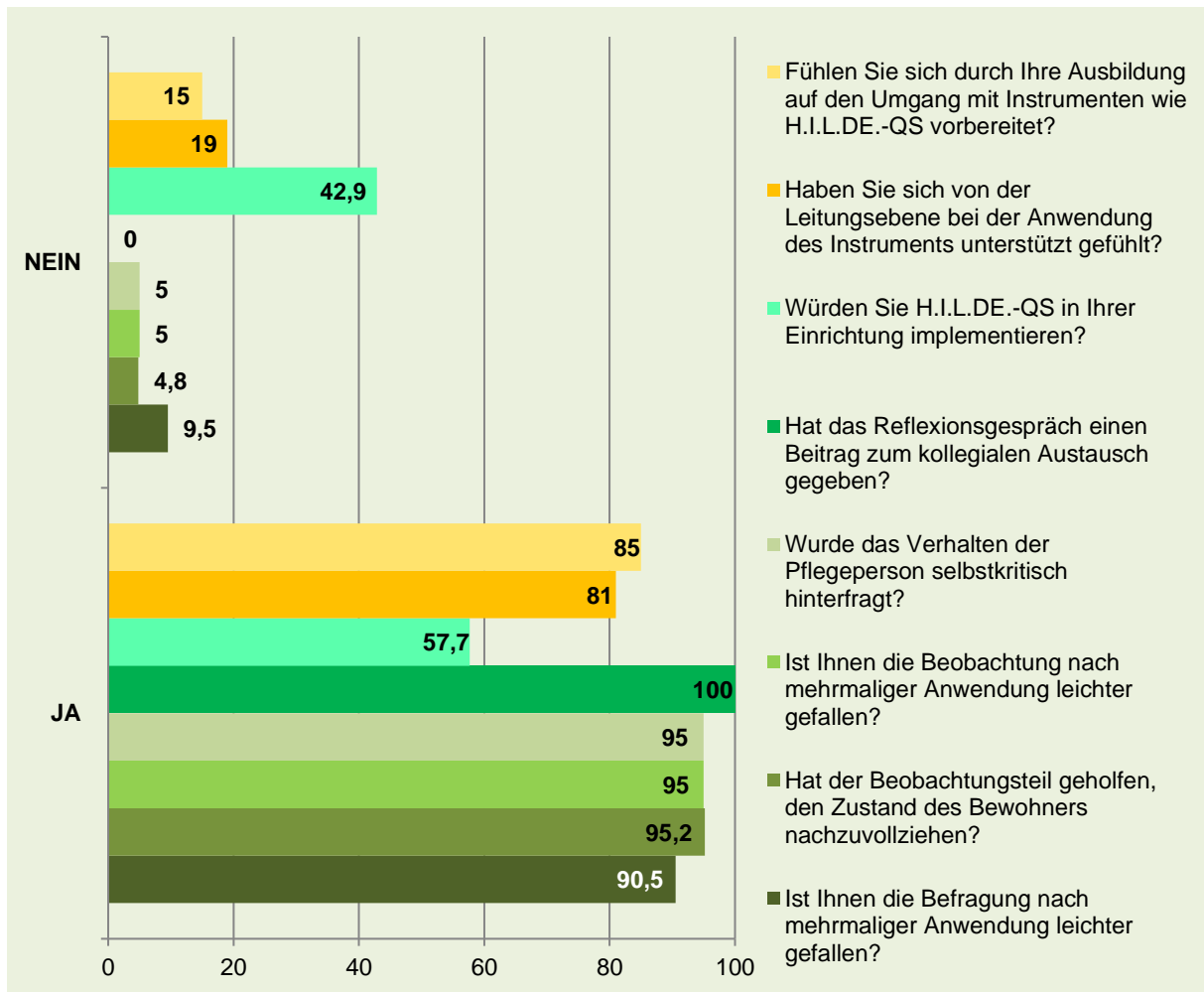
Teil A zeigt, dass H.I.L.DE.-QS mit Blick auf die Einfachheit der Anwendung des Befragungs- und Beobachtungsteils und den Beitrag des Reflexionsgesprächs für den kollegialen Austausch sowie für die Selbstreflexion der Pflegepersonen von den Befragten mehrheitlich positiv bewertet wurde. Etwas mehr als die Hälfte der Befragten (57,7%) würden das Instrument in ihrer Einrichtung implementieren.

Die Mehrheit der Befragten sieht das Reflexionsgespräch für die Anwendung von H.I.L.DE.-QS als wichtig an (60%), 30% sogar als sehr wichtig (► Abb. 22, Teil B).

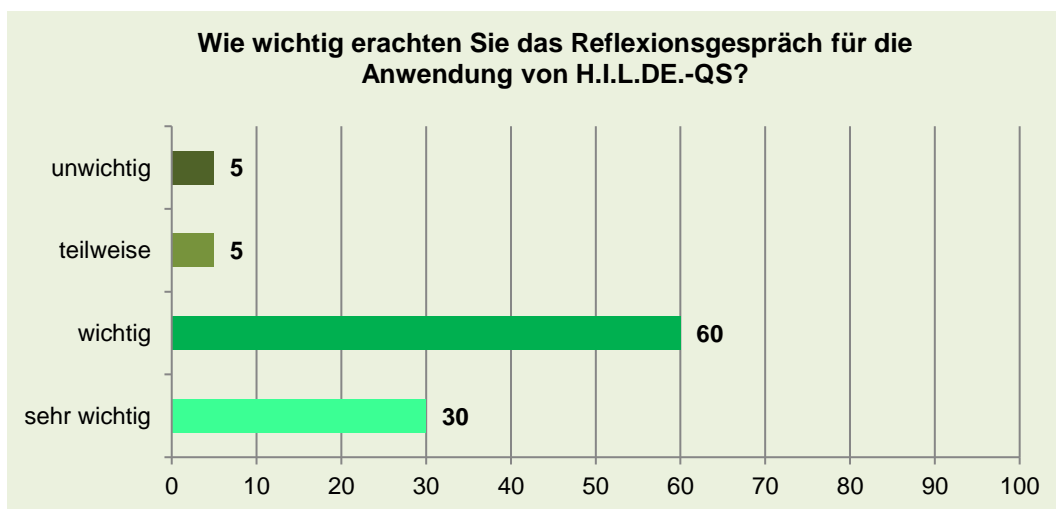
52,4% sind der Meinung, dass H.I.L.DE.-QS zur Lebensqualität der Bewohner beiträgt (► Abb. 22, Teil C). Allerdings zeigt die Abbildung auch, dass ebenso viele überzeugt sind, dass die Anwendung des Instruments das subjektive berufliche Belastungserleben nicht positiv beeinflusst hat.

Abbildung 22: Ergebnisse des Praktikabilitätsfragebogens (Angaben in %)

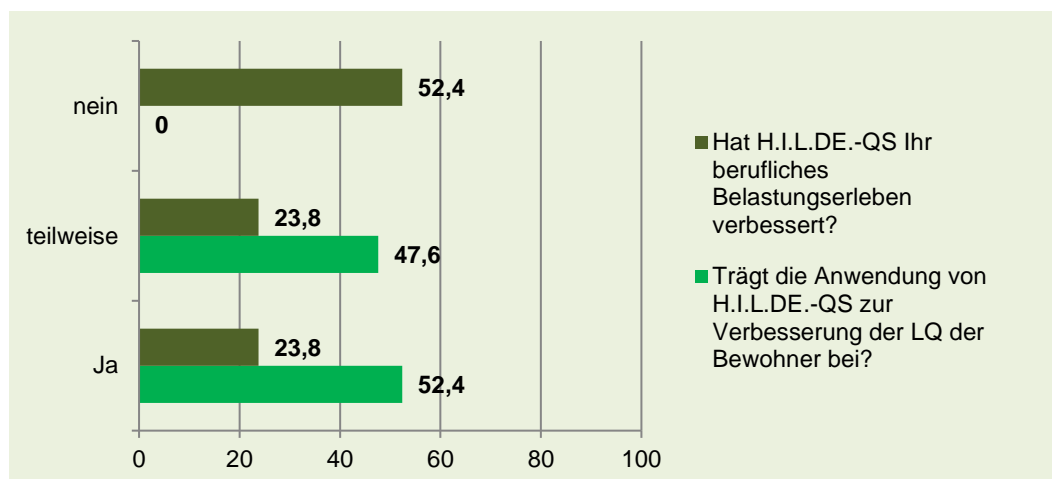
A: Teil I



B: Teil II



C: Teil III



Ergänzend zu dem Praktikabilitätsfragebogen wurden in den Fokusgruppeninterviews einzelne konkrete Fragen zur Durchführbarkeit von H.I.L.DE.-QS in den Fokus genommen. Die Ergebnisse der Inhaltsanalyse der Fokusgruppendifkussionen mit Blick auf die Praktikabilität von H.I.L.DE.-QS, auf die in Kapitel 3.8 vertiefend eingegangen wird, geben einen guten Einblick in die Chancen und Grenzen der Anwendung des Instruments. An dieser Stelle kann festgehalten werden, dass der Befragungsteil und ganz besonders der Beobachtungsteil sehr positiv bewertet wurde. Obwohl auch einzelne Kritik am Instrument, insbesondere am Befragungsteil, geäußert wurde, wurde überwiegend der Nutzen und die positiven Erfahrungen, die die Projektteilnehmer machten, deutlich. So betonen einige, dass sie die Zeit während der Befragung mit dem Bewohner sehr bereichernd fanden – sowohl für die Frage nach den Ressourcen und Potenzialen der Bewohner, als auch für Fragen nach spezifischen Interventionsmaßnahmen. Die Beobachtungen wurden äußerst positiv bewertet und stellen für die Projektteilnehmer hinsichtlich der Steigerung der Lebensqualität der Bewohner mit Demenz den relevantesten Teil des Instruments dar. Auch der kollegiale Austausch, basierend auf den Beobachtungen im Rahmen des Reflexionsgesprächs und der Fallbesprechungen, wurde aus Sicht der H.I.L.DE.-QS Beauftragten durch die Anwendung des Instruments überhaupt erst möglich und als äußerst wichtig bewertet.

Nimmt man die Ergebnisse der Analyse der Baseline-Daten der H.I.L.DE.-QS Erhebung, des Praktikabilitätsfragebogens und der Fokusgruppendifkussionen in den Blick, kommt man zu der Schlussfolgerung, dass die Praxistauglichkeit von H.I.L.DE.-QS für die stationäre Altenpflege gegeben ist.

3.7 Ergebnisse zur Wirksamkeitsüberprüfung von H.I.L.DE.-QS

Die Wirksamkeitsüberprüfung von H.I.L.DE.-QS folgte primär der Frage, inwieweit die Anwendung des Instruments in der stationären Altenpflege – und damit die Durchführung eines auf

der Beobachtung einer Pflegesituation basierenden Reflexionsgesprächs sowie einer Fallbesprechung – positive Effekte auf die Emotionalität der Bewohner mit Demenz und auf die Verhaltensweisen bzw. Kommunikationsmuster der Pflegepersonen hat.

3.7.1 Effekte auf die Emotionalität der Bewohner

Die statistische Auswertung der Beobachtungsschemata aus der ersten (U1) und wiederholten (U2) H.I.L.DE.-QS Beobachtung, in denen positive und negative Emotionen der Bewohner während der morgendlichen Pflege dokumentiert wurden, ergab, dass sich die Hälfte der Variablen zur Emotionalität der Bewohner signifikant über die Zeit verbesserte (► Abb. 23):

N = 59 Bewohner wiesen zu U2 mit Blick auf die jeweilige Pflegesituation eine signifikant geringere Anzahl negativer Emotionen (*emo_neg_Gesamt*) auf ($P < .001$); die positiven Emotionen (*emo_pos_Gesamt*) veränderten sich im zeitlichen Verlauf nicht. Eine positive Veränderung sowohl der positiven, als auch negativen Emotionen zu Beginn der jeweiligen Pflegesituation (*emo_pos_Beginn*; *emo_neg_Beginn*) konnte ebenso nicht abgebildet werden. Allerdings zeigte sich im Verlauf der Pflegesituation bei $n = 68$ Bewohner eine über die Zeit signifikant höhere Anzahl positiver (*emo_pos_Verlauf*) und eine signifikant reduzierte Anzahl negativer (*emo_neg_Verlauf*) Emotionen ($P < .001$). Am Ende der jeweiligen morgendlichen Pflege nahm die Anzahl positiver Emotionen (*emo_pos_Ende*) bei $n = 68$ Bewohnern signifikant über die Zeit zu; Effekte auf die negativen Emotionen konnten hier nicht identifiziert werden.

Die Analyse zur emotionalen Variabilität zeigte, dass die Anzahl der Wechsel der Emotionen (*Emo_Var*) zu U2 bei $n = 68$ Bewohnern signifikant geringer war ($P = .023$), als zu U1 (► Abb. 24). Die Bewohner waren demnach während der morgendlichen Pflege mit Blick auf ihre Emotionalität stabiler.

Die signifikanten Veränderungen der genannten Variablen zur Emotionalität der Bewohner weisen trotz relativ kleiner Stichprobe ($n < 70$) mehrheitlich starke Effekte auf ($r \geq .50$) und geben damit einen Hinweis auf eine durch die Implementierung von H.I.L.DE.-QS bedingte Verbesserung der Emotionalität der Bewohner (vertiefend ► Kap. 4.2.1 und 4.2.2).

Abbildung 23: Veränderung der Emotionalität der Bewohner/Innen über die Zeit

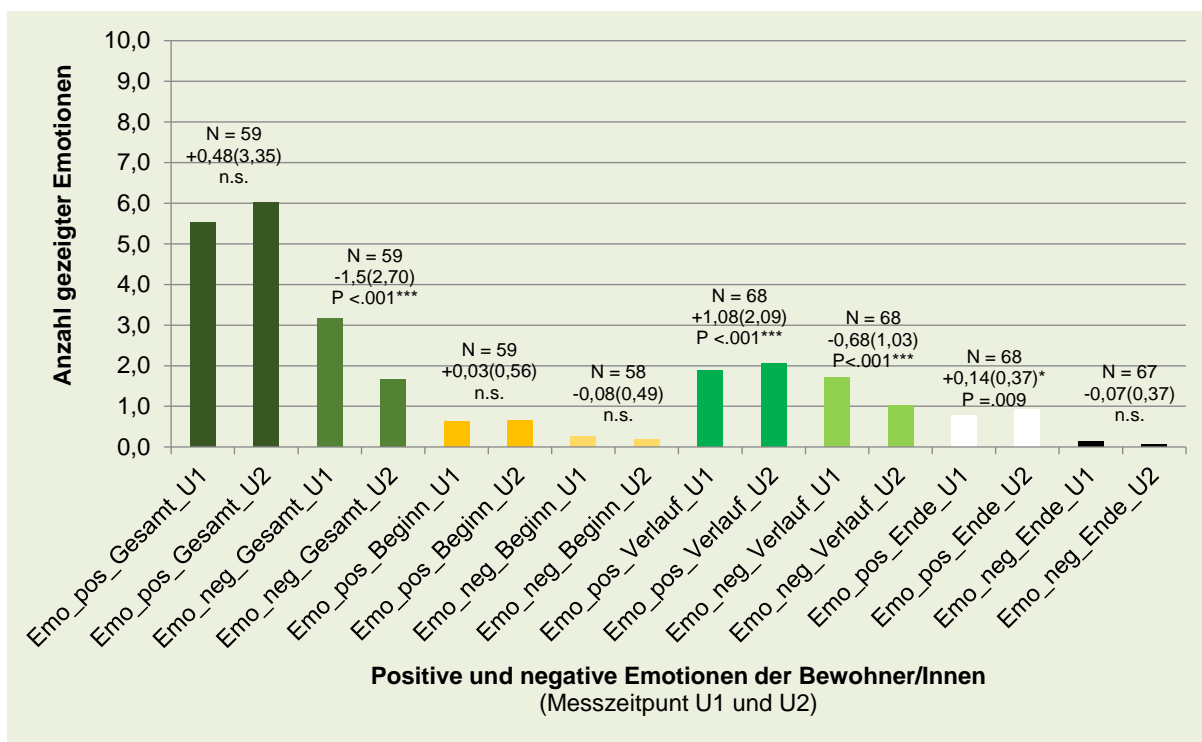


Abbildung 23: Dargestellt sind die Anzahl positiver und negativer Emotionen der Bewohner/Innen während der gesamten Dauer (Emo_pos_Gesamt / Emo_neg_Gesamt), zu Beginn (Emo_pos_Beginn / Emo_neg_Beginn), im Verlauf (Emo_pos_Verlauf / Emo_neg_Verlauf) und zu Ende der Pflegesituation (Emo_pos_Ende / Emo_neg_Ende) jeweils zu Messzeitpunkt 1 (U1) und 2 (U2). n = Stichprobengröße. P-Werte sind für die Mittelwertdifferenzen (\pm Standardabweichung) zwischen U1 und U2 (Zeiteffekte) aller Variablen mittels T-Tests für verbundene Stichproben berechnet worden. n. s. = nicht signifikant. Die Effektstärken werden mit dem Pearson-Korrelationskoeffizienten angegeben, wobei $r \geq .10$ einen schwachen Effekt (*), $r \geq .30$ einen mittleren Effekt (**) und $r \geq .50$ einen starken Effekt (***) darstellt.

Abbildung 24: Veränderung der emotionalen Variabilität während der Pflegesituation über die Zeit

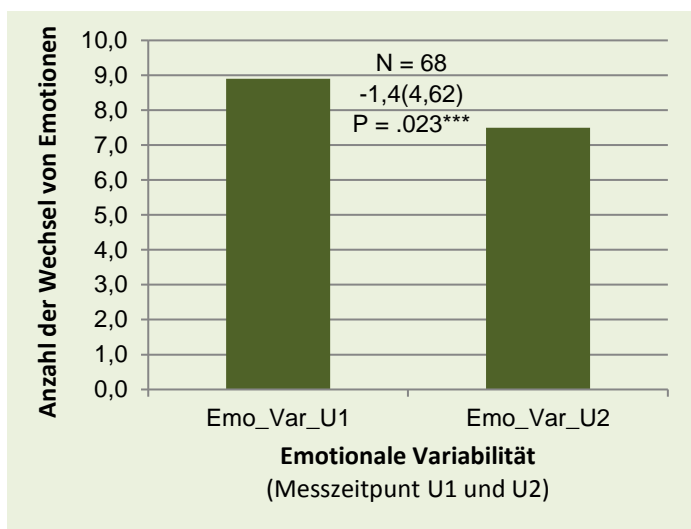


Abbildung 24: Dargestellt ist die Anzahl der Wechsel der Emotionen (emotionale Variabilität) der Bewohner/Innen während der gesamten Pflegesituation jeweils zu Messzeitpunkt 1 (U1) und 2 (U2). n = Stichprobengröße. P-Werte sind für die Mittelwertdifferenzen (\pm Standardabweichung) zwischen U1 und U2 (Zeiteffekte) aller Variablen mittels T-Tests für verbundene Stichproben berechnet worden. n. s. = nicht signifikant. Die Effektstärken werden mit dem Pearson-Korrelationskoeffizienten angegeben, wobei $r \geq .10$ einen schwachen Effekt (*), $r \geq .30$ einen mittleren Effekt (**) und $r \geq .50$ einen starken Effekt (***) darstellt.

3.7.2 Effekte auf das Kommunikationsverhalten der Pflegepersonen

Auch mit Blick auf das Kommunikationsverhalten der Pflegepersonen war eine deutliche Veränderung erkennbar (► Abb. 25): Die Pflegepersonen, die durch die H.I.L.DE.-QS Beauftragten beobachtet wurden, zeigten bei der wiederholten Messung (U2) eine deutliche Verbesserung ihrer individuellen Kommunikationsmuster. Eine signifikante Zunahme der Anzahl positiver Verhaltensweisen sowohl auf der Beziehungsebene ($P < .001$), als auch auf der Handlungsebene ($P < .001$) konnte identifiziert werden.

Abbildung 25: Veränderungen der Kommunikationsmuster der Pflegepersonen über die Zeit

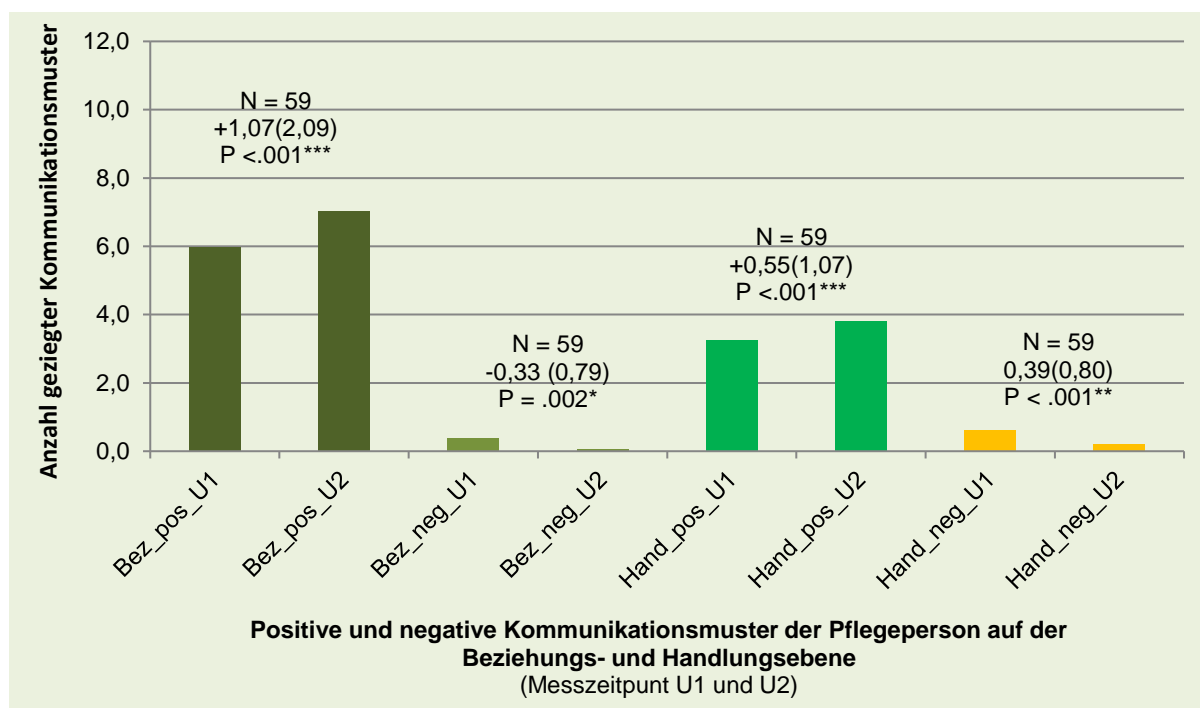


Abbildung 25: Dargestellt sind die positiven und negativen Kommunikationsmuster der Pflegepersonen auf der Beziehungsebene (Bez_pos / Bez_neg) und auf der Handlungsebene (Hand_pos / Hand_neg) während der gesamten Pflegesituation jeweils zu Messzeitpunkt 1 (U1) und 2 (U2). n = Stichprobengröße. P-Werte sind für die Mittelwertdifferenzen (\pm Standardabweichung) zwischen U1 und U2 (Zeiteffekte) aller Variablen mittels T-Tests für verbundene Stichproben berechnet worden. n. s. = nicht signifikant. Die Effektstärken werden mit dem Pearson-Korrelationskoeffizienten angegeben, wobei $r \geq .10$ einen schwachen Effekt (*), $r \geq .30$ einen mittleren Effekt (**) und $r \geq .50$ einen starken Effekt (***) darstellt.

Die Effekte sind hier besonders stark ausgeprägt ($r \geq .50$). Bei den Pflegepersonen nahmen aber auch die negativen Kommunikationsmuster signifikant auf der Beziehungsebene ($p = .002$) und auf der Handlungsebene ($P < .001$) mit schwachen ($r \geq .10$) bis mittleren Effektstärken ($r \geq .30$) ab.

Die von den H.I.L.DE.-QS Beauftragten durchgeführte Beurteilung der Gesamtatmosphäre in den jeweiligen Pflegesituationen, welche vor allem durch eine Reflexion und Bewertung der Interaktion zwischen den Bewohnern und den Pflegepersonen bestimmt wird, fiel bei der wiederholten Anwendung des Instruments signifikant besser aus ($P = .003$) (► Abb. 26)

Abbildung 26: Veränderungen der Beurteilung der Gesamtatmosphäre

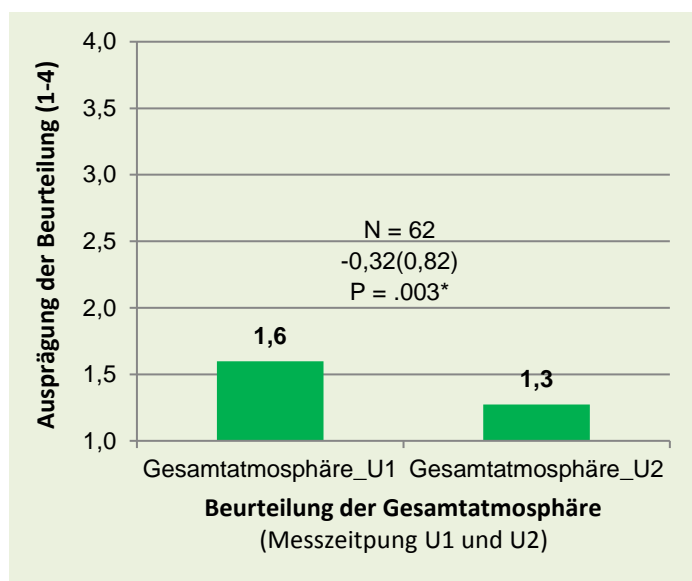


Abbildung 26: Dargestellt ist die Beurteilung der Gesamtsituation (Interaktion zwischen Bewohner/Innen und der Pflegeperson) während der gesamten Pflegesituation jeweils zu Messzeitpunkt 1 (U1) und 2 (U2), wobei die Ausprägung 1 = gelungene Interaktion und 4 = nicht gelungene Interaktion bedeuten. n = Stichprobengröße. P-Werte sind für die Mittelwertdifferenzen (\pm Standardabweichung) zwischen U1 und U2 (Zeiteffekte) aller Variablen mittels T-Tests für verbundene Stichproben berechnet worden. n. s. = nicht signifikant. Die Effektstärken werden mit dem Pearson-Korrelationskoeffizienten angegeben, wobei $r \geq .10$ einen schwachen Effekt (*), $r \geq .30$ einen mittleren Effekt (**) und $r \geq .50$ einen starken Effekt (***) darstellt.

Im Folgenden sind ergänzende Ergebnisse aus den nach jeder Beobachtung durchgeführten Reflexionsgesprächen zwischen den H.I.L.DE.-QS Beauftragten und den Pflegepersonen sowie aus den Fallbesprechungen, die zwischen der ersten (U1) und zweiten (U2) Beobachtung durchgeführt wurde, dargestellt, da diese für eine Interpretation der erkennbaren Wirksamkeit des H.I.L.DE.-QS Instruments in Teilen genutzt werden und für die Beantwortung zentraler Forschungsfragen relevant sein können.

3.7.3 Ergebnisse der Reflexionsgespräche

Der im H.I.L.DE.-QS Instrument schriftlich durch die Projektteilnehmer dokumentierte Inhalt der insgesamt 74 Reflexionsgespräche wurde mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet. Die Auswertung erfolgte durch die Einteilung in drei Hauptkategorien, die sich am Aufbau der Leitfragen zur Durchführung des Reflexionsgesprächs (H.I.L.DE.-QS Teil E) orientieren. Ziel war es, abzubilden, worauf sich die einzelnen Elemente und Inhalte der Reflexionsgespräche beziehen.

Kategorie I: Perspektive der Pflegeperson

Im ersten Teil des Reflexionsgesprächs sollte die von den H.I.L.DE.-QS Beauftragten beobachtete Pflegeperson für eine vertiefende Selbstreflexion ihre subjektive Sicht bezüglich ihrer Verhaltensweisen bzw. Kommunikationsmuster gegenüber dem Bewohner in der Pflegesituation beschreiben. So sollte sie etwa Aussagen dazu treffen, was sie an der Situation positiv und negativ fand und was sie hätte besser machen können.

Bei der inhaltsanalytischen Auswertung fiel auf, dass mehrheitlich nicht etwa das eigene Kommunikationsverhalten gegenüber dem Bewohner, sondern das Bewohnerverhalten von der Pflegeperson reflektiert und geschildert wurde. So wurde z. B. in einem Fall zu der Frage, was an der Situation positiv war, dokumentiert: *„hat Gesichtwaschen zugelassen, hat Trinken zugelassen, hat rechten Arm locker gemacht beim Waschen“* oder in einem anderen Fall, dass *„der Bewohner so gut mitgemacht hat. Dass er nicht überfordert wurde und infolge dessen gekrampft hat.“*

Ein anderer Teil der Pflegepersonen schilderte positive und negative Aspekte in Bezug auf die Gesamtsituation. Bei einigen Leitfragen wurden seitens der Pflegeperson sehr unklare oder gar keine Angaben gemacht. Dennoch gab es bei einigen Pflegepersonen deutliche Hinweise auf eine Selbstreflexion, wobei sich diese vornehmlich auf das verrichtungsbezogene Pflegen, in den seltensten Fällen auf das pflegerische Handeln auf der Beziehungsebene bezog.

Diese Ergebnisse deuten zunächst einmal darauf hin, dass das ursprüngliche Ziel des Reflexionsgesprächs, das eigene Handeln (auf der Beziehungsebene) und Kommunikationsverhalten zu reflektieren, nicht im gewünschten Maße realisiert werden konnte – dies ist zumindest den – durch die H.I.L.DE.-QS Beauftragten dokumentierten – Inhalten der Aussagen der Pflegepersonen zu entnehmen. Die Analyseergebnisse der Aussagen der H.I.L.DE.-QS Beauftragten selbst (siehe unten) sowie ergänzende Resultate aus den Inhaltsanalysen der Fokusgruppeninterviews (► Kap. 3.8) – so viel sei an dieser Stelle angemerkt – zeichnen aber ein etwas anderes Bild.

Kategorie II: Perspektive des H.I.L.DE.-QS Beauftragten

Im zweiten Teil des Reflexionsgesprächs sollte der H.I.L.DE.-QS Beauftragte seine subjektive Sicht auf die Verhaltensweisen bzw. Kommunikationsmuster der Pflegeperson, die er beobachtet hat beschreiben. So sollte er beispielsweise Aussagen dazu machen, was ihm gut und was eher nicht so gut an der Situation gefallen hat.

Tatsächlich wurde seitens der H.I.L.DE.-QS Beauftragten mehrheitlich auf das Kommunikationsverhalten der Pflegeperson eingegangen. Im Vergleich zu den Sichtweisen und Aussagen der Pflegeperson wurden die Gesamtsituation und das Bewohnerverhalten nur selten thematisiert. In Teilen wurde von den H.I.L.DE.-QS Beauftragten das pflegerische Handeln auf der

Verrichtungsebene angesprochen. Zu einem kleinen Anteil wurden unklare bzw. wenig konkrete oder fehlende Angabe gemacht.

Basierend auf diesen Ergebnissen lässt sich vermuten, dass die gezielte Thematisierung der Kommunikationsverhaltensweisen durch die H.I.L.DE.-QS Beauftragten bei den Pflegepersonen doch Prozesse der Selbstreflexion angestoßen oder verstärkt hat, was zu einer potenziellen Änderung bzw. Anpassung der eigenen Verhaltensweisen führen kann (vertiefend ► Kap. 4.2).

Kategorie III: Das gemeinsam beschlossene Fazit

Im letzten Teil des Reflexionsgesprächs war es Ziel, etwas aus dem Gespräch für die Zukunft mitzunehmen oder umzusetzen. Damit bildet diese Kategorie das von der Pflegeperson und dem H.I.L.DE.-QS Beauftragten gemeinsam beschlossene Fazit.

Die Ergebnisse zeigen, dass das beschlossene Fazit in der Mehrheit unklar beschrieben wurde. Zudem wurde ein Fazit genannt, aus dem die Reflexion gar nicht erkennbar ist. In einigen Fällen fehlen Angaben. Lediglich in 17 Reflexionsgesprächen war im Fazit der Bezug auf das Kommunikationsverhalten gegeben. Auch der Bezug auf die verrichtungsbezogene Pflege fehlte häufig.

Schlussfolgerung zur Selbstreflexion der Pflegepersonen

Nimmt man ausschließlich die Beschreibungen der Reflexionsgespräche im H.I.L.DE.-QS Instrument in den Blick, so scheint es, dass die Pflegekräfte selbst nicht in der Lage waren, eine differenzierte Rückmeldung zum eigenen Handeln (v.a. auf der Beziehungsebene) und Kommunikationsweise zu geben und sich selbst zu reflektieren. Es kann vermutet werden, dass die Sinnhaftigkeit des Reflexionsgesprächs von einigen Pflegepersonen nicht erkannt wurde. An dieser Stelle sei aber darauf hingewiesen, dass das Verständnis der Intention des Reflexionsgesprächs natürlich stark von der Moderation bzw. Gesprächsführung des H.I.L.DE.-QS Beauftragten abhängig ist. Wie die Gespräche in concreto geführt wurden, wurde nicht erfasst und ist nicht nachvollziehbar. Daher könnte eine mögliche Diskrepanz zwischen der Dokumentation und der tatsächlichen Inhalte des Gesprächs diese Ergebnisse erklären. Zudem können die zu unspezifisch formulierten Leitfragen in Teil E zu einer mangelnden Selbstreflexion der Pflegepersonen geführt haben. Aus den Fragen sollte konkret hervorgehen, dass die Reflexion des eigenen Kommunikationsverhaltens und der Interaktion im Vordergrund steht. Gerade Personen mit einer geringen Reflexionsneigung bräuchten solche Anstöße aus der erlebten Pflegesituation. Die Leitfragen zum Reflexionsgespräch wurden in Anlehnung an LEVETT-JONES (2007) modifiziert (► Kap. 4.4 und Anhang).

Nichtsdestotrotz besteht auch die Möglichkeit, dass vor allem durch die Darlegung der Sichtweisen der H.I.L.DE.-QS Beauftragten, die aufgrund der Teilnahme an der Schulung den Sinn

und Zweck des Reflexionsgesprächs verstanden haben, – vielleicht zeitverzögert – eine Reflexion bei der einen oder anderen Pflegeperson aktiviert oder verstärkt werden konnte; einen Hinweis darauf geben die positiven Ergebnisse mit Blick auf das Kommunikationsverhalten und die Emotionalität der Bewohner.

Auch wenn eine mögliche Selbstreflexion der Pflegepersonen auf Grundlage der Dokumentation der Gesprächsinhalte in Frage gestellt werden kann, deuten etwa die Ergebnisse der qualitativen Analyse der 20 Praktikabilitätsfragebögen eindeutig auf Prozesse der Selbstreflexion und deren Wirksamkeit auf ihr Kommunikationsverhalten und auf die Emotionalität der Bewohner hin: So bezog sich eine offene Frage explizit auf die Erfahrung mit dem Reflexionsgespräch. Die H.I.L.DE.-QS Beauftragten bewerten diese mehrheitlich sehr gut, was die folgenden Zitate aus den Transkripten verdeutlichen:

„Kommunikation zwischen Pflegekräften wird verbessert“

„Pflegekräfte reagieren dankbar auf die Reflexion“

„Pflegekräfte nahmen Kritik offen an“

„Mitarbeiter waren zur Selbstreflexion bereit“

„Lerneffekt: für alle Beteiligten ist ein Unterschied merkbar“

Lediglich zwei Rückmeldungen sind negativ geprägt:

„Anfangs Unsicherheit seitens der Pflegekraft“

„Durchwachsen – bei negativer Rückmeldung Suche nach Rechtfertigung statt Annahme.“

Diese Vermutung, dass eine Selbstreflexion bei den Pflegepersonen stattgefunden hat, lässt sich mit Ergebnissen aus den Fokusgruppeninterviews untermauern; hier sei ein konkretes Beispiel aus einer Pflegeeinrichtung genannt: Das Augenrollen der Pflegeperson wurde als Beispiel unbewusster Verwendung von Mimik im Reflexionsgespräch durch den H.I.L.DE.-QS Beauftragten angesprochen. Dies war der Pflegeperson bis zum Zeitpunkt der Beobachtung noch nie aufgefallen und was sie regelrecht erschreckte:

„Ja. Meine Schülerin, die macht gerade ein Wahlstudium [...] Und die haben wir halt beobachtet, weil, sie ist sehr kommunikativ. Und ihr war das nicht bewusst, dass sie so oft die Augen rollt, wenn ein Bewohner unwahrscheinlich viel redet. Und dann haben wir ihr das dann später gesagt. Und die war so erschrocken, oh Gott, ‚rolle ich die Augen‘, ja, ‚aber die redet so viel‘ [...] Und ihr war das überhaupt nicht bewusst. Und die war dann auch so erschrocken über sich selbst. Ich so: [...], es ist nicht schlimm, es ist in Ordnung. Wir haben das jetzt einfach nur beobachtet.“

Generell wurde im Rahmen der Fokusgruppendifkussionen bei der Fragestellung nach Erkenntnissen und positiven Effekten von H.I.L.DE.-QS hauptsächlich das Reflexionsgespräch genannt, nämlich vor allem das „*sich selbst Reflektieren*“, das „*gezielter Beobachten lernen*“, „*Möglichkeit der Rückmeldung gut für das Team*“, „*Wertschätzung für Kollegen, weil man Kompetenzen beobachtet hat, von denen man vorher nichts wusste*“, „*Motivation zum Handeln wurde angeregt*“. Diese Aussagen der H.I.L.DE.-QS Beauftragten stellen nur einige wenige Beispiele für den hohen Stellenwert des Reflexionsgesprächs als Bestandteil von H.I.L.DE.-QS dar, welcher im intensiven Gespräch mit den H.I.L.DE.-QS Beauftragten sehr deutlich wurde. Die Ergebnisse der Fokusgruppendifkussionen sind im folgenden Kapitel im Detail beschrieben (► Kap. 3.8).

Nicht nur diese Ergebnisse aus den Fokusgruppeninterviews und den Praktikabilitätsfragebogen heben die Relevanz und Wirksamkeit der Reflexionsgespräche in besonderem Maße hervor, sondern in Teilen auch die Resultate aus den Fallbesprechungen, in denen die Kommunikationsmuster häufig konkret zur Diskussion standen. In der folgenden Ergebnisdarstellung wird darauf vertiefend eingegangen.

3.7.4 Ergebnisse der Fallbesprechungen

Im Folgenden sind Ergebnisse der Evaluation der Fallbesprechungen (Supervision) und der Inhaltsanalyse der Fallbesprechungsprotokolle beschrieben.

Ergebnisse der Supervision

Anhand des Evaluationsbogens für die Fallbesprechungen wurde erfasst, inwieweit die aktuelle Situation des beobachteten Bewohners geschildert, Faktoren zur Identifikation spezifischer sowie bewohnerbezogener Probleme und Schwierigkeiten, entsprechende Interventionsmaßnahmen und allgemeine Probleme bei der Beobachtung mit H.I.L.DE.-QS diskutiert wurden.

Insgesamt wurden $n = 14$ Fallbesprechungen von den Projektmitarbeitern supervidiert. In $n = 7$ Pflegeeinrichtungen wurde eine Fallbesprechung, in $n = 2$ Einrichtungen mehrere Fallbesprechungen besucht. Bei den Fallbesprechungen waren bis auf einen Fall immer beide H.I.L.DE.-QS Beauftragte anwesend. Ebenso waren bis auf einen Fall die beobachteten Pflegepersonen anwesend. An nur 3 Fallbesprechungen (21,4%) hat die Heimleitung, an 12 (85,7%) die Pflegedienstleitung teilgenommen.

Alle Fallbesprechungen, die besucht wurden, thematisierten – wie vorgesehen – die aktuelle Situation des betreffenden Bewohners. Zudem wurden in allen Fällen bestehende bewohnerbezogene Probleme und Schwierigkeiten intensiv diskutiert. In nur einem Fall wurden trotz Nennung der Probleme keine Interventionsmaßnahmen geplant. In knapp der Hälfte der Fälle

(42,9%) berichtete die anwesende Pflegeperson über ihre subjektive Wahrnehmung des eigenen pflegerischen Handelns im Zusammenhang mit der Emotionalität der Bewohner. In lediglich drei Fallbesprechungen (21,4%) wurden Probleme bei der Durchführung der Beobachtungen besprochen.

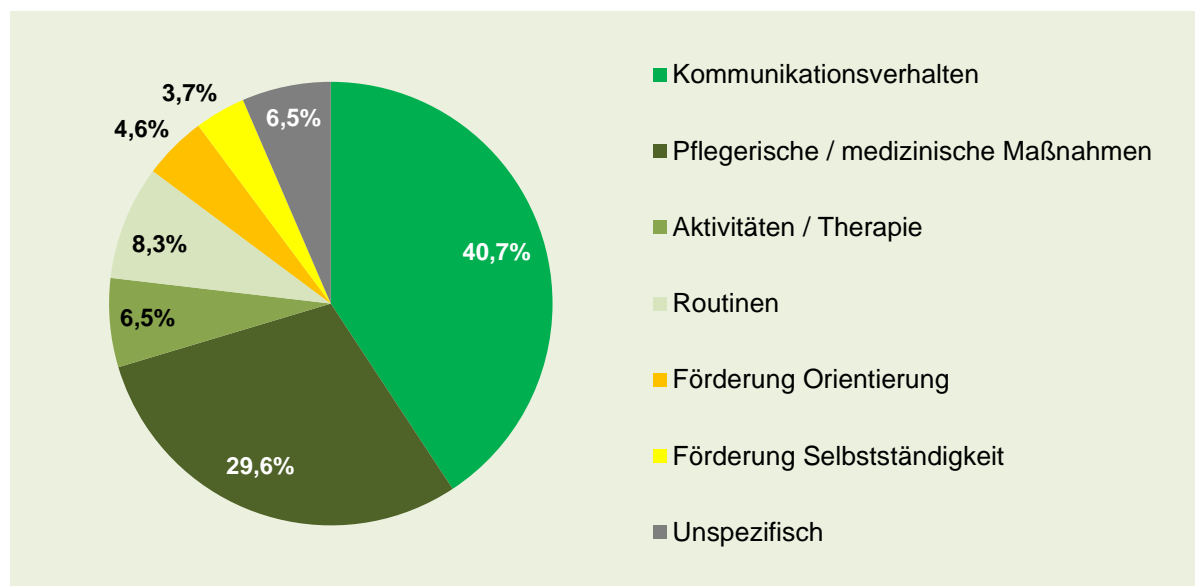
Insgesamt wurden die Fallbesprechungen – dies zeigen die Ergebnisse – gut vorbereitet und ausreichend strukturiert durchgeführt.

Ergebnisse aus den Fallbesprechungsprotokollen

Durch die Fallbesprechungen, die zwischen den ersten und zweiten H.I.L.DE.-QS Beobachtungen zur Thematisierung, Diskussion und Planung kurzfristig und langfristig realisierbarer Interventionsmaßnahmen stattfanden, wurde eine große Anzahl von Protokollen durch die Projektteilnehmer angefertigt, welche die teilweise tiefgreifende Auseinandersetzung mit Interventionsmöglichkeiten zur Steigerung der Emotionalität und Lebensqualität der Bewohner dokumentieren. In diesem Teilkapitel sind die Ergebnisse der qualitativen, inhaltsanalytischen Auswertung dieser Fallbesprechungsprotokolle dargestellt und beschrieben.

Durch die qualitative Inhaltsanalyse der Protokolle, in denen vielfältige Interventionsmaßnahmen dokumentiert wurden, konnte eine beachtliche Menge sehr unterschiedlicher übergeordneter Kategorien gebildet werden (► Abb. 27).

Abbildung 27: Kategorien der Interventionsmaßnahmen (Anzahl der Nennungen in %)



Maßnahmen zur Optimierung des Kommunikationsverhaltens

Die Kategorie mit den häufigsten Nennungen betrifft mit 44 von insgesamt 108 Interventionsmaßnahmen (40,7%), das Kommunikationsverhalten der Pflegekraft und Aspekte, die Einfluss auf die Sprache haben. Dies überrascht nicht, da H.I.L.DE.-QS den Fokus auf das Kommunikationsverhalten der Pflegeperson und pflegebedürftigen Person legt und die Identifikation und Reflexion bestimmter Kommunikationsmuster eine Grundlage für potenzielle Interventionen darstellen.

Die Interventionen zu Kommunikationsverhalten und Sprache bezogen sich beispielsweise auf das Besuchen eines Deutschkurses durch die Pflegeperson, das Einüben bekannter Sprichwörter oder das Erlernen einzelner Wörter einer Fremdsprache, die den Bewohnern bekannt sind; so wurde z. B. vereinbart, relevante portugiesische Wörter für alle Kollegen zu notieren, damit eine Beziehungspflege einer portugiesischsprachigen Bewohnerin ermöglicht werden kann. Interventionen wie Biografieorientierung im Gespräch, der Einsatz von Musik, Initialberührungen im Sinne nonverbaler Kontaktaufnahme vor dem Beginn der Pflege, ein deeskalierendes sowie beruhigendes Sprechen, das Halten von Blickkontakt oder konkrete Erklärungen und Anleitungen von Pflegehandlungen nahmen ebenfalls einen hohen Stellenwert ein.

Pflegerische/medizinische Maßnahmen

Die pflegerischen und medizinischen Maßnahmen betrafen 32 von insgesamt 108 Interventionen (29,6%). Häufige Nennungen waren Hygieneregeln, eine Verbesserung des Transfers und des Essenanreichens. Auffallend ist, dass eine medikamentöse Behandlung nur äußerst selten thematisiert wurde. H.I.L.DE.-QS richtet den Blick der Pflegefachkräfte und der Leitungsebene demzufolge in eine andere Richtung der Intervention; nicht-medikamentösen Interventionen zur Steigerung der Lebensqualität von MmD kommt scheinbar eine größere Bedeutung zu.

Einhalten von Pflegeroutinen

8,3% der genannten Interventionsmaßnahmen betrafen das Einhalten von Pflegeroutinen und Abläufen. In einem Fall wurde in der Fallbesprechung auf einen pünktlichen Beginn der Pflege um 07:00 Uhr hingewiesen, in einem anderen Fall das Einhalten der gleichen Abfolge der Pflegehandlungen. Diese Kategorie schließt zudem den Einsatz von Bezugspflegekräften mit ein.

Aktivitäten, Beschäftigungsmöglichkeiten und Therapien

6,5% aller in den Fallbesprechungen thematisierten Interventionsmaßnahmen bezogen sich auf Aktivitäten, Beschäftigungsmöglichkeiten und sonstige Therapien. Beispielhaft sind hier Ideen für Formen der Freizeitgestaltung, z. B. das Basteln eines Erinnerungskartons, gezielte Spaziergänge und Ausflüge oder aber die Aufnahme einer Ergotherapie.

Förderung zeitlicher und räumlicher Orientierung

4,6% Interventionsmaßnahmen bezogen sich auf die Förderung zeitlicher und räumlicher Orientierung. Konkrete Beispiele sind der Einsatz bestimmter Farben und Beleuchtung, die Erstellung eines Fotoalbums zur zeitlichen Orientierung oder aber das Anfertigen von Markierungen in einem Kalender.

Förderung von Selbstbestimmung und Selbständigkeit

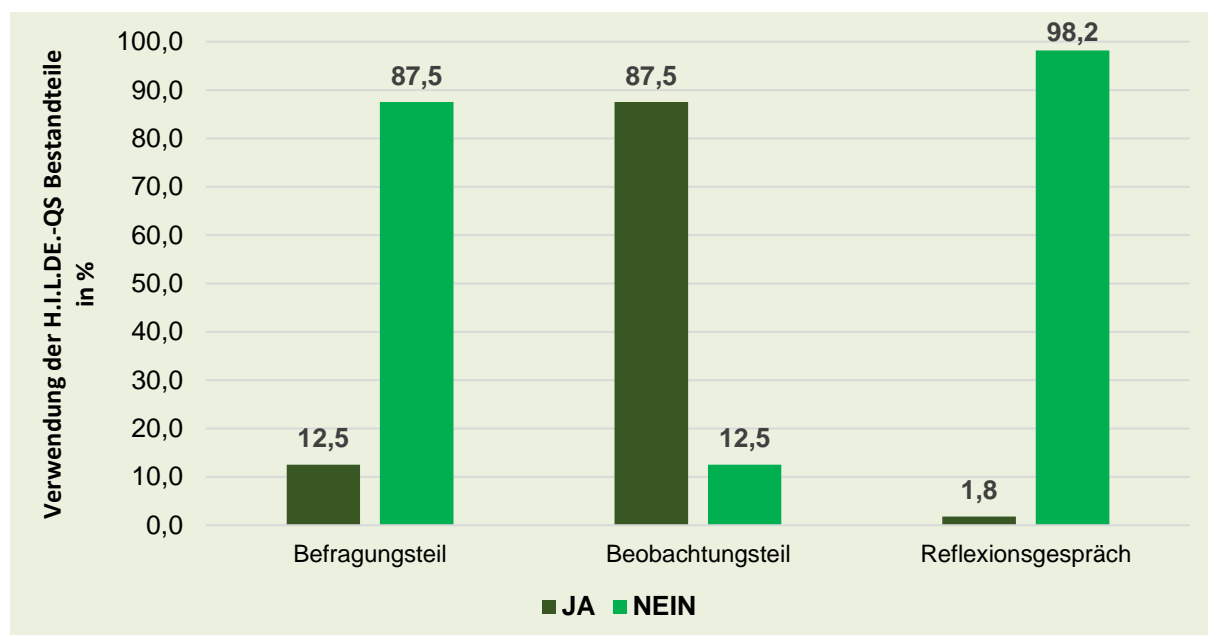
3,7 % der identifizierten Maßnahmen bezogen sich auf die Förderung von Selbstbestimmung und Selbständigkeit. Ein aufgeführtes Beispiel betrifft die eigenständige Auswahl von Essen oder Kleidung.

Unspezifische Interventionen

Es konnten zudem Interventionsmaßnahmen in den Fallbesprechungsprotokollen dokumentiert werden, die sich keiner Kategorie zuordnen ließen (6,5%). Als Intervention wurden unspezifische Phrasierungen wie „Ressourcen fördern“ verwendet.

Die Thematisierung, Diskussion und Planung dieser Interventionsmaßnahmen in den Fallbesprechungen basieren auf Ergebnissen des gesamten Instruments, d.h. für die Fallbesprechung wurden alle Teilelemente von H.I.L.DE.-QS (Befragungs- und Beobachtungsteil, Reflexionsgespräch) als Gesamtes berücksichtigt. Eine ergänzende Auswertung von n = 56 Fallbesprechungsprotokollen hat ergeben, dass zwar größtenteils die teilnehmende Beobachtung Anhaltspunkte für die Planung von Interventionen lieferte (87,5%), der Befragungsteil jedoch für 12,5% der Bewohner zur Maßnahmenplanung von Interventionen diente. Das Reflexionsgespräch ermöglichte in 1,8% der Fälle die Planung von Interventionen (► Abb. 28).

Abbildung 28: Anteile der H.I.L.DE.-QS Bestandteile für die Interventionsplanung (Angaben in %)



3.8 Zentrale Ergebnisse aus den Fokusgruppen

Die Fokusgruppendifkussionen bezogen sich primär auf Fragen zu den allgemeinen Rahmenbedingungen in der stationären Altenpflege, zur Praktikabilität und den notwendigen Voraussetzungen für eine langfristige, flächendeckende Implementierung des Instruments. Im folgenden Abschnitt werden zentrale Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse der Fokusgruppendifkussionen präsentiert.

3.8.1 Allgemeine Rahmenbedingungen in der stationären Altenpflege

Die derzeitigen allgemeinen Rahmenbedingungen in der Pflege wurden in den Fokusgruppen am intensivsten thematisiert.

Hier kam der Themenbereich rund um die Kategorie „Haltung und Einstellung der Mitarbeiter“ besonders umfassend zur Sprache. Vorrangig wurden die unterschiedlichen Arbeitsweisen älterer und jüngerer Pflegekräfte angesprochen (Routine vs. Kreativität). Einen großen Diskussionspunkt stellten das Thema Empathie in der Pflege von Menschen mit Demenz und die diesbezüglichen Schwierigkeiten bei der Suche nach geeigneten Mitarbeitern dar.

Einige Aussagen betrafen die Schwierigkeiten und Herausforderungen in der stationären Pflege im Allgemeinen. Genannt wurden hier beispielsweise psychische Belastungen, eine stetige Verschlechterung der Arbeitsbedingungen, fordernde Angehörige, Zeitmangel und ein schlechtes Image der Pflege in der Gesellschaft; Bedingungen, die zu großer Unzufriedenheit führen:

„So zerreißen sie sich, weil sie eigentlich ja den Bewohner im Vordergrund sehen möchten, aber denen die Zeit fehlt(?). Also, es geht irgendwie im Moment jeder so ein bisschen unzufrieden nach Hause. Jede Pflegekraft, die irgendwo in der Altenpflege ist, wird mittags, wenn sie eine gute Pflegekraft ist, unzufrieden nach Hause gehen. Sorry, das ist so.“

Die Konfrontation mit psychischen und Verhaltenssymptomen bei einer Demenz kann ebenfalls sehr belastend sein:

„Wir hatten auch mal einen gehabt, der kam auch von außen rein. Der war ungefähr einen Kopf größer und zwei Schultern breiter als ich so. Der war auch Fleischermeister. [...] Also, der hat auch auf jeden und der da ankam, egal ob Mann, Männlein, Weiblein, all jeder, der da ankam, egal wie einfühlsam man war, egal was man probiert hat ... Wir haben uns so viel besprochen. Wir haben Fallbesprechungen gemacht, alles. Es nützte nichts. Was im Endeffekt nachher herauskam, der hat das ganze Leben lang schon seine Frau

geschlagen. Der hat das ganze Leben lang schon Kinder geschlagen. [...] Und das hat er das ganze Leben schon an den Tag gelegt halt so, und das Verhalten wird man nicht mehr ändern. Das konnten wir auch nicht ändern.“

Auch die Sinnhaftigkeit von Dokumentationserfordernissen wird angezweifelt:

„Wohlbefinden nachzuweisen ist sowieso immer ein Problem. Es ist unser Job, dass die Leute sich wohlfühlen. Also, ich meine, ich bin in die Altenpflege gegangen, um alte Menschen zu versorgen, und ich glaube, jeder, der reingeht, auch. Das ist unser Beruf. Und wir in der Altenpflege sind immer gefordert, unseren Beruf nachzuweisen. Wir müssen immer nachweisen, was wir hier leisten, warum wir das leisten. Also, wir leisten das, weil das unser Job ist. Also, ich denke doch auch, ich gehe doch morgens auf die Arbeit und gucke, und wenn ich merke, es geht irgendeinem Bewohner nicht gut oder was, reagiere ich doch, reagieren auch meine Mitarbeiter oder man geht darauf ein. Wir kennen ja die Bewohner. Wir haben sie ja lange. Und da habe ich immer so ein bisschen ein Problem, warum muss ich da immer irgendwas nachweisen... oder beweisen, weil, wenn wir irgendwie die Leute nicht richtig versorgen, sind wir nicht am richtigen Platz. Dann mache ich meinen Beruf nicht gut. Und das, was mich so immer irgendwie so immer, diese Nachweispflicht. Da sage ich, unter der leide ich immer ein bisschen. Also, das ist immer irgendwie, fühle ich mich da immer manchmal ... So ein bisschen denke ich, warum ich das beweisen. Ich gehe doch da rein, weil es den Leuten gutgehen soll, oder? Das ist doch mein Job, dass ich da ein Auge darauf habe. Und das ist was, was es mir manchmal schwierig macht. Es muss immer mehr bewiesen werden und nachgewiesen werden und ich muss ein Wohlbefinden feststellen und ... Ich gehe davon aus, dass die Leute sich wohlfühlen, weil sie in unserer Hand sind. Also, dafür mache ich Altenpflege.“

Zudem diskutierten die Teilnehmer auch das Themenfeld „Aus- und Weiterbildung“ intensiv. Die Ausbildung an Berufsschulen hinsichtlich der Demenzaffinität hängt stark von der Lehrkraft ab und die Anleitung in der Praxis gestaltet sich immer schwieriger, da keine Zeit für eine angemessene Anleitung der Schüler besteht. Die generalistische Ausbildung führt in den Augen der Teilnehmer dazu, dass die Pflegenden nach der Ausbildung ausgeprägter angeleitet werden müssen, denn statt der Grundpflege, die bei Menschen mit Demenz im Vordergrund steht, steht die Behandlungspflege im Vordergrund:

„Und ich habe ein bisschen die Befürchtung, wenn ab 2020 die generalistische Ausbildung loslegt, dass das völlig in die Hose geht, weil, ich merke schon bei

den jungen Auszubildenden aus dem Krankenhaus – wir hatten ja schon Kooperationsvereinbarungen –, die haben von Gerontologie überhaupt keinen Schimmer. Die kommen aus dem Krankenhausesektor. Die wissen überhaupt nicht, was Sache ist. Also, mit alten Menschen umgehen, da sind sie wirklich (...) und kurativ(?) gebieft. Da geht es wirklich um die Behandlungspflege im Vorfeld. Und die normale Pflege wird so ein bisschen abgefrühstückt. Und Gerontopsychiatrie ist für die(?) ganz weit weg. In der Altenpflege hat es schon noch mal einen höheren Schwerpunkt, aber ich habe so die Befürchtung, dass es mit der neuen generalistischen Ausbildung gänzlich verlorengeht. Wir kriegen vielleicht eine tolle omnipotente Ausbildung in diesen drei Jahren, aber ob die dann wirklich zielführend ist für die 13 000, 14 000 Pflegeheime in Deutschland, weiß ich nicht. Das könnte schwierig werden.“

Der hohe Theorieanteil wird bemängelt, da wenige Möglichkeiten bestehen, das Wissen in der Praxis anzuwenden. Die Pflegefachkräfte bedauern, dass sie eine schlechte Vorbildfunktion für Schüler einnehmen, da sie zeitweise für mehr als einen Wohnbereich zuständig sind, und demzufolge eine Konzentration und enge Zuwendung auf den Bewohner unmöglich ist:

„Und ich lebe den Schülern diese Sachen in dem Fall – und das meine ich mit Kompetenznutzung – gar nicht mehr vor. Früher war ich mit meinen Schülern nur auf meinem Wohnbereich zum Beispiel. So bin ich auch eingeleitet worden. Und die sehen dann, ich arbeite daran. Das ist eine Art des Lernens, aber jetzt bin ich für zwei zuständig. Ich bin für Personal zuständig, die auf zwei Wohnbereichen sind zum Beispiel. Das geht in diese Entwicklung. Und ich sehe das halt schwierig. Lernen tun genau die gleichen Kompetenzen, aber Leben und Erlernen, diese Fertigkeiten, das ist halt schwierig.“

Der Stellenwert von Fortbildungen wird auch für Pflegehelfer als sehr hoch eingestuft. Vor allem die Gesprächsführung muss geschult werden.

Einige wenige Nennungen betrafen die „Kapazitäten Zeit und Personal“. Die Pflege wird immer aufwändiger, fachliche Kompetenzen können nicht genutzt werden. Gute Pflegekräfte anzuwerben sei zudem sehr schwierig. Es bleibt zu wenig Zeit für Palliativpatienten und Fallgespräche und person-zentrierte Pflege:

„Es fehlt mir auch manchmal die Zeit, muss ich sagen, den Mitarbeitern Informationen zu geben über die Demenzkranken, während es schöner wäre, man könnte dann auch mal ein Fallgespräch, man könnte sich den Bewohner mal

vornehmen, könnte sagen, wie ist denn sein Zustand, worauf müssen wir denn Rücksicht nehmen, aber die Zeiten bleiben so über den Tag gar nicht.“

Einige Nennungen der Teilnehmer beziehen sich zudem auf das veränderte Klientel im Pflegeheim. Die Anzahl der Menschen mit Demenz steigt kontinuierlich, daneben existieren verschiedene psychiatrische Krankheitsbilder:

„Ich muss sagen, das ist ja nicht immer nur Demenz. [...] Wir haben immer mehr Leute gekriegt aus der Psychiatrie. Dann kommt die psychiatrische Erkrankung noch zur Demenz dazu. Und das dann auch noch einzuschätzen, wo dann vielleicht noch eine Schizophrenie, eine Psychose, eine Neurose dazukommt und wie die dann reagieren, wird ja immer schwieriger. Darauf sind wir Altenpfleger ja gar nicht geschult.“

Vor 30 Jahren war Demenz in den Pflegeeinrichtungen kaum ein Thema, heute kommen die Menschen mit großem Pflegebedarf in die Einrichtungen:

„Da hatten wir ganz andere Gemengelagen. Da kamen Menschen, die fit waren, in die Altenheime. Werde ich nie vergessen. Also, wir hatten ... Ich kenne vielleicht überhaupt zwei, die gepflegt werden mussten. Alle anderen kamen fit. Wir hatten sogar Teppichboden in den Zimmern. Also, will damit sagen, es waren ganz andere Menschen, die kamen, als jetzt heute. Das hat sich dermaßen gewandelt.“

Eine besondere Herausforderung stellen Bewohner dar, die z. B. mit Oberschenkelhalsbrüchen direkt aus dem Krankenhaus entlassen werden. Zudem ist das Pflegepersonal immer mehr mit dokumentationsaufwändigen Kurzzeitpflegen sowie Palliativpatienten gefordert.

Weitere Nennungen sind der Kategorie „Voraussetzungen im Umgang mit Demenz“ zuzuordnen. Das Wahrnehmen, Ernstnehmen, den Bewohner als Menschen sehen, sich in die Person hineinversetzen können und die Selbstreflexionsfähigkeit sind wichtige Teilaspekte:

„Also, das Wesentliche finde ich eigentlich, dass man sich versucht, auch irgendwie in demenzkranke Menschen hineinzusetzen, sie wahrzunehmen, sie ernst zu nehmen, einfach für sie da zu sein.“

„Und das andere, was für mich immer ganz wichtig war, so eine Selbstreflexion, also so eine Selbstreflexionsfähigkeit, also zu gucken, was macht es mit mir, und das dann auch wieder auf diese Ebene transportieren, das ich natürlich nicht 1:1 nehmen werde.“

Eine Pflegekraft sollte über eine Demenzaffinität und biografisches Wissen verfügen. Zudem betrifft eine Kodierung die Milieugestaltung durch einen speziellen Demenzbereich.

Die „Aufgabenbereiche“ wurden am wenigsten diskutiert. Pflegefachkräfte benötigen viel Zeit für administrative Aufgaben, im Umkehrschluss ist wenig Zeit für psychosoziale Pflege vorhanden. Der kurative Ansatz wird immer stärker und die Person-zentriertheit droht verloren zu gehen:

„Was ich aber spüre, dass in der Altenpflege der gleiche Fehler gemacht wird wie in der Krankenpflege. Der kurative Ansatz ist ganz weit vorne. Und die Person-zentriertheit, da kommt man manchmal gar nicht dazu, weil, wie Sie auch sagen, diese Administrationen über (...), der Zeitmangel, Personalmangel, das sind die großen Probleme.“

Ein wichtiger Aspekt ist die Tatsache, dass Pflegehelfer die eigentliche Pflege leisten:

„Und das größere Problem ist immer noch, dass wir die Fachlichkeiten in der Station verändern müssen, sodass wirklich die PFKs nur noch die administrativen Sachen machen können, aber die pflegerischen Sachen am Demenzkranken machen eigentlich nur die Helfer, die dafür eigentlich gar nicht im Endeffekt geschult sind, wo man eigentlich so die ganz großen Diskrepanzen sieht.“

Zusammenfassend bildet der erste Teil der Fokusgruppendifkussionen die immer größer werdenden Anforderungen an die Pflege und Pflegefachkräfte ab. Die Haltung und Einstellung der Mitarbeiter, die genannten Schwierigkeiten und Herausforderungen hinsichtlich der Rahmenbedingungen und des veränderten Klientels, sowie die mangelhaften Verhältnisse in Sachen Kapazitäten von Personal und Zeit, verlangen nach notwendigen Änderungen. Der Wunsch nach detaillierten Fallbesprechungen, engeren Begleitungen und Anleitungen von Schülern sowie Pflegehelfern wird sehr deutlich. Die Implementierung von H.I.L.DE.-QS kann hier einen wichtigen Beitrag leisten.

3.8.2 Durchführung von H.I.L.DE.-QS innerhalb des Projekts

Innerhalb dieses Diskussionspunktes wurde die Kategorie „Erkenntnisse und positiven Effekte von H.I.L.DE.-QS“ mit den meisten Nennungen am ausgiebigsten diskutiert. Einen großen Nutzen sehen die Pflegefachkräfte in der Selbstreflektion, im Lernen von gezielter Beobachtung und der Möglichkeit der Rückmeldung:

„Also, alle Beteiligten legen auf jeden Fall den Fokus noch mal ganz anders, zumal im Nachgespräch, auch im direkten Nachgespräch dann noch mal, man sieht halt so, oh, das hätte man vielleicht noch anders machen können, und

da fühlt der Bewohner, der Mensch sich wohl. Also, man sieht auch schon mal andere Aspekte, wo man vielleicht ... Man geht ja sonst in die Pflege rein, guckt, guckt halt auch auf den Bewohner oder so, aber nicht so individuell. Von daher kann man das noch mal genauer analysieren also. Und dann kann man vielleicht auch mal, oh, da, das hat geholfen, das hat vielleicht gut geklappt und so. Man macht sich einfach mehr Gedanken. Also, das finde ich auf jeden Fall positiv.“

„Also, ich fand jetzt auch noch mal interessant die Beobachtungsphase, wie wir dann da reingegangen sind, haben dann die Frequenzen beobachtet, haben den Bewohner beobachtet als auch den Mitarbeiter. Da hat man seinen Mitarbeiter noch mal von einer ganz anderen Seite auch noch mal kennengelernt. Und was ich gut fand, war dieses Reflexionsgespräch zum Mitarbeiter, dass er selber auch mal sich reflektieren musste, wie ist es denn bei ihm angekommen. Das sind die ja relativ wenig gewöhnt, sich mal selber zu reflektieren, wie bin ich eigentlich, ich kriege ja eigentlich immer was gesagt, sondern ich muss jetzt auch mal gucken und muss mal selber was sagen. Und das fand ich gut. Da haben die auch mal ... Ich glaube, das ist besser, als wenn man dann sagt, das und das ist mir jetzt bei Ihnen aufgefallen, als dass die mal sagen, wie kam das jetzt bei mir eigentlich an. Da kamen für uns so ein paar Aha-Effekte bei manchen Leuten.“

Diese ging häufig mit einer Wertschätzung für Kollegen einher, da Kompetenzen beobachtet wurden, von denen der Beobachter vorher nichts wusste:

„Bei uns war es auch ganz spannend von den Kollegen, denen bei der Arbeit über die Schultern gucken zu können, auch noch mal deren Kompetenzen zu beobachten, die einem als Kollege gar nicht so aufgefallen sind oder bekannt waren. Und wie gesagt, auch dieses Wertschätzende gegenüber den Kollegen bringt, denke ich, dann schlussendlich für die Allgemeinpflege der betagten Menschen nur Vorteile.“

Die Motivation zum Handeln wurde angeregt. H.I.L.DE.-QS hilft zum einen, den Bewohner als Persönlichkeit zu sehen, und zum anderen die Lebensqualität des Bewohners in der Situation abzubilden. Hervorgehoben wurde zudem, dass H.I.L.DE.-QS nicht den Fokus auf die korrekte Durchführung der Körperpflege legt.

Die identifizierten acht Kodierungen zum Thema „Praxistauglichkeit“ sind von höchster Bedeutung. Positiv hervorgehoben wurde, dass Projekt direkt an Bewohnern und mit den Pflegekräften vor Ort durchgeführt wurde und nicht von Personen „von außen“:

„Also, H.I.L.DE.-QS in der Form, wie es durchgeführt worden ist direkt in den Einrichtungen, an den echten Pflegekräften und dann Mitbewohnern, die tatsächlich da sind, im Team, das war ... Ich finde, so eine Studie ist schon wichtig, egal was jetzt als Nächstes da geplant wird. Wir waren kollegiale Ebene ... Wir haben unsere eigene Arbeit der Studie geliefert. Es ist nicht jemand von außen gekommen, der einen akademischen – also, ich studiere auch (...) –, der mit akademischem Grad von außen kommt für die Pflegekräfte, für die Bewohner, sondern es waren wirklich Praktiker bei dem ganzen Projekt dabei.“

Laut Einschätzung der Diskussions-Teilnehmer sind Veränderungen nur nach mehrmaliger Anwendung des Instruments möglich:

„Ich denke, bei dem einen oder anderen, bei dem wir ein Reflexionsgespräch geführt haben, ja, bestimmt schon ein bisschen ein Umdenken, aber dann müsste H.I.L.DE. auf Dauer durchgeführt werden.“

Die „Fragebögen an die Mitarbeiter“ wurden ebenfalls mit acht Kodierungen versehen. Der Sinn der Fragebögen wurde von den Pflegefachkräften nicht verstanden, infolgedessen war der Rücklauf in den Einrichtungen gering:

„Also, wir waren höchst motiviert, haben ganz viele von diesen Bögen kopiert, verteilt, jeden Tag geschaut. Es kommt nichts zurück. Es kommt nichts zurück. Und dann kommt ein Kollege zu mir, habt ihr euch mal die Fragen durchgelesen, was wollt ihr denn da, wenn du mit dem Auto fährst. Okay, ja gut. Dann haben wir angefangen zu erklären, zum Teil, es geht um Motivation und so weiter wahrscheinlich, und haben dann vermutet. Und, gut, dann kamen welche zurück, einige.“

Einige Nennungen der Teilnehmer betreffen die „Durchführung des Befragungsteils“: Es wurde deutliche Kritik an den Fragen geäußert, jedoch betonen einige, dass sie die Zeit während des Gesprächs mit dem Bewohner sehr bereichernd fanden, da von einzelnen Bewohnern Antworten kamen, von denen sie dies nicht erwartet hätten:

Wir haben ja eine Erfahrung gemacht, wo wir dachten, das ist ein Bewohner, wo wir beide waren, wo wir dachten, da kommt nicht mehr viel, und dann kam auf einmal ganz viel, wo jeder gesagt hat, er ist hoch dement, da kannst du keine Befragung mehr machen. Also, ich glaube, vielleicht, nicht falsch verstehen, gibt man auch manchmal zu schnell auf und stempelt denjenigen ab, weil,

hier kam ganz viel rüber. Da war ich so überrascht, hätte ich niemals vorher gedacht.

Darüber hinaus betreffen einige wenige Nennungen das „Organisatorische“. Das Projekt musste neben dem Tagesgeschäft laufen, insgesamt war dies nur mit viel (Personal)-Aufwand zu stemmen. Krankmeldungen haben die Planung häufig beeinflusst:

„Und das hat schon viel Personal auch gekostet, weil wir auch andere Mitarbeiter mitnehmen mussten, die ja auch H.I.L.DE. machen müssen. Das sind ja Stunden, die die aus der Pflege raus sind. Muss ja der Arbeitgeber auch bezahlen und finanzieren. Und es muss planbar sein. Also, es war schon sehr aufwendig.“

Die Beobachtungen wurden positiv bewertet, da auch im Nachhinein anhand der Verschriftlichung nachgesehen werden konnte, in welcher Situation der Bewohner eine bestimmte Reaktion zeigte:

„Und eben hinterher, dass ich noch mal gucken kann, bei welcher Pfl egetätigkeit ist diese Reaktion aufgetreten, egal ob positiv oder negativ, weil, dann habe ich etwas, auf dem ich aufbauen kann. Aber dieses ganze Vordrum ist zu viel. So würde ich jetzt persönlich sagen.“

Auch der kollegiale Austausch, der aufbauend auf die Beobachtung zustande kam, wurde als wichtig bewertet.

Auch die „Grenzen des Instruments oder Kritik“ wurden diskutiert, wobei hier vergleichsweise wenige Punkte genannt wurden. Durch das Instrument entsteht den Teilnehmern zufolge keine unmittelbare Besserung der Lebensqualität:

„Das Instrument (erzielt) keine Besserung der unmittelbar erlebten Lebensqualität [...], weil, das, finde ich, ist auch immer sehr von der Tagesform abhängig, und nur weil ich ein Formular ausfülle und da irgendwelche Gefühle, Affekte oder Sonstiges beobachte, geht es ja schlussendlich der Person nicht besser. Also, das, finde ich, zeigt schon für mich schon ein bisschen die Grenzen auch auf.“

Die Kategorie „Notwendige Änderungen/Überarbeitungen“ verweist mit sieben Nennungen auf Vorschläge wie z.B. die Verkürzung des Bogens, um weniger Schreibarbeit zu verursachen:

Also, (...) schon. Ich finde es ein tolles Instrument, wenn Sie es schaffen würden, das eben ein bisschen kompakter zu machen und wirklich dann also (...)

elektronisch (...). Ich glaube, dann könnten wir es wirklich so einsetzen zur Evaluierung

Einen großen Diskussionspunkt stellt die Digitalisierung von H.I.L.DE.-QS dar, mit deren Hilfe der Fragebogen auf dem Handy oder Tablet einsehbar und bearbeitbar wäre:

„Wenn man jetzt ein Tablet hätte, bräuchte man bloß schnell wechseln, tippen, und das fällt überhaupt nicht auf. Man sitzt dann da. Man ist entspannter. Also, ich finde auch, das wäre eine gute Idee.“

„Hätten Sie die Fragebögen online irgendwie zur Verfügung gestellt und die jungen Leute – ich eingeschränkt, ich zähle mich auch noch zu den jungen Leuten –, man hätte das einfach herunterklicken können. Das wäre in zwei Minuten getätigt worden. Ich hätte die Fragen direkt gemacht. Wir nutzen einfach das einfach mehr. Die sind alle mit einem Handy unterwegs. Oder hätte ich denen einfach einen Link schicken können zum Fragebogen, hätten Sie viel mehr Rücklauf gehabt. Und was spricht dagegen? Wir arbeiten jetzt auch mit PC. Und sobald das Ganze digital ist, ist das, glaube ich, noch viel einfacher. Ich schreibe nicht mehr mit der Hand mit. Und das ist halt auch ... Wir leben von SIS.“

Zudem muss den Teilnehmern zufolge eine Möglichkeit gefunden werden, den Personalaufwand für H.I.L.DE.-QS zu refinanzieren.

Der zweite Teil der Fokusgruppendifkussion, der sich mit der Durchführung von H.I.L.DE.-QS in den Einrichtungen befasst, gibt einen guten Einblick in die Chancen und Grenzen der Anwendung. Separiert man die einzelnen Bestandteile voneinander, so wird offensichtlich, dass die begleitenden Fragebögen an die Mitarbeiter den Einrichtungen erhebliche Probleme bereiteten. Auch die Organisation dieses Projektes war für einige Einrichtungen eine Herausforderung, da es neben dem Tagesgeschäft durchgeführt wurde und durch Krankheitsfälle erschwert wurde. Der Befragungsteil und ganz besonders der Beobachtungsteil wurden sehr positiv bewertet. Obwohl Kritik am Instrument geäußert wurde, überwiegen der Nutzen und die positiven Erfahrungen deutlich.

3.8.3 Rahmenbedingungen für eine Implementierung

Der Kategorie „Einsatz des Instruments und wo kann man H.I.L.DE.-QS integrieren“ sind 22 Kodierungen zuzuweisen. Die Teilnehmer sprachen sich deutlich für einen Einsatz im Rahmen der Pflegevisite aus. Zudem ließe sich H.I.L.DE.-QS mit SIS-Fallbesprechungen oder Fachbegleitungen kombinieren. Denkbar wäre, H.I.L.DE.-QS direkt bei Neuzugängen oder in der MDK-Prüfung anzuwenden:

„Ich wünsche mir, dass bei den Qualitätsprüfungen so was mit drin ist, aber dass andere Sachen eben nicht mehr so abgeprüft werden, die wirklich dem Bewohner nichts bringen, sondern die Sachen mit aufgewertet werden. Das muss ich jetzt mal an der Stelle sagen. Das würde mal was für den Menschen bringen am Ende.“

Eine Übernahme ins Qualitätsmanagement als Grundlage für Fallbesprechungen z. B. bei Menschen mit herausforderndem Verhalten ist ebenfalls ein wichtiger Ansatz:

„Aber man könnte SIS ja auch, die Fallbesprechung mit der H.I.L.DE. machen. Wir müssen alle sechs Monate eine SIS-Fallbesprechung machen und dann einfach als Fallbesprechungsinstrument das H.I.L.DE. nutzen.“

Die Frage „Wer soll H.I.L.DE.-QS durchführen“ wurde ebenfalls intensiv diskutiert. Gut wurde bewertet, dass das Instrument von Kollegen auf Augenhöhe durchgeführt wurde und niemand von extern die Studie durchführte. Wichtig ist es, mehrere Pflegefachkräfte zu schulen, falls Kollegen ausfallen. Unabdingbar ist jedoch, dass die Einrichtungsleitung H.I.L.DE.-QS mitträgt:

„Das alles hätte bei uns nicht funktioniert, wenn ich das nicht hätte von vorn herein machen wollen, wenn unsere Einrichtungsleitung nicht dahintergestanden hätte.“

Auch die Überlegung, Pflegehelfer zu schulen, weil diese näher am Bewohner dran sind, steht im Raum:

„Aber es gehört zu den Helfern, weil die am Bewohner sind. Genau da muss es hin.“

Nennungen in der Kategorie „Die Häufigkeit der Anwendung von H.I.L.DE.-QS“ lassen darauf schließen, dass die Anwendung einmal jährlich als zu wenig aufgefasst wird. Ein Vorschlag lautete, H.I.L.DE.-QS anlassbezogen durchzuführen oder aber alle drei Monate das Wohlbefinden zu evaluieren:

„Ich würde das alle drei Monate mit der Evaluation des Wohlbefindens machen. [...] Oder bei neuen Bewohnern. Also, das wären, was weiß ich, zwei, drei Monate.“

Die Ergebnisse zu den Rahmenbedingungen für eine Implementierung von H.I.L.DE.-QS in die stationäre Altenpflege sind für Planung und Durchführung weiterführender, projektübergreifender Schritte von großem Interesse. Man setzt sich schon jetzt mit der Frage nach der

Weiterentwicklung der Qualitätsprüfungsrichtlinien für die stationäre Altenpflege auf Grundlage der Projektergebnisse intensiv auseinander (► Kap. 4.5).

4. Zusammenfassung der Ergebnisse und Ausblick

Eine notwendige Neuausrichtung der Pflege, die im Rahmen der Pflegereform seit 2015 schrittweise umgesetzt wird und in den Jahren 2016/2017 das zweite Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung (PSG II) hervorbrachte, erfordert die Anwendung standardisierter Instrumente zur Beurteilung der Ergebnis-, Struktur- und Prozessqualität in der stationären Altenhilfe. H.I.L.DE.-QS stellt ein innovatives Instrument dar, welches dazu beiträgt, 1) die Qualität der pflegerischen Versorgung von MmD im Hinblick auf ethisch-fachliche Pflegekompetenz signifikant zu verbessern und 2) die für das Wohlbefinden und die Lebensqualität von MmD so bedeutsame Erfahrung von Bezogenheit in der Interaktion mit Pflegepersonen zu berücksichtigen und zu fördern. Das Instrument nimmt damit zentrale Aspekte der Ergebnisqualität (Wirksamkeit pflegerischer Maßnahmen mit Blick auf das Wohlbefinden der Bewohner), Strukturqualität (ethisch-fachliche Qualifikation und Kompetenzen der Pflegekräfte) und Prozessqualität (Interventionsplanung auf Basis fundierter Beobachtungsergebnisse) in den Blick und eignet sich daher für eine Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in die Praxis. Zudem erfüllt H.I.L.DE.-QS zentrale Testgütekriterien (Validität, Reliabilität, Veränderungssensitivität und Praktikabilität) und lässt sich sehr gut in das interne Qualitätsmanagement integrieren.

Übergeordnetes Ziel des Projekts ist eine flächendeckende, bundesweite Implementierung von H.I.L.DE.-QS, wobei die umfassende Validierung und seine Wirksamkeitsüberprüfung des Instruments in der stationären Altenpflege eine wichtige Voraussetzung dafür darstellen und damit die primären Ziele des Projekts waren. Für die Validierung von H.I.L.DE.-QS standen folgende zentrale Forschungsfragen im Vordergrund:

- 1) Erfasst H.I.L.DE.-QS zentrale Dimensionen der Lebensqualität von Menschen mit Demenz im Rahmen der pflegerischen Versorgung?**
- 2) Ermöglicht der Einsatz von H.I.L.DE.-QS eine reliable und objektive Einschätzung des emotionalen Ausdrucks von Bewohnern mit beeinträchtigter verbal-kommunikativen Kompetenz und der Interaktionsqualität zwischen Pflegenden und Bewohnern im Rahmen der pflegerischen Versorgung?**
- 3) Ermöglicht der Einsatz von H.I.L.DE.-QS die Erfassung bzw. Abbildung bedeutsamer Veränderungen der Emotionalität der Bewohner/Innen und der Kommunikationsmuster der Pflegepersonen?**

4) Ist H.I.L.DE.-QS ein für die stationäre Langzeitpflege praktikables Befragungs- und Beobachtungsinstrument

Der Nachweis der positiven Wirksamkeit von H.I.L.DE.-QS auf das Wohlbefinden bzw. die Emotionalität der Bewohner/Innen und die Pflegekompetenz mit Blick auf Kommunikationsmuster der Pflegepersonen war mit folgenden Fragen verbunden:

5) Führt der Einsatz von H.I.L.DE.-QS zu signifikanten positiven Veränderungen der Kommunikationsmuster der Pflegeperson und des emotionalen Ausdrucks der Bewohner/Innen?

6) Lassen sich auf Grundlage von H.I.L.DE.-QS wirksame Maßnahmen zur Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit Demenz entwickeln?

Es ist anzunehmen, dass eine durch regelmäßige und langfristige Anwendung von H.I.L.DE.-QS hervorgerufenen stärkeren Sensibilität mit Blick auf das subjektive Wohlbefindens von MmD im Zusammenspiel der Kommunikationsmuster von Pflegepersonen einen großen Einfluss auf die subjektiven Kontrollüberzeugungen und das belastungserleben der Pflegekräfte in der Einrichtung hat, was sich wiederum positiv auf die Zufriedenheit auswirken kann und zur folgenden, ergänzenden Forschungsfrage führte:

7) Hat die regelmäßige Anwendung von H.I.L.DE.-QS einen positiven Einfluss auf die Zufriedenheit aller Pflegepersonen der betreffenden Einrichtung und ist dies auf veränderte subjektive Kontrollüberzeugungen und eine Reduktion des beruflichen Belastungserlebens zurückzuführen?

4.1 Zusammenfassung der Validierungsergebnisse

4.1.1 Die Frage nach der Validität

1) Erfasst H.I.L.DE.-QS zentrale Dimensionen der Lebensqualität von Menschen mit Demenz im Rahmen der pflegerischen Versorgung?

Die Ergebnisse der Validitätsanalyse zeigen, dass H.I.L.DE.-QS sich zur Abbildung zentraler Dimensionen der Lebensqualität eignet.

Zur Beantwortung der Fragestellung wurde die Konstruktvalidität zweier H.I.L.DE.-QS Skalen des Befragungs- und Beobachtungsteil analysiert, indem diese mit Subskalen des QUALIDEM [ETTEMA ET AL. 2007; BOUMAN ET AL. 2011; DITCHER ET AL. 2011] korreliert wurden. Der QUALIDEM wurde vor allem deswegen als Vergleichsinstrument genutzt, da er im Vergleich zu

anderen Instrumenten, welche die Lebensqualität bei MmD erfassen, eine zufriedenstellende psychometrische Güte aufweist [ASPDEN ET AL. 2014]. Es wurden a priori Hypothesen entwickelt und getestet, was sehr sinnvoll war, da in zahlreichen Studien zur Validierung vergleichbarer Messinstrumente keine Informationen zur Hypothesenüberprüfung zur Verfügung stehen [ebenfalls ASPDEN ET AL. 2014].

Mithilfe der H.I.L.DE.-QS Skala zur Lebenszufriedenheit ist die Erfassung der emotionalen Befindlichkeit als eine zentrale Dimension von Lebensqualität bei MmD im Rahmen der pflegerischen Versorgung möglich. Dies zeigen die signifikanten Korrelationen mit Blick auf die Lebenszufriedenheits-Skala und etwa der QUALIDEM Subskala „Positive Affekte“. Das subjektive Erleben der sozialen Umwelt und die Möglichkeit, seine Bedürfnisse und Anliegen in der Interaktion mit anderen Menschen äußern und realisieren zu können, stellen weitere bedeutende Dimensionen der Lebensqualität dar, die sich mit der H.I.L.DE.-QS Skala zur Beurteilung der Gesamtatmosphäre abbilden lassen – dies zeigt der signifikante Zusammenhang mit der QUALIDEM Subskala „Pflegerbeziehung“.

An dieser Stelle sollte darauf hingewiesen werden, dass die (Konstrukt-)Validität von Skalen und Beobachtungsinstrumenten zur Erfassung der Lebensqualität von MmD nur mit Einschränkungen analysiert und bestimmt werden kann, da kein wahrer „Gold-Standard“ für das Konstrukt der Lebensqualität existiert, obwohl sich die Wissenschaft in den vergangenen Jahren damit intensiv auseinandergesetzt hat [VAN DER WOLF ET AL. 2018]. MISSOTTEN ET AL. (2016) konnten zeigen, dass sich gut etablierte und in Teilen ausreichend validierte Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität vor allem mit Blick auf die Definition bzw. Operationalisierung des Konstrukts Lebensqualität, die Komponenten und Dimensionen von Lebensqualität, die Konstruktion des Instruments und damit auch auf die Formulierung der Items deutlich voneinander unterscheiden. Dies erschwert es generell, die Instrumente miteinander in Verbindung zu setzen und führt zu erwartungsgemäß eher schwachen bis mäßigen Korrelationen, was auch bei der Hypothesentestung im Hinblick auf potenzielle Zusammenhänge zwischen den H.I.L.DE.-QS Skalen und den QUALIDEM Subskalen deutlich wurde. Die Ergebnisse der Analyse der Konstruktvalidität von H.I.L.DE.-QS, die mit Spearman-Rang-Korrelationskoeffizienten von $r_s = 0,36 - 0,58$ zusammengefasst einen geringen bis mäßigen Zusammenhang mit den QUALIDEM Subskalen zeigen, sind aber mit Ergebnissen der Validierung eines anderen Instruments in etwa vergleichbar; der etablierte Fragebogen, der über Proxy-Befragungen die Lebensqualität von Menschen mit fortgeschrittener Demenz erfasst, weist ebenfalls mäßige Spearman-Korrelationen mit anderen Indizes auf ($r_s = 0,64 - 0,74$) [FALK ET AL. 2007].

Ergänzend zu den Ergebnissen der Analyse der Konstruktvalidität weisen vor allem die Expertenratings darauf hin, dass das subjektive Erleben der sozialen Umwelt (Beziehungsaufbau /

Kontaktaufnahme) und die Bewohnerbedürfnisse vor allem mithilfe des H.I.L.DE.-QS Befragungsteils gut messbar sind. Auch sind die Fragen laut den Experten dazu geeignet, einen ersten Eindruck über die allgemeine Lebensqualität der Bewohner zu erhalten. Die emotionale Befindlichkeit als Kerndimension der Lebensqualität wie auch das Erleben der sozialen Umwelt (Interaktion der Bewohner mit der Pflegeperson) können laut Experten aber vor allem mithilfe des H.I.L.DE.-QS Beobachtungsteils erfasst werden.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass der Befragungsteil, die beiden H.I.L.DE.-QS Skalen zur Lebenszufriedenheit und zur Gesamtatmosphäre sowie der Beobachtungsteil zur Erfassung zentraler Dimensionen der Lebensqualität bei MmD valide Messmethoden darstellen.

4.1.2 Die Frage nach der Reliabilität

2) Ermöglicht der Einsatz von H.I.L.DE.-QS eine reliable und objektive Einschätzung des emotionalen Ausdrucks von Bewohnern mit beeinträchtigter verbal-kommunikativen Kompetenz und der Interaktionsqualität zwischen Pflegenden und Bewohnern im Rahmen der pflegerischen Versorgung?

Die Forschungsergebnisse zeigen, dass mithilfe von H.I.L.DE.-QS eine reliable Einschätzung der emotionalen Befindlichkeit der Bewohner mit Demenz und zentralen Aspekten der ethisch-fachlichen Pflegekompetenz (verbal-kommunikative Kompetenz) möglich ist.

Die signifikanten positiven Ergebnisse zur Inter-Rater Reliabilität des H.I.L.DE.-QS Beobachtungsteils (Cohens Kappa = 0,29 – 0,76, $P < .001$), die eine ausreichende bis beachtliche Übereinstimmung darlegen, sind mit denen anderer Beobachtungsinstrumente zur Erfassung der Lebensqualität vergleichbar; so weist etwa die *Philadelphia Geriatric Centre Affect Rating Scale* [LAWTON1994], die ähnlich wie das H.I.L.DE.-QS Beobachtungsschema Körperbewegungen und Gesichtsausdrücke erfasst, ebenfalls eine positive Inter-Rater Reliabilität auf (ICC = 0,82) [ASPDEN ET AL. 2014; SLOANE ET AL. 2005]. Ein vergleichbares Ergebnis wie H.I.L.DE.-QS zeigen außerdem die *Quality of Interaction Scale* [DEAN ET AL.1993], *AwareCare* [CLARE ET AL. 2012] oder *the Laurens Well-Being Inventory for Gerontopsychiatry* [VAN DER WOLF ET AL. 2018] mit Kappa-Korrelationen von mindestens 0,68. Eine Übersichtsarbeit von ALGAR ET AL. (2016) hebt hervor, dass die *Observed Emotion Rating Scale* [LAWTON ET AL. 1996; 1999] im Vergleich zu anderen Beobachtungsinstrumenten mit Kappa-Korrelationen von 0,76 - 0,89, die eine beachtliche bis fast vollkommene Übereinstimmung repräsentiert, eine gute bis sehr gute Interrater-Reliabilität aufweist. Vor allem die H.I.L.DE.-QS Variablen zum Kommunikationsverhalten der Pflegepersonen zeigen mit teilweise ebenfalls beachtlichen Übereinstimmungen ein ähnliches Ergebnis. Insgesamt ist festzuhalten, dass auch mit dem H.I.L.DE.-QS Be-

obachtungsschema zwei unabhängige Anwender gleiche bzw. ähnliche negative wie auch positive Emotionen der Bewohner und vor allem verschiedene Kommunikationsmuster der Pflegeperson auf der Beziehungs- und Handlungsebene im Verlauf komplexer Pflegesituationen (morgendliche Pflege) identifizieren können.

Durch das Beobachtungsschema gelingt daher auch eine ausreichend objektive Einschätzung der Kommunikationsmuster und der damit zusammenhängenden Lebensqualitätsdimensionen, denn die Objektivität kann durch den Grad der Übereinstimmung von Messergebnissen und deren Deutung bestimmt werden [BECK 1974]. Diese Ergebnisse zur Interrater-Reliabilität haben für die Praxis insofern eine große Bedeutung, als sie verdeutlichen, dass die Anwendung des Beobachtungsschemas in nur geringem Ausmaß von Faktoren wie einem spezifischen Fachwissen mit Blick auf Emotionsanalyse, Kommunikationsmechanismen oder Mess-theorie, der Pflegeausbildung (examinierte Pflegekraft, Pflegeschüler, gerontopsychiatrische Fachkraft) und anderen soziodemografischen Einflussfaktoren z. B. Alter und Geschlecht abhängig ist.

4.1.3 Die Frage nach der Veränderungssensitivität

3) Ermöglicht der Einsatz von H.I.L.DE.-QS die Erfassung bzw. Abbildung bedeutsamer Veränderungen der Emotionalität der Bewohner/Innen und der Kommunikationsmuster der Pflegepersonen?

Die Anwendung von H.I.L.DE.-QS ermöglicht die Abbildung bedeutsamer Veränderung mit Blick auf die emotionale Befindlichkeit der Bewohner sowie der Kommunikationsmuster der Pflegepersonen.

Ein Instrument sollte bei Veränderungsmessungen nur dann verwendet werden, wenn es veränderungssensitiv ist; die Erfüllung der Testkriterien der Reliabilität und Validität reichen dafür nicht aus [NORMAN 1989]. Die Veränderungssensitivität stellt daher vor allem mit Blick auf die Förderung der Ergebnis- und Prozessqualität in der stationären Altenpflege eines der bedeutsamsten Testgütekriterien dar. Ist dieses Testkriterium erfüllt, kann die Wirksamkeit spezifischer pflegerischer und/oder therapeutischer Maßnahmen überprüft werden. ASPDEN ET AL. (2014) weisen darauf hin, dass in den wenigsten Studien die Veränderungssensitivität von Befragungs- oder Beobachtungsinstrumenten zur Erfassung der Lebensqualität analysiert wurde. Es konnte eine Studie identifiziert werden, die eine moderate Veränderungssensitivität der *Quality of Life in Late-Stage Dementia Scale* [WEINER ET AL. 2000] mit einem SRM von 0,66 ($P = .015$) feststellen konnte [FAYERS & MACHIN 2001]. H.I.L.DE.-QS ist mit SRMs von SRMs = 0,4 - 0,5 für die Kommunikationsmuster der Pflegeperson und mit SRMs = 0,2 - 0,7 für die Emotionalität der Bewohner bei einem recht kleinem Sample ($N = 59$) ebenso moderat veränderungssensitiv. Die Ergebnisse zeigen, dass signifikante Veränderungen positiver und

negativer Emotionen zu Beginn, im Verlauf und am Ende komplexer Pflegesituationen, hinsichtlich der emotionalen Variabilität, Veränderungen positiver und negativer Kommunikationsmuster sowohl auf der Beziehungs- wie auch Handlungsebene sowie mit Blick auf die Beurteilung der Gesamtatmosphäre in der Pflegesituation mithilfe des H.I.L.DE.-QS Beobachtungsschemas identifiziert werden können. H.I.L.DE.-QS ermöglicht daher die Überprüfung der Wirksamkeit spezifischer pflegerischer und/oder therapeutischer Maßnahmen zur Förderung der emotionalen Befindlichkeit und Bezogenheit von Menschen mit Demenz im Pflegeheim.

4.1.4 Die Frage nach der Praktikabilität

4) Ist H.I.L.DE.-QS ein für die stationäre Langzeitpflege praktikables Befragungs- und Beobachtungsinstrument?

Die Ergebnisse der Praktikabilitätsanalysen zeigen, dass H.I.L.DE.-QS mit Blick auf Dauer, Einfachheit der Anwendung und einzelner Inhalte ein praktikables Befragungs- und Beobachtungsinstrument für die stationäre Altenpflege darstellt.

Im Hinblick auf die Inhalte ist laut den Anwendern vor allem mit dem Beobachtungsteil, d.h. mit dem Beobachtungsschema und dem Reflexionsgespräch, ein besonders großer Nutzen für die Förderung einer intensiveren Beziehungspflege, eines vertiefenden Verständnisses der Befindlichkeit der Bewohner und des kollegialen Austauschs verbunden. Etwas mehr als die Hälfte der Anwender würde H.I.L.DE.-QS in der Einrichtung implementieren, was die Praxistauglichkeit des Instruments unterstreicht.

4.1.5 Fazit zur Validierung

Um Dimensionen der Lebensqualität bei Pflegeheimbewohnern zu erfassen und mithilfe geeigneter Pflege- und Therapiemaßnahmen zu fördern, sind Instrumente notwendig, die eine ausreichende psychometrische Güte aufweisen, d. h. den Testkriterien der Validität, Reliabilität und vor allem Veränderungssensitivität entsprechen [TERWEE ET AL. 2007]. Es gibt eine Vielzahl an bereits etablierten Instrumenten zur Erfassung der Lebensqualität für Menschen mit leichter bis moderater Demenz, die zum Teil mit Blick auf einzelne Testgütekriterien auch validiert sind [ENBLE 2010]. Bei den meisten dieser Instrumente handelt es sich um Fragebögen oder Fremdeinschätzungsskalen, selten um Beobachtungsinstrumente. Zudem liegen bei diesen Instrumenten häufig nur Daten zur Test-Retest- und/oder Interrater-Reliabilität sowie zur internen Konsistenz vor; Daten zur Hypothesentestung im Rahmen der Analyse zur Konstruktvalidität und vor allem zur Veränderungssensitivität wurden bislang kaum berichtet [ASPEN ET AL. 2014; ALGAR ET AL. 2014]. Zudem konnte keine Studie identifiziert werden, die Praktikabilität von Befragungs- oder Beobachtungsinstrumenten systematisch analysierte. Ein

Messinstrument, was Lebensqualität und Wohlbefinden bei Pflegeheimbewohnern mit psychiatrischer Erkrankung abbilden kann und umfassend mit Blick auf alle relevanten Gütekriterien ausreichend validiert wurde, existiert bislang nicht [VAN DER WOLF ET AL. 2018].

Mit H.I.L.DE.-QS wurde erstmals ein Befragungs- und Beobachtungsinstrument zur Erfassung der Qualität der pflegerischen Versorgung von MmD im Hinblick auf ethisch-fachliche Pflegekompetenz (Kommunikationsmuster auf der Handlungs- und Beziehungsebene) und zur Erfassung zentraler Dimensionen der Lebensqualität von MmD (emotionale Befindlichkeit und subjektives Erleben sozialer Umwelt in der Interaktion mit Pflegepersonen) umfassend, d.h. mit Blick auf Validität, Reliabilität, Veränderungssensitivität und Praktikabilität, validiert. In der Gesamtheit zeigen die Analysen positive Ergebnisse. H.I.L.DE.-QS erfüllt demnach zentrale Testgütekriterien und kann somit in die stationäre Altenpflege implementiert werden.

4.2 Zusammenfassung der Ergebnisse der Wirksamkeitsüberprüfung

4.2.1 Die Frage nach Effekten auf Emotionen und Kommunikationsmuster

5) Führt der Einsatz von H.I.L.DE.-QS zu signifikanten positiven Veränderungen der Kommunikationsmuster der Pflegeperson und des emotionalen Ausdrucks der Bewohner/Innen?

Zunächst ist festzuhalten, dass über die Zeit mithilfe von H.I.L.DE.-QS signifikante Effekte auf die Beurteilung der Gesamtatmosphäre (verbesserte Interaktion zwischen Bewohner und Pflegeperson), auf die Kommunikationsmuster der Pflegeperson (Zunahme der Anzahl positiver Verhaltensweisen sowohl auf der Beziehungs- als auch Handlungsebene) und auf die emotionale Befindlichkeit der Bewohner (Reduktion negativer Emotionen während der Pflegesituation) abgebildet werden konnten.

Die signifikante Zunahme der Anzahl positiver Kommunikationsmuster vor allem auf der Beziehungsebene verdeutlicht, dass gerade diese Verhaltensweisen (z. B. ein auf den Bewohner gerichteter Blick, Humor, Freundlichkeit und Lächeln, ein bestätigendes Kopfnicken, eine zugewandte Körperhaltung oder eine angemessene Biografieorientierung) ein großes Verbesserungspotenzial aufwiesen. Dieses Ergebnis lässt vermuten, dass sich das Verhalten von Pflegepersonen immer noch sehr stark auf eine angemessene Ausführung von spezifischen, verrichtungsbezogenen Pflegehandlungen (z. B. auf Ankündigungen bestimmter Tätigkeiten und Aufforderungen) und weniger auf spezifische Verhaltensweisen auf der Beziehungsebene, die mit Blick auf die Pflegekompetenz gerade das Gefühl von Bezogenheit der Bewohner fördern können, fokussiert. Dies zeigt sich auch anhand der Ergebnisse zur Selbstreflexion; es werden eher verrichtungsbezogene Pflegehandlungen von den Pflegepersonen reflektiert. Dies be-

deutet aber keinesfalls, dass Pflegekräfte nicht über eine fachlich und ethisch begründete Pflegekompetenz bzw. über Strategien zur Realisierung von Verhaltensweisen auf der Beziehungsebene verfügen. Vielmehr werden sie aufgrund bestimmter Rahmen- bzw. Arbeitsbedingungen in der Realisierung dieser Kompetenz behindert. Gerade im Kontext Pflege gerät man häufig in Situationen, in denen das eigene Pflegehandeln keinesfalls oder nur sehr begrenzt den ethischen Prinzipien entspricht. Dies sind vor allem Situationen, in denen psychisch hoch anspruchsvolle Anforderungen bewältigt werden müssen, auf die die Pflegeperson nicht vorbereitet ist, keine ausreichenden zeitlichen Ressourcen für die Bewältigung der Anforderung zur Verfügung stehen und/oder keine Möglichkeiten zur Selbstreflexion dieser Erfahrungen im kollegialen Austausch bestehen [KRUSE 2006; WING 2005]. Darauf weisen auch die Auswertungen zu den im Rahmen der Strukturanalyse erhobenen Daten zu den Rahmenbedingungen und zum ethischen Anspruch der teilnehmenden Einrichtungen hin. Diese ergaben, dass zwar die räumlichen Rahmenbedingungen (z. B. die Ausstattung der Bewohnerzimmer) in den Einrichtungen eine Erfüllung der eigenen ethischen Ansprüche an das pflegerische Handeln zulassen, die personellen Rahmenbedingungen (z. B. der Fachkraftquotient) aber nur bedingt. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass es Pflegekräften durch die Anwendung von H.I.L.DE.-QS möglich ist, ihre tatsächliche Pflegekompetenz zu realisieren, indem zumindest Möglichkeitsräume für Selbstreflexion und kollegialen Austausch geschaffen werden können.

Es konnte auch eine signifikante Reduktion negativer Kommunikationsmuster auf der Beziehungs- und auf der Handlungsebene identifiziert werden, die aber im Vergleich zur Zunahme positiver Verhaltensweisen auf der Beziehungsebene mit Blick auf die Effektstärke deutlich geringer ausfällt. Für dieses Ergebnis könnten Deckeneffekten verantwortlich sein: Bereits bei der Baseline-Erhebung (U1) zeigten die Pflegepersonen verhältnismäßig wenig negative Kommunikationsmuster auf der Beziehungs- und Handlungsebene.

Vor allem im Verlauf der jeweiligen Pflegesituationen zeigte sich eine signifikante Steigerung positiver Emotionen und eine signifikante Reduktion negativer Emotionen der Bewohner. Negative Emotionen sind häufig Folge depersonalisierter, unreflektierter Verhaltensmuster von Pflegepersonen. Eine positive emotionale Befindlichkeit der Bewohner kann wiederum durch positive Verhaltensweisen auf der Beziehungsebene gefördert werden. Daher lässt sich vermuten, dass die Steigerung positiver und die Reduktion negativer Emotionen mit der Verbesserung des Kommunikationsverhaltens vor allem auf der Beziehungsebene in direktem Zusammenhang steht. Wir weisen aber darauf hin, dass dieses Ergebnis aufgrund methodischer Limitationen nur mit Vorsicht auf diese Art und Weise interpretiert werden kann (► Kap. 4.3). Auch die Emotionale Variabilität nimmt im Zeitverlauf signifikant ab, d. h. Bewohner wurden mit Blick auf ihre emotionale Befindlichkeit während einer Pflegesituation stabiler. Auch dieses Ergebnis könnte mit der Steigerung positiver Verhaltensweisen der Pflegepersonen, die sich insbesondere im Verlauf einer Pflegesituation festigen, erklärt werden.

Zu Beginn und am Ende der jeweiligen Pflegesituationen können nur Tendenzen einer Veränderung der Emotionalität identifiziert werden; die Effekte sind entweder nicht signifikant oder die Effektstärken nur sehr gering ausgeprägt. Dieses Ergebnis kann ebenfalls mit potenziellen Deckeneffekten erklärt werden: So ist zu vermuten, dass die Bewohner zu Beginn und am Ende einer Pflegesituation im Großen und Ganzen recht positiv gestimmt waren und im Durchschnitt wenig negative Emotionen aufwiesen.

Im Zusammenhang mit dieser Forschungsfrage ist die Hypothese zentral, dass allein der Einsatz von H.I.L.DE.-QS und die dadurch initiierten Abläufe wie eine auf den Ergebnissen der Beobachtung basierende Selbstreflexion der Pflegepersonen und die Planung bzw. Umsetzung von Interventionsmaßnahmen in Fallbesprechungen zu den signifikanten Effekten auf die Kommunikationsmuster der Pflegekräfte und die Emotionalität der Bewohner geführt hat. H.I.L.DE.-QS kann somit selbst als erklärender Mechanismus für die positiven Veränderungen verstanden werden. Es ist zu vermuten, dass insbesondere die Veränderung der Kommunikationsmuster, die auch die Effekte auf die Veränderung der Emotionalität der Bewohner erklären kann, auf die Anwendung von H.I.L.DE.-QS zurückzuführen ist. Wie eingangs bereits Kapitel 1.3 dargestellt hat, können spezifische metakognitive Prozesse, die es Pflegekräften ermöglichen, ihre bzw. die für eine gute Pflege erforderlichen Kompetenzen zu verbessern, vor allem durch Reflexionsprozesse beeinflusst werden [ENG & PAI 2015], indem die eigenen Stärken und Schwächen besser sichtbar werden und die Person ein vertiefendes Verständnis über ihr Selbst und ihr Handeln erhält [STAUDHAMMER 2018]. Insbesondere das leitfragengestützte, strukturierte H.I.L.DE.-QS Reflexionsgespräch dient – so lassen es die Ergebnisse vermuten – dem Erkennen festgefahrener, routinierter und/oder depersonalisierender Handlungsmuster und deren Korrektur, da nicht nur die Wahrnehmung der Pflegeperson (Selbstwahrnehmung), sondern auch die Wahrnehmung einer außenstehenden Person (Fremdwahrnehmung) als Impuls für Selbstreflexion berücksichtigt wird. Der Feedbackgeber, der eine Pflegesituation zuvor beobachtet hat, zeigt konkrete Beispiele anhand der Beobachtungsergebnisse für ein besseres Verständnis der eigenen Verhaltensweisen und der Reaktionen der Bewohner in der Pflegesituation auf. Dadurch ist es möglich, spezifische Kommunikationsmuster fundiert zu begründen und gemeinsam mit der Pflegeperson Handlungsstrategien für den Pflegealltag abzuleiten. Es ist allerdings nicht auszuschließen, dass weitere Erklärungsmechanismen für die signifikanten Effekte vor allem im Hinblick auf das gesteigerte emotionale Befinden der Bewohner verantwortlich sein können zumal in den Fallbesprechungen auf Grundlage der Befragungs- und Beobachtungsergebnisse eine Vielfalt unterschiedlichster Interventionen diskutiert wurden. Da sich das emotionale Befinden der Bewohner positiv beeinflussen lässt, kann davon ausgegangen werden, dass eine regelmäßige Anwendung von H.I.L.DE.-QS langfristig auch zu einer allgemeinen, signifikanten Verminderung herausfordernden Verhaltensweisen (z. B. Aggressionen, Agitiertheit, Enthemmung, Schlafstörungen), d. h. nicht nur in der spezifischen

Situation der morgendlichen Pflege, sondern auch bezogen auf andere Alltagssituationen im Pflegeheim, führen könnte. Auch Effekte auf die verbale Kompetenz der Bewohner durch die Anwendung von H.I.L.DE.-QS sind denkbar, wurden aber im Rahmen des Projekts nicht vertiefend untersucht.

An dieser Stelle ist nochmals darauf hinzuweisen, dass aufgrund von Limitationen mit Blick auf das Studiendesign (► Kap. 4.3) keine eindeutigen Aussagen bezüglich kausaler Zusammenhänge zwischen Einflussfaktoren und den signifikanten Effekten auf Kommunikationsmuster, Emotionalität oder auch anderen Variablen wie Verhaltensauffälligkeiten oder verbale Kompetenz gemacht werden können.

4.2.2 Die Frage nach Interventionsstrategien

6) Lassen sich auf Grundlage von H.I.L.DE.-QS wirksame Maßnahmen zur Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit Demenz entwickeln?

Wie bereits weiter oben deutlich wurde, können mit H.I.L.DE.-QS Bedürfnisse und Anliegen der Bewohner identifiziert werden. Auf Grundlage der H.I.L.DE.-QS Erkenntnisse lassen sich daher Interventionsmaßnahmen zur Verbesserung zentraler Dimensionen der Lebensqualität, d.h. insbesondere der emotionalen Befindlichkeit und des subjektiven Erlebens der sozialen Umwelt und Bezogenheit, entwickeln.

Die Ergebnisse legen nahe, dass auf Basis von H.I.L.DE.-QS vor allem Interventionen in den Fokus rücken, die eine Steigerung verschiedener Komponenten der Pflegekompetenz und Optimierung von Umweltbedingungen erzielen können. So konnten in den Fallbesprechungen vor allem Interventionen, die das (verbale) Kommunikationsverhalten der Pflegepersonen, Strategien bei der manuellen Unterstützung während des Transfers und beim Essenanreichen und das Einhalten der Hygienevorschriften und Pflegeroutinen betreffen, entwickelt werden. Insbesondere können diese Interventionen zur Förderung der Professionalität der Pflege beitragen, indem sich der Blick wieder stärker auf das Wesentliche im Umgang mit pflegebedürftigen Menschen, nämlich das fachlich und ethisch begründete Pflegehandeln als wichtige Komponente von Pflegekompetenz (OLBRICH 2018) zur Förderung der Lebensqualität von MmD richtet. Interventionsmaßnahmen, die sich auf die Förderung von Aktivitäten, Beschäftigungsmöglichkeiten und Selbstbestimmung sowie auf die Kompensation kognitiver Defizite beziehen und demnach direkt beim Bewohner ansetzen, kamen nur vereinzelt zur Sprache. Ein möglicher Grund dafür könnte sein, dass diese Interventionen bereits in den bestehenden Fallbesprechungen beschlossen und umgesetzt werden. Die Strukturanalyse der teilnehmenden Einrichtungen ergab, dass 92,5% bei Bedarf Fallbesprechungen durchführen. Alle Teilnehmenden sind sich darüber einig, dass aus Fallbesprechungen lebensqualitätsverbes-

sernde Maßnahmen ableitbar sind. Die H.I.L.DE.-QS Fallbesprechung eröffnete in den meisten Fällen nun die Möglichkeit, über Themenbereiche, die über die bisher bekannte Fallbesprechung hinausgehen, zu beratschlagen und anhand der zusammengetragenen fundierten Erkenntnisse aus dem Befragungs- oder Beobachtungsteil neue Interventionen, die nicht direkt am Bewohner ansetzen, (z. B. Kommunikationsverhalten der Pflegepersonen) zu diskutieren.

Inwiefern die verschiedenen Interventionsmaßnahmen, die auf Grundlage von H.I.L.DE.-QS entwickelt wurden, tatsächlich wirksam sind, d.h. ob ein kausaler Zusammenhang zwischen diesen Maßnahmen und den signifikanten Effekten auf zentrale Dimensionen der Lebensqualität besteht, kann aufgrund der methodischen Limitationen nicht beantwortet werden (► Kap. 4.3). Nichtsdestotrotz muss festgehalten werden, dass vor allem die Anwendung von H.I.L.DE.-QS in einer Einrichtung der Altenpflege dazu anregt, den Ist-Zustand der Kompetenzen der Pflegepersonen und die daraus resultierende Emotionalität der Bewohner zu erfassen, intensiv im Team zu eruieren, einen Soll-Wert zu definieren, entsprechende Interventionen zu diskutieren, planen und realisieren und schlussendlich die Wirksamkeit dieser Interventionen als zentralen Indikator für Pflegequalität zu überprüfen. Die Interventionsplanung auf Grundlage der gewonnenen Ergebnisse lag und liegt aber gänzlich im Verantwortungsbereich des Pflegeteams und wurde im Rahmen des Projekts nicht beeinflusst und kontrolliert.

In den obigen Kapiteln wurde aber auch deutlich, dass die Anwendung von H.I.L.DE.-QS zu signifikanten Veränderungen des emotionalen Befindens der Bewohner führt. Daher muss an dieser Stelle mit Bezug auf die Forschungsfrage hervorgehoben werden, dass H.I.L.DE.-QS selbst als wirksame Interventionsstrategie zur Förderung der Lebensqualität von Menschen mit Demenz verstanden werden kann.

4.2.3 Effekte auf Kontrollüberzeugung und Belastungserleben

7) Hat die regelmäßige Anwendung von H.I.L.DE.-QS einen positiven Einfluss auf die Zufriedenheit aller Pflegepersonen der betreffenden Einrichtung und ist dies auf veränderte subjektive Kontrollüberzeugungen und eine Reduktion des beruflichen Belastungserlebens zurückzuführen?

Ein untergeordnetes Ziel des Projekts war es, ergänzend zur Wirksamkeit auf die Kommunikationsmuster der Pflegepersonen und die Emotionalität der Bewohner, potenzielle Effekte auf die subjektiven Kontrollüberzeugungen und auf das berufliche Belastungserleben aller Mitarbeiter aus dem Bereich Pflege im Verlauf zu untersuchen, die aus einer verbesserten Reflexionsfähigkeit und Sensibilisierung auch im Sinne einer subjektiv höheren Handlungssicherheit resultieren könnten. Aufgrund dessen, dass im Rahmen des Projekts keine Pre-Post Analyse

anhand von T-Tests für gepaarte Stichproben und damit die Identifizierung signifikanter Veränderungen der subjektiven Kontrollüberzeugungen und des beruflichen Belastungserlebens über die Zeit möglich war, kann die Forschungsfrage zu diesem Zeitpunkt nicht beantwortet werden. Hervorzuheben sind allerdings deutliche Deckeneffekte hinsichtlich beider Variablen; sowohl die subjektiven Kontrollüberzeugungen, als auch das Belastungsempfinden weisen bereits bei der Baseline-Erhebung neutrale bis positive Werte auf. Dies bedeutet, dass auch bei Durchführung von Varianzanalysen die Wahrscheinlichkeit, signifikante Effekte identifizieren zu können, sehr gering ist.

Es ist aber davon auszugehen, dass bei regelmäßiger Anwendung von H.I.L.DE.-QS und einer dadurch hervorgerufenen Verbesserung der Lebensqualität, eine (Pflege-)Situation von Pflegepersonen im stärkeren Ausmaß als selbst beeinflussbar und gestaltbar wahrgenommen wird. Mit dieser veränderten Wahrnehmung auf eine Pflegesituation bzw. den Einfluss der eigenen Person auf diese Situation und das Wohlbefinden der Bewohner, die eine Stärkung der subjektiven, internalen Kontrollüberzeugung widerspiegelt, können positive Auswirkungen auf die berufliche Zufriedenheit einhergehen [z. B. BENNER 1994; JOHNS 2000; RUBIN 2000]. Wissenschaftliche Arbeiten konnten darüber hinaus zeigen, dass Selbstreflexion als metakognitiver Prozess hilfreiche Mechanismen bei der Stressbewältigung in Gang setzen und sich positiv auf das eigene Pflegehandeln bzw. die Handlungssicherheit und damit auch auf die Arbeitszufriedenheit auswirken kann [ENG & PAI 2015]. Inwiefern solche psychologischen Prozesse auch mit dem Einsatz von H.I.L.DE.-QS einhergehen, lässt sich mit den vorliegenden Forschungsergebnissen nicht nachweisen, stellt aber für weiterführende Forschungsvorhaben einen zentralen Aspekt dar, den es zu untersuchen gilt.

4.2.4 Fazit zur Wirksamkeitsüberprüfung

Es ist gelungen, die positive Wirksamkeit von H.I.L.DE.-QS auf Dimensionen der Lebensqualität von Bewohnern mit Demenz (emotionale Befindlichkeit und subjektives Erleben der sozialen Umwelt) und auf die ethisch-fachliche Pflegekompetenz (Verhaltensweisen und Kommunikationsmuster der Pflegepersonen) als wichtige Voraussetzung für die Implementierung des Instruments in Einrichtungen der stationären Altenpflege nachzuweisen. Einer flächendeckenden Implementierung von H.I.L.DE.-QS kommt dementsprechend in dreifacher Hinsicht großer Bedeutung zu: 1) Es konnte nachgewiesen werden, dass H.I.L.DE.-QS für interindividuellen Unterschiede im subjektiven Erleben sozialer Interaktion in komplexen Pflegesituationen und für die verbale und vor allem nonverbale Reaktionen auf bestimmte Verhaltensweisen seitens der Bewohner sensibilisiert. Dies trägt dazu bei, dass Pflegepersonen nicht nur die (kognitiven) Defizite von MmD, sondern auch ihre möglichen Ressourcen und Potenziale, die sich in den differenzierten emotionalen Reaktionen zeigen, wahrnehmen. 2) Es konnte nachgewiesen

werden, dass H.I.L.DE.-QS vor allem Pflegepersonen für den Einfluss ihres eigenen pflegerischen Handelns auf die emotionale Befindlichkeit der Bewohner sensibilisiert. Damit erhebt das Instrument vor allem den Anspruch, Pflegekräfte bei der Reflexion ihres pflegerischen Handelns zu unterstützen. Und 3) wurde deutlich, dass H.I.L.DE.-QS es erlaubt, über eine reine Erfassung des Ist-Zustands mit Blick auf die emotionale Befindlichkeit der Bewohner und auf die Kompetenz der Pflegepersonen hinauszugehen und die in der Befragung und Beobachtung gewonnenen Daten konstruktiv für die weitere Arbeit im Pfllegeteam, d. h. für einen besseren kollegialen Austausch, aber auch mit den Bewohnern im Rahmen der Interventionsplanung im Sinne einer internen Qualitätssicherung zu nutzen.

4.3 (Methodische) Limitationen des Projekts

Traditionelle Forschungsmethoden wie etwa randomisiert, kontrollierte Interventionsstudien oder Validierungsstudien, die meist unter standardisierten („Labor“-)Bedingungen ablaufen, versprechen signifikante Effekte und die Identifikation kausaler Zusammenhänge aufgrund des entsprechenden Studiendesigns. Eine häufig diskutierte Kritik an diesen traditionellen Forschungsmethoden ist aber der meist nur begrenzte Transfer der Forschungsergebnisse in die Praxis. Daher gelten diese Forschungsmethoden auch als weniger förderlich mit Blick auf den Implementierungserfolg in der Praxis. Ziel des H.I.L.DE.-QS Projekts war es daher, Forschung und (Pflege-)Praxis viel stärker zu verknüpfen, indem die traditionelle Trennung zwischen beobachtendem Wissenschaftler und Forschungsobjekt bewusst durch eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit von Vertretern aus Forschung und Praxis ersetzt wurde. Die wesentliche Forschertätigkeit der Datenerfassung zur Validierung und Wirksamkeitsüberprüfung von H.I.L.DE.-QS wurde somit den Praktikern überlassen, die das Instrument langfristig auch anwenden sollen. So konnte von Beginn an ein Praxistransfer von Forschungsergebnissen bzw. eine hohe Praktikabilität von H.I.L.DE.-QS gewährleistet werden. Mit dieser besonderen Forschungsmethode, die sich in der Erhebungsphase an den sich aus der alltäglichen Praxis ergebenden Bedürfnissen und Möglichkeiten orientiert, Praxisbedingungen nicht als Störvariablen, sondern vielmehr als Rahmenbedingungen, denen Rechnung zu tragen ist, betrachtet, sind notwendige Limitationen verbunden: So muss an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass nicht kontrolliert werden konnte, ob die festgelegten zeitlichen Kriterien für den Erhebungszeitraum in den Pflegeheimen berücksichtigt wurden. Dies könnte zur Folge haben, dass einige Pflegeheime für die Interventionsplanung und -umsetzung mehr Zeit zur Verfügung hatten als andere. Des Weiteren konnte nicht geprüft werden, ob die Interventionen tatsächlich realisiert werden konnten und – aufgrund des Fehlens einer Kontrollgruppe – welche Faktoren die Effekte auf die Emotionalität der Bewohner mit beeinflusst haben könnten oder tatsächlicher Auslösefaktor für die Veränderung der Emotionalität sind (z. B. Medikamenten-

status, medizinisch-funktioneller und kognitiver Status bzw. Demenzschweregrad der Bewohner, Depressivität, akute kritische Lebensereignisse, Sprachbarriere und Berufserfahrung der Pflegeperson). Zudem sollten die teilweise beachtlichen Ergebnisse zur Interrater-Reliabilität mit Vorsicht interpretiert werden, da nicht kontrolliert werden konnte, inwieweit die Beobachtung durch Rater 1 und Rater 2 tatsächlich unabhängig voneinander durchgeführt wurde. Zu guter Letzt ist auf die Stichprobenselektion bzw. einen potenziellen Selektionseffekt hinzuweisen. Die teilnehmenden Pflegeheime, die von Mitarbeitern des Instituts für Gerontologie und des MDS e. V. anhand bestimmter Merkmale (z. B. Motivation zur Teilnahme an einem Forschungsprojekt, erfolgsversprechende Zusammenarbeit, geringes Risiko für Projektabbruch) ausgewählt wurden, waren dementsprechend mit Blick auf räumliche und personelle Rahmenbedingungen, Organisation und Struktur oder auch Leitbild eher homogen, was das Ergebnis vor allem mit Blick auf die Praktikabilität von H.I.L.DE.-QS verzerren könnte. Die vielversprechenden Ergebnisse müssen sich daher nun langfristig im Kontext einer umfassenden, flächendeckenden Implementierung (d. h. auch in Pflegeheimen, die durchaus andere Merkmale und Strukturen aufweisen) bestätigen.

Trotz der genannten Limitationen ist es gelungen, die Validität, Reliabilität, Veränderungssensitivität und Praktikabilität von H.I.L.DE.-QS sowie dessen Wirksamkeit auf die Emotionalität der Bewohner und die Kommunikationsmuster der Pflegeperson nachzuweisen. Dementsprechend ist eine flächendeckende Etablierung des Instruments in Einrichtungen der stationären Altenpflege gerechtfertigt und für die Förderung der Professionalität der Pflege zu empfehlen.

4.4 Überarbeitung von H.I.L.DE.-QS für die Praxis

Die Ergebnisse der Validierung und Wirksamkeitsüberprüfung gaben Hinweise darauf, für eine flächendeckende Implementierung von H.I.L.DE.-QS Modifikationen vorzunehmen. Auf Grundlage des Expertenratings mit insgesamt $n = 11$ Teilnehmenden, den Fokusgruppen mit $n = 14$ Teilnehmenden und den Rückmeldungen der H.I.L.DE.-QS Beauftragten im Laufe der Erprobungsphase, erfolgte eine differenzierte Rückmeldung zum H.I.L.DE.-QS Instrument sowie zur Anwendbarkeit in der Praxis. Die Gesamtheit an Hinweisen und Verbesserungsvorschlägen veranlasste das Projektteam zur Überarbeitung des bestehenden H.I.L.DE.-QS Bogens. Zudem sind einige Elemente in der bestehenden Version lediglich für die Anwendung im Forschungskontext relevant. Auf diese Elemente kann im überarbeiteten Instrument für die nationale Implementierung verzichtet werden.

Die Überarbeitung erfolgte weniger inhaltlich, sondern bezog sich in erster Linie auf die Abwandlung der Reihenfolge, das Hinzufügen von detaillierten Instruktionen, die Aufnahme des Fallbesprechungsprotokolls in den offiziellen Bogen und die Spezifizierung des Reflexionsgesprächs (► siehe Anhang).

Das Deckblatt wurde um Informationen zum Bewohner, zur Pflegeperson und zum Beobachter erweitert. Ergänzt wurde es ferner um Angaben zur *H.I.L.DE.-QS Durchführung*, um den Ablauf und die Reihenfolge in der Einrichtung besser zu organisieren und auf den ersten Blick erkennbar zu machen, wie weit die Erhebung fortgeschritten ist.

Teil A umfasst im neuen Instrument die Bewohnerbefragung, die Erfassung der Verbalen Kompetenz sowie die Schmerzerfassung. Der Befragungsteil wurde zum einen modifiziert und zum anderen um einige wenige Teilfragen ergänzt, er ist somit leichter anwendbar und für den Bewohner verständlicher gestaltet. Die größte Veränderung stellt die detaillierte Instruktion dar, mit deren Hilfe die Anwendenden die Befragung durchführen können, ohne im vorausgehenden Schritt das Manual heranzuziehen. Die Erfassung der Verbalen Kompetenz und die Schmerzerfassung sind nun zwischen der Bewohnerbefragung und der Beobachtung vorgesehen.

Teil B beinhaltet die Beobachtung und das Reflexionsgespräch. Diese Teilbereiche wurden im alten Instrument getrennt voneinander aufgeführt, jedoch bilden sie eine Einheit und sollten in ihrer Gänze angewendet und verstanden werden. Auch dieser Teil wurde um detaillierte Instruktionen ergänzt. Das Reflexionsgespräch wurde erheblich modifiziert, da die vorherige Version die gezielte Reflexion der Kommunikation zu wenig akzentuierte, sondern auf die allgemeine Situation verwies.

Teil C umfasst ergänzende Informationen zum Bewohnerzimmer und zur Atmosphäre der Pflegeeinrichtung. Auch diese Teilbereiche wurden um detaillierte Instruktionen ergänzt und wurden inhaltlich kaum verändert.

Den Abschluss des H.I.L.DE.-QS Bogens bildet das Fallbesprechungsprotokoll Teil D, das bisher nicht in den Bogen integriert war. Dies ist jedoch dringend notwendig, da die Fallbesprechung die gesamten Ergebnisse der Teile A bis C zusammenfasst und daraus Interventionsmaßnahmen abgeleitet werden können.

Tabelle 6: Vergleich der H.I.L.DE.-QS Instrumente Version 3 und 4

	H.I.L.DE.-QS Version 3	H.I.L.DE.-QS Version 4
Angaben zum Bewohner	Teil A	Deckblatt
Angaben zur Pflegeperson	Teil B	Deckblatt
Angaben zur Durchführung	Nicht vorhanden	Deckblatt
Befragung des Bewohners	Teil C	Teil A
Teilnehmende Beobachtung	Teil D	Teil B
Reflexionsgespräch	Teil E	Teil B
Schmerzerfassung	Teil F	Teil A
Angaben zur Einrichtung	Teil G	Teil C
Fallbesprechung	Nicht vorhanden	Teil D

4.5 Schlussfolgerung, Implikationen und Ausblick

Der Grundstein für das weiterentwickelte und validierte Instrument H.I.L.DE.-QS wurde bereits im Jahr 2009 gelegt. Seinerzeit begann die Kooperation zwischen der Universität Heidelberg und dem MDK. Ziel der gemeinsamen Zusammenarbeit war es, ein Instrument für die Qualitätsprüfung des MDK zu entwickeln, das es erlaubt, zentrale Aspekte der Lebensqualität in der Versorgung gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen abzubilden und zu beurteilen².

Hintergrund war die gerade erst gültig gewordene Transparenzvereinbarung nach § 115a SGB XI, die neue Anforderungen an die Versorgung von Menschen mit Demenz in der stationären Pflege stellte und damit auch neue Anforderungen an die externe Qualitätssicherung durch den MDK: Während in den Einrichtungen Pflegende das Wohlbefinden des Demenzkranken anhand geeigneter Verfahren ermitteln sollen um daraus entsprechende Maßnahmen ableiten zu können, wurde es zur Aufgabe des MDK, die Angemessenheit dieser Maßnahmen zu beurteilen. Mit der ersten Version von H.I.L.DE.-QS konnte ein hierfür geeignetes Instrument vorgelegt werden, dessen Praktikabilität im Rahmen der Prüftätigkeit der MDK bestätigt worden ist.

Gleichwohl wurde im Zuge der Datenerhebung und -auswertung der Projektphase 1 deutlich, dass es für die Sicherstellung einer angemessenen Versorgung von Menschen mit Demenz nicht ausreicht, wenn man lediglich der externen Prüfinstitution ein Instrument zur Erfassung der Lebensqualität an die Hand gibt, sondern, dass es ebenso eines Pendantes zum Zwecke der internen Qualitätssicherung bedarf. Im besten Falle gelänge es, mit ein- und demselben Erfassungsinstrument beide Perspektiven miteinander zu verknüpfen, ganz im Sinne einer guten Lebensqualität der versorgten Menschen mit Demenz. Denn der professionelle Umgang mit Menschen mit Demenz ist anspruchsvoll und anstrengend, ein fachlich angemessener Umgang seitens des Personals ist voraussetzungsfrei nicht zu bekommen, sondern hier ist eine besondere Unterstützung notwendig, die auch der MDK durch seinen beratungsorientierten Prüfansatz stärken sollte. Aus diesem Grund wurde die gemeinsame Kooperation zwischen der Universität Heidelberg und dem MDK fortgeführt und Version 1.0 von H.I.L.DE.-QS weiterentwickelt, indem ein stärkerer Akzent auf die Erfassung von Lebensqualität durch die Mitarbeitenden der Pflegeeinrichtungen selbst gelegt wurde.

Die Notwendigkeit, solch ein Verfahren zu entwickeln und zu implementieren, ist aktuell umso relevanter, als mit dem Pflegestärkungsgesetz II tiefgreifende Änderungen der Vorgaben des SGB XI vollzogen worden sind: Mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im

² Das Forschungsprojekt wurde vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) über einen Zeitraum von 12 Monaten gefördert. Weiterentwicklung der Pflegeversicherung und H.I.L.DE.

Jahr 2017 ist nicht nur ein neuer Maßstab für die Feststellung von Pflegebedürftigkeit verankert, sondern auch der Übergang von einer sog. verrichtungsbezogenen Pflege auf eine umfassende und person-zentrierte Gestaltung von Pflege, Betreuung und Entlastung eingeleitet worden. Mehr als zuvor, hat man sich mit dieser Reform der besonderen Bedarfe von Menschen mit Demenz angenommen und die Anforderungen an ihre Versorgung im System der pflegerischen Langzeitpflege neu definiert, was sich u. a. in der Neuausrichtung der Prüfgrundlagen für den stationären Bereich gemäß § 113b Abs. 4 Nr. 1 und Nr. 3 SGB XI widerspiegelt.

Die Umsetzung dieser Vorgaben fallen mit der Fertigstellung der Instruments H.I.L.DE.-QS zusammen und das bietet u. E. die einmalige Chance die stationären Pflegeeinrichtungen mit H.I.L.DE.-QS darin zu unterstützen, den person-zentrierten Umgang mit Menschen mit Demenz tatsächlich zu leben und ihr Wohlbefinden und ihre Selbstbestimmung zu stärken. Gleichzeitig ist damit auch eine gute Grundlage geschaffen, den noch ausstehenden gesetzlichen Auftrags gemäß § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 4 SGB XI zu erfüllen, nämlich „ergänzende Instrumente für die Ermittlung und Bewertung von Lebensqualität zu entwickeln“.

4.5.1 H.I.L.DE.-QS als Ausdruck eines neuen Verständnisses von Pflege im SGB XI

Der neu eingeführte Pflegebedürftigkeitsbegriff stellt einen grundlegenden Systemwechsel für die Pflegebegutachtung sowie für die gesamte Pflegeversicherung dar. Damit wurde der bisher enge Pflegebedürftigkeitsbegriff überwunden, der sowohl wegen seines engen Verrichtungsbezuges als auch aufgrund seiner zentralen Orientierung an der Pflegezeit erhebliche Kritik erfahren hat. Konzeptionell zielte die Reform darauf, den Übergang von einer verrichtungsbezogenen Pflege auf eine umfassende und person-zentrierte Gestaltung von Pflege, Betreuung und Entlastung einzuleiten, bei der der Grad der Selbständigkeit der zentrale Maßstab ist. Es ging dabei nicht nur um die Einführung eines neuen Begutachtungsinstruments zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit, sondern auch um eine fachliche Neuausrichtung professioneller Pflege.

Kernelemente dieses neuen Verständnisses von Pflege sind eine umfassende Sicht auf die Pflegebedürftigkeit, die gleichberechtigte Einbeziehung von körperlichen, kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen sowie die Betonung der Teilhabe am Leben. Aus dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff leitet sich ein Verständnis von Pflege ab, „... dass alle Bereiche von Pflege von den Inhalten der Leistungen über die Pflegedokumentation bis hin zum Qualitätsverständnis prägt.“ (Beirat zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs: Präambel zur „Strukturierung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ 2017).

Bei der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zeigte sich, dass viele Pflegeeinrichtungen Unterstützung bei der Umsetzung in die Praxis benötigen. „Insbesondere bei Maß-

nahmen aus dem Bereich der psychosozialen Unterstützung, also bei kommunikationsintensiven Pflegemaßnahmen, wurden Konkretisierungen als wünschenswert bezeichnet, um die Umsetzung in der Praxis zu erleichtern.“ [WINGENFELD & BÜSCHER 2017].

Es wird geschildert, dass die Anforderungen an die Umsetzung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs nicht konkret genug für die Praxis formuliert wurden. Hier kann H.I.L.DE-QS durch die Fokussierung auf z. B. Aspekte des herausfordernden Verhaltens Unterstützung für die praktische Umsetzung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs leisten, bei der professionelle Pflege über das bisherige und auch in der Öffentlichkeit zum Teil immer noch vorherrschende Verständnis von Pflege als „körperbezogene Pflege“ hinausgeht.

Pflegerische Unterstützung bedeutet nach WINGENFELD & BÜSCHER (2017) zum Beispiel

„bei der Nutzung von Möglichkeiten der Mobilitätsförderung im Lebensalltag und der Integration bewegungsfördernder Alltagshandlungen in den Tagesablauf Hilfe zu leisten.

kurze Maßnahmen zur Aktivierung kognitiver und emotionaler Prozesse in den Tagesablauf eines Heimbewohners einzubauen.

einen demenziell Erkrankten darin zu unterstützen, alltäglichen Aktivitäten und Beschäftigungen nachzugehen, indem Möglichkeiten bedürfnisgerechter Beschäftigung identifiziert und im Lebensalltag verankert werden.“

Ein zentrales Element ist dabei der Aushandlungsprozess zwischen den Pflegebedürftigen, ihren Angehörigen und den professionell Pflegenden. Pflegekonzeptionen und Pflegehandlungen müssen von den Einrichtungen so ausgestaltet werden, dass sie den Erhalt und die Stärkung der Selbstständigkeit und von Fähigkeiten stärker fördern. Nach Auffassung des Beirats zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist dieses Verständnis daher *„... auch Bezugspunkt für die aktuellen Weiterentwicklungen und Prozesse in der Pflegeversicherung (z.B. Qualitätsentwicklung, Personalbemessungsverfahren, Pflegeberatung)“* [ebd. 2017]. H.I.L.DE-QS bietet hier Ansatzpunkte, die Wahrnehmung der Klientenperspektive als Basis für den angestrebten Aushandlungsprozess der Pflege zu unterstützen. Dies betrifft dabei insbesondere in ihrer verbalen Ausdrucksfähigkeit stark beeinträchtigte pflegebedürftige Menschen.

Die Umsetzung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs stellt hohe Ansprüche an die fachliche Qualifikation der professionell Pflegenden; vor allem für den Bereich der gerontopsychiatrischen Pflege und der Reflexion des eigenen fachlichen und ethischen Handelns und die Abstimmung im Team. Es geht dabei sowohl um Aspekte der Selbst- als auch der Fremdwahrnehmung. H.I.L.DE.-QS kann dabei einen Beitrag zur Umsetzung fachlicher und ethischer Anforderungen gerontopsychiatrischer Pflege in die Praxis leisten.

Die Analyse einer Beobachtung durch H.I.L.DE-QS kann wesentlich zu einem verbesserten Zugang zu Bewohnern beitragen, die zu verbaler Kommunikation nicht mehr oder lediglich eingeschränkt in der Lage sind. Durch eine flächendeckende Implementierung des Instruments H.I.L.DE.-QS können die Einrichtungen bei der fachlichen Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs unterstützt und im Hinblick auf die Sicherstellung ihrer Versorgungsqualität gestärkt werden.

Für die Gruppe der Bewohner mit Demenz ist das gesetzte Ziel, ihre Lebensqualität im Zuge der pflegerischen Versorgung dadurch zu verbessern, dass positive wie negative Emotionen durch die Pflegenden gezielt erfasst, mit dem eigenen Verhalten selbstkritisch in Verbindung gebracht und entsprechende Maßnahmen zeitnah daraus abgeleitet werden. Langfristig kann das Vermeiden von Pflegehandlungen und Kommunikationsmustern, die negative Emotionen beim Bewohner hervorrufen, ebenso wie der gezielte Einsatz von Handlungsstrategien zur Unterstützung positiver Emotionen, Einfluss auf das allgemeine Wohlbefinden von Menschen mit Demenz nehmen. Sogenannte demenzspezifische „herausfordernde“ Stimmungen und Verhaltensweisen, etwa wiederholten Rufen, Depression, Schreien, motorische Unruhe, Apathie [vgl. hierzu KOJER 2014; HABERSTROH & PANTEL 2011], können hierdurch vermindert werden. Durch die konzeptionelle Umsetzung eines derartigen Ansatzes kann die fachliche Umsetzung der Pflege von Menschen mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen unterstützt und ein wesentlicher Beitrag zur pflegefachlichen Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs geleistet werden.

Strukturmodell – entbürokratisierte Pflegedokumentation

Das Pflegeverständnis nach dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff stellte auch den Rahmen für die Entwicklung des Strukturmodells zur Pflegedokumentation dar.

Bereits im Projektantrag zu H.I.L.DE.-QS wurde auf die Anknüpfungspunkte zur entbürokratisierten Pflegedokumentation und der darin enthaltenen strukturierten Informationssammlung (SIS) hingewiesen. Personen-zentrierter Ansatz im Strukturmodell und die Selbsteinschätzung der pflegebedürftigen Person zu Beginn des Pflegeprozesses sind zentrale Aspekte des Konzeptes der entbürokratisierten Pflegedokumentation.

Bei dieser Form der strukturierten Informationssammlung steht zu Beginn die Perspektive des Bewohners im Vordergrund. Die im Rahmen der SIS erfassten Präferenzen und Bedürfnissen des Bewohners, die beim Heimeinzug erhoben werden, können durch die Ergebnisse der Beobachtung mittels H.I.L.DE-QS gestützt und gegebenenfalls ergänzt werden. Zudem können diese Erkenntnisse einzelne Themenfelder des Strukturmodells wie beispielsweise den Bereich herausfordernder Verhaltensweisen füllen und in die Maßnahmenplanung integriert werden.

Pflegebegutachtung

Auf Grund der Analogien zum Begutachtungsinstrument können Pflegefachkräfte eine bevorstehende Pflegebegutachtung vorbereiten und dem Gutachter die für ihn relevanten Sachverhalte nachvollziehbar erläutern. Diese betreffen unter anderem die Bereiche „Kognitive und kommunikative Fähigkeiten“ (Modul 2), „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“ (Modul 3) und „Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakter“ (Modul 6). Verhaltenssymptome und deren Auswirkungen auf die Selbständigkeit – auch bei der Körperpflege – können durch die Beobachtung mit H.I.L.DE-QS systematisch erhoben und mit ihren Auswirkungen auf die Selbständigkeit dargestellt werden.

4.5.2 Die fachliche Verknüpfung von interner und externer Qualitätssicherung

Die neue Qualitätsprüfung stellt zwei wesentliche Anforderungen an die Prüferinnen und Prüfer der MDK, wobei die Mitarbeitenden der Pflegeeinrichtungen im Rahmen eines dialogischen Prozesses mit einbezogen werden: Das ist erstens die Beurteilung, ob die Einrichtung die fachlichen Anforderungen an die Versorgung ihrer pflegebedürftigen Menschen einhält und ob sie auf diese Weise eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung im Rahmen ihrer Einwirkungsmöglichkeiten sicherstellt. Zweitens ist das die Beratung der Einrichtungen bei der Weiterentwicklung ihrer Versorgungsqualität und Unterstützung bei der kontinuierlichen Verbesserung ihrer Versorgungsergebnisse.

Aus unserer Sicht bietet H.I.L.DE.-QS eine gemeinsame Grundlage für Pflegeeinrichtung und MDK, um im Sinne eines *common grounds* die Lebensqualität eines Menschen mit Demenz beurteilen und Verbesserungspotential identifizieren zu können.

H.I.L.DE.-QS deckt sich durchgängig mit den neu definierten Anforderungen an die professionelle Versorgung von Menschen mit Demenz, niedergelegt in den neuen Prüfgrundlagen. Anhand von H.I.L.DE.-QS sind konkrete Anhaltspunkte für die Bewertung der Versorgungsqualität – sowohl im Rahmen der internen als auch der externen Qualitätssicherung – möglich:

QPR (Bereich 1.4): *Werden bei der Körperpflege Bewohnerwünsche, das Selbstbestimmungsrecht und der Grundsatz der Wahrung der Intimsphäre berücksichtigt?*

→ H.I.L.DE.-QS: Beobachtung der Morgenpflege

QPR (Bereich 3.1): *Werden Maßnahmen ergriffen, um die Beeinträchtigungen des Seh- oder Hörvermögens (falls erforderlich) zu kompensieren?*

→ H.I.L.DE.-QS: Beobachtung der Morgenpflege und Protokoll zur Fallbesprechung.

QPR (Bereich 4.3): *Erfolgt eine Erfassung der Verhaltensweisen des Bewohners und eine darauf aufbauende Einschätzung, ob aus dem Verhalten ein Unterstützungsbedarf erwächst?*

Wurden verhaltenswirksame Faktoren identifiziert und Maßnahmen eingeleitet, um diese Faktoren zu begrenzen oder zu kompensieren?

→ H.I.L.DE.-QS: Beobachtung der Morgenpflege, Reflexionsgespräch und Protokoll zur Fallbesprechung

QPR (Bereich 4.3): *Erhält der Bewohner eine geeignete Unterstützung, um trotz der Verhaltensproblematik Bedürfnisse zu befriedigen und Wohlbefinden zu erleben?*

→ H.I.L.DE.-QS: Beobachtung der Morgenpflege, Reflexionsgespräch und Protokoll zur Fallbesprechung

Die Befragung des Bewohners in H.I.L.DE.-QS geht unter anderem der Frage nach, ob die zur Verfügung stehenden Beschäftigungsmöglichkeiten mit seinen bzw. ihren Bedürfnissen im Einklang stehen (Frage 5). Eine Antwort auf Frage 3 zeigt, ob und wie der Bewohner, die Bewohnerin bei der Knüpfung bzw. Aufrechterhaltung sozialer Kontakte unterstützt werden kann. Inwieweit Bewohner mit beeinträchtigten kommunikativen Fähigkeiten in der Kommunikation unterstützt werden, kann bei der Befragung, aber auch während der Beobachtung deutlich werden.

Im Zuge der Beobachtung auf der Grundlage von H.I.L.DE.-QS ist es zudem möglich, gesundheitliche Risiken und Gefährdungen der Bewohner zuverlässig einzuschätzen, um dann im Reflexionsgespräch oder in der Fallbesprechung geeignete Maßnahmen zu vereinbaren. Diese sollen sich zur Reduzierung von Risiken und zur Vermeidung von Gefährdungen eignen, den Bedürfnissen des Bewohners, der Bewohnerin entsprechen sowie die Persönlichkeitsrechte und die Unversehrtheit der Betroffenen sicherstellen (QPR Bereiche 5.1 und 5.5).

Eine bedürfnisorientierte Unterstützung der Bewohner, die Berücksichtigung individuell bedeutsamer Ereignisse oder Erfahrungen im Lebensverlauf und die Nutzung derselben zur positiven Alltagsgestaltung und Aktivitätsförderung sind wesentliche Anforderungen an eine gute Versorgung (QPR Bereich 5.2). Auch in dieser Hinsicht wird mit H.I.L.DE.-QS das passende Instrument zur Verfügung gestellt wie u. a. die Fragen nach dem „subjektiv erlebten Wohlbefinden“ und „subjektiv erlebte Lebenszufriedenheit“, die Bestandteil der Befragung sind, verdeutlichen.

Eine wesentliche Voraussetzung für eine angemessene Versorgung von Menschen mit Demenz ist die Haltung der Pflegenden dem Betroffenen gegenüber. Die empathischen und kommunikativen Fähigkeiten der Pflegekräfte ließen sich jedoch nur personenbezogen erheben, ohne dass eine Abstrahierung der Ergebnisse auf die Ebene der Einrichtung bei der externen Qualitätssicherung möglich wäre. Aus diesem Grund wurden diese Aspekte im Rahmen der externen Qualitätssicherung der Einrichtungen nicht erhoben und es mangelte bislang an einer

öffentlichen Darstellung dieser Qualitätsaspekte. Mit Implementierung und regelmäßiger Anwendung von H.I.L.DE.-QS können Einrichtungen nun jedoch aufzeigen, dass die Verhaltensweisen von Mitarbeitenden und eine offene und sensible Interaktion mit den Menschen mit Demenz im Fokus ihrer internen Qualitätssicherung stehen und, dass sie auch in Fragen zur Lebensqualität von Bewohnerinnen und Bewohnern über ein systematisches Qualitätsmanagement verfügen und zeitnah und mit angemessenen Maßnahmen auf Qualitätsdefizite reagieren (QPR Bereich 6.3).

4.5.3 Die Implementierung von H.I.L.DE.-QS: Eine Disseminationsstrategie

Die im Prozess der Entwicklung und Prüfung des Instruments gewonnenen Erfahrungen und Befunde zeigen zum einen, (a) dass mit diesem Instrument ein signifikanter Beitrag zum internen Qualitätsmanagement geleistet wird, (b) dass das Instrument geeignet ist, den selbstgesetzten Anspruch, das interne Qualitätsmanagement zu fördern, einzulösen; die berichteten Kennwerte erlauben diese Deutung. Eine bedeutende Zukunftsaufgabe im Hinblick auf die Anwendung von H.I.L.DE.-QS bildet dessen Implementierung in die pflegerische Praxis.

Zwei teilnehmende Einrichtungen erklärten sich nach der Projektphase zu einer Erprobung verschiedener Einsatzmöglichkeiten von H.I.L.DE.-QS unter eigener Federführung bereit. Im Rahmen eines Gesprächstermins in den Einrichtungen wurden die Vorschläge der QS-Beauftragten mit den Projektmitarbeitern besprochen, die Nutzungsmöglichkeiten der vorhandenen Prozesse, Instrumente und einzelner Formulare erörtert und das weitere Vorgehen geplant: Die erste Pflegeeinrichtung entwickelte nach Abschluss der Implementierung von H.I.L.DE.-QS im Rahmen des Projekts ein Konzeptpapier, das eine geringfügige Anpassung des Instruments vorsah, um den größtmöglichen Nutzen für die Einrichtung zu ziehen und Doppelungen mit bestehenden Verfahren zu vermeiden. Ein Einsatz von H.I.L.DE.-QS sollte hier ergänzend zur Pflegevisite erfolgen, wenn es bei einzelnen Bewohnern sinnvoll erschien. Des Weiteren wurde geplant, H.I.L.DE.-QS, insbesondere das Beobachtungsschema, als Grundlage für Fallbesprechungen im Team zu nutzen, wobei hier die Befindlichkeit des Bewohners im Fokus stehen sollte und nicht der Inhalt des Reflexionsgesprächs, um den Mitarbeiter bzw. die Mitarbeiterin zu schützen. Die Anwendung von H.I.L.DE.-QS im Rahmen der Praxisanleitung sah die Einrichtung ebenfalls als sinnvoll an, um Schülerinnen und Schülern möglichst frühzeitig die verschiedenen Dimensionen von Qualität in der Pflege nahe zu bringen.

Die zweite Einrichtung stellte ein selbst entwickeltes Instrument zur „fachlichen Begleitung der Mitarbeiter/Innen ohne Qualifikation“ vor, das in Teilen durch H.I.L.DE.-QS, insbesondere die Beobachtung und das Reflexionsgespräch ersetzt werden sollte. Damit richtete sich der Fokus auf zwei Zielgruppen, einerseits auf die Pflegeperson und die Frage nach einem eventuellen Weiterbildungsbedarf und andererseits auf den einzelnen Bewohner, die einzelne Bewohne-

rin, deren jeweiliges Verhalten und mögliche Auswirkungen auf die Gestaltung des Pflegeprozesses. Darüber hinaus war beabsichtigt, auch alternative Situationen aus dem Pflegealltag, wie beispielsweise die Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme in die Beobachtung einzu beziehen und so die Zielgruppe der Mitarbeitenden um den Personenkreis zu erweitern, der nicht in der Pflege tätig ist. Auf diese Weise sollte nicht nur Mitarbeitenden aus der Pflege, sondern auch allen anderen eine besondere Wertschätzung ihrer Arbeit entgegengebracht werden. Eine Durchführung der sog. „Fachlichen Begleitung“ sollte sodann bei allen Mitarbeitenden 1x jährlich sowie bei neuen Mitarbeitenden nach der Einarbeitungsphase durch eine geschulte Person in leitender Funktion (Pflegedienst- oder Wohnbereichsleitung bzw. Stellvertretungen) erfolgen. Eine Überprüfung der Wirksamkeit von hierbei identifizierten Maßnahmen könnte dann auf zwei Ebenen vorgenommen werden; dies wäre sowohl im Rahmen eines Teamgesprächs mit der beobachteten Pflege- bzw. Assistenzperson als auch im Zuge der Evaluation der Pflegeprozessplanung möglich. Die Befragung zur Lebensqualität, die ebenfalls Bestandteil von H.I.L.DE.-QS ist, würde sehr gut das bestehende Instrument der Pflegevisite ergänzen. Zudem könnten relevante Themen aus dem Befragungsteil im Rahmen der Informationssammlung des Strukturmodells (SIS) bei neuen Bewohnerinnen und Bewohnern berücksichtigt werden.

Dass sich bereits während der Projektphase erste Häuser gefunden haben, die das Instrument in die Pflegepraxis integrieren und als einen Baustein im internen Qualitätsmanagement verwenden, unterstreicht nochmals die Praxistauglichkeit von H.I.L.DE.-QS. Vor diesem Hintergrund erscheint es daher aber auch unbedingt geboten, die Dissemination des Instruments in die pflegerische Praxis vorzunehmen, wobei bereits in der Abschlussphase der Instrumentenentwicklung erste, probatorische Schritte dieses Disseminationsprozesses gegangen wurden. Der weitere Disseminationsprozess soll dazu dienen, möglichst viele pflegerische Einrichtungen dafür zu gewinnen, das Instrument kontinuierlich anzuwenden und damit zu einem zentralen Element des internen Qualitätsmanagementprozesses in der eigenen Einrichtung zu machen.

Die Dissemination darf dabei nicht mit der Überprüfung der „Praxistauglichkeit“ des Instruments verwechselt werden: diese wurde bereits vorgenommen, der Nachweis der Praxistauglichkeit wurde bereits erbracht. Vielmehr geht es nun um die Verankerung des Instruments in die pflegerische Praxis – und zwar mit dem Anspruch der Nachhaltigkeit. Aus diesem Grunde wird hier von einer Disseminationsstrategie gesprochen, die in der Projektgruppe erarbeitet wurde und mit der folgende Forschungsfrage verbunden ist:

Welche Strategie kann für eine flächendeckende, bundesweite Implementierung von H.I.L.DE.-QS entwickelt werden bzw. was sind zentrale Anforderungen an eine Implementierung des Instruments?

Nachfolgend wird diese Strategie vorgestellt. Mit deren Umsetzung wird unmittelbar nach Abnahme des Instruments durch den GKV-Spitzenverband begonnen.

Erster Schritt

Erstellung eines Manuals, das dazu dient, in das Instrument und dessen Anwendung einzuführen. Dieses Manual soll in Fortbildungsprozessen vermittelt werden, an denen idealiter zwei Repräsentantinnen / Repräsentanten einer jeden Einrichtung teilnehmen. Es sollen in einer ersten (probatorischen, Pilot-) Phase insgesamt 20 Einrichtungen für die Teilnahme an dieser Fortbildung gewonnen werden.

Zweiter Schritt

Es werden Gespräche mit Vertreterinnen und Vertretern der freien Wohlfahrtspflege (Wohlfahrtsverbände) geführt, die dazu dienen sollen, diese für den Einsatz des Instruments in ihren Landesverbänden zu gewinnen.

Dritter Schritt

Es wird ein Kongress durchgeführt, zu dem politischen Entscheidungsträger, Repräsentanten von Wohlfahrtsverbänden, Repräsentanten aus der pflegerischen, medizinischen, psychologischen und sozialen Forschung sowie Vertreterinnen und Vertreter aus Pflegeverbänden eingeladen werden. Dieser Kongress dient zum einen dazu, die wichtigsten Ergebnisse und Erfahrungen, die mit Blick auf das Instrument gewonnen wurden, zu kommunizieren, zum anderen dazu, Praxisberichte aus mehreren Einrichtungen zu geben, die an der Instrumentenentwicklung sowie an der Fortbildung beteiligt waren, und dazu motivieren, das Instrument sowie das dazugehörige Manual auch in anderen Einrichtungen einzusetzen.

Vierter Schritt

Hier nun steht die Aufgabe im Zentrum, eine ausreichende Anzahl von stationären pflegerischen Einrichtungen für die Teilnahme an der Einführung in die Praxis zu gewinnen. Dabei liegt das Gewicht auf der Gewinnung von Einrichtungen aus einem oder zwei Bundesländern, idealiter aus Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg, da sich in diesem Falle die logistischen Anforderungen am besten bewältigen lassen (Nähe zum Standort Heidelberg). Zunächst soll mit den Sozialministerien beider Länder wie auch mit den Wohlfahrtsverbänden in diesen Ländern die Bereitschaft zur Finanzierung wie auch zur aktiven Mitwirkung an der Dissemination geklärt werden. Wir sind optimistisch, hier positive Ergebnisse zu erzielen. Idealiter sollten in diesem Schritt ca. 300 Einrichtungen ermittelt werden, die die Bereitschaft zur Implementierung des Instruments sowie zur Teilnahme an der Schulung mit dem Ziel der kompetenten Instrumentenanwendung äußern.

Fünfter Schritt

Wir gehen davon aus, dass in einem Zeitraum von zwei Jahren die Implementierung des Instruments (einschließlich Schulung, einschließlich Evaluation) in diesen 300 Einrichtungen vollzogen ist und das Instrument – auf der Grundlage der in diesem Schritt gewonnenen Ergebnisse und Erfahrungen – noch einmal auf größeren nationalen Konferenzen vorgestellt werden kann. Diese sollen dazu dienen, nun Einrichtungen in anderen Bundesländern für die Teilnahme an der Dissemination zu gewinnen.

Sechster Schritt

Vor dem Hintergrund der eingegangenen Anmeldungen in einem Fortbildungsschritt werden nun jeweils 10 bis 15 Einrichtungen zu Clustern zusammengefasst, denen eine Schulung durch wissenschaftliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Instituts für Gerontologie angeboten wird.

Siebter Schritt

Zeitgleich zu den ersten sechs Schritten wird die Druckvorlage für das Instrument und das Manual erarbeitet; dabei wird auch eine elektronische Fassung entwickelt.

Wir gehen davon aus, dass eine derartige Strategie geeignet ist, das Interesse möglichst vieler Einrichtungen an der Anwendung des Instruments zu fördern und aufrechtzuerhalten.

I. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Die Dimensionen der Lebensqualität bei Menschen mit Demenz	9
Abbildung 2: Überblick über einzelne Schritte der Erprobungsphase in den Einrichtungen	24
Abbildung 3: Die zentralen Outcomes von H.I.L.DE.-QS	25
Abbildung 4: Inhalte des Evaluationsbogens für die Fallbesprechung	29
Abbildung 5: Leitfragebogen der Fokusgruppendifkussionen	30
Abbildung 6: Die Überprüfung der Wirksamkeit der Implementierung von H.I.L.DE.-QS	38
Abbildung 7: Rekrutierungsverlauf der Pflegeeinrichtungen	39
Abbildung 8: Ergebnisse der Pflegeheimstrukturen (Angaben in %)	40
Abbildung 9: Ergebnisse der Schulungsevaluation (Angaben in %)	43
Abbildung 10: Vergleich der Ergebnisse des BHD zu Messzeitpunkt 1 (U1) und 2 (U2).....	45
Abbildung 11: Vergleich der Ergebnisse des IPC zu Messzeitpunkt 1 und 2	47
Abbildung 12: Verbale Kompetenz der teilnehmenden Bewohner (Angaben in %).....	48
Abbildung 13: Kontaktfreude der teilnehmenden Bewohner (Angaben in %)	49
Abbildung 14: Lebenszufriedenheit der Bewohner (Angaben in %).....	50
Abbildung 15: Reaktion der Bewohner auf Frage zur Lebenszufriedenheit (Angaben in %).....	51
Abbildung 16: Ausbildung der beobachteten Pflegepersonen (Angaben in %)	52
Abbildung 17: Ergebnisse der Expertenratings zu den Personenangaben und Befragungsteil II	55
Abbildung 18: Ergebnisse des Expertenratings zum Befragungsteil I	56
Abbildung 19: Ergebnisse der Expertenratings des Beobachtungsteils und Reflexionsgesprächs	58
Abbildung 20: Ausschöpfungsquote der Bestandteile des Beobachtungsteils (Angaben in %)	62
Abbildung 21: Ausschöpfungsquote der Bestandteile des Befragungsteils II (Angaben in %).....	63
Abbildung 22: Ergebnisse des Praktikabilitätsfragebogens (Angaben in %)	64
Abbildung 23: Veränderung der Emotionalität der Bewohner/Innen über die Zeit	67
Abbildung 24: Veränderung der emotionalen Variabilität während der Pflegesituation über die Zeit ...	68
Abbildung 25: Veränderungen der Kommunikationsmuster der Pflegepersonen über die Zeit	69
Abbildung 26: Veränderungen der Beurteilung der Gesamtatmosphäre	70
Abbildung 27: Kategorien der Interventionsmaßnahmen (Anzahl der Nennungen in %)	75
Abbildung 28: Anteile der H.I.L.DE.-QS Bestandteile für die Interventionsplanung (Angaben in %)....	77

II. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: A priori Hypothesen zur Überprüfung der Konstruktvalidität	33
Tabelle 2: Ergebnisse der Konstruktvalidität	53
Tabelle 3: Ergebnisse der Überprüfung der a priori Hypothesen	54
Tabelle 4: Ergebnisse der Analyse zur Interrater-Reliabilität	59
Tabelle 5: Ergebnisse zur Analyse der Veränderungssensitivität	61
Tabelle 6: Vergleich der H.I.L.DE.-QS Instrumente Version 3 und 4	102

III. Literaturverzeichnis

- Albert SM, Del Castillo-Castaneda C, Sano M, et al. (1996). Quality of life in patients with Alzheimer's disease as reported by patient proxies. *Journal of American Geriatric Society*. 44(11):1342-1347.
- Algar K, Woods RT, Windle G. (2016). Measuring the quality of life and well-being of people with dementia: A review of observational measures. *Dementia* 15 (4), S. 832–857.
- Aspden T, Bradshaw SA, Playford ED, Riazi A. (2014). Quality-of-life measures for use within care homes: a systematic review of their measurement properties. *Age and ageing* 43 (5), S. 596–603.
- Asselin ME, Fain JA. (2013). Effect of reflective practice education on self-reflection, insight, and reflective thinking among experienced nurses: a pilot study. *Journal for Nurses in Professional Development*. 2013 May-Jun;29(3):111-119.
- Beck U. (1974). *Objektivität und Normativität: Die Theorie-Praxis-Debatte in der modernen deutschen und amerikanischen Soziologie*. Wiesbaden (Springer VS).
- Becker S, Kaspar R., Lindenthal M. (2010). Lebensqualität bei Demenz. In J. Haberstroh, J. Pantel (Hrsg.), *Demenz psychosozial behandeln*. Heidelberg: AKA Verlag, S. 254- 268.
- Becker S, Kruse A, Schröder J, Seidl U. (2005). Das Heidelberger Instrument zur Erfassung von Lebensqualität bei Demenz (H.I. L.DE.). *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 38(2), 108-121.
- Benner P. (1992). Uncovering the wonders of skilled practices by listening to nurses' stories. *Critical Care Nurse* 12: 83-9.
- Benner, P. (1994). *Stufen zur Pflegekompetenz*. Bern: Huber.
- BMFSFJ. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2002). Vierter Altenbericht: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger - unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Berlin.
- BMG/Beirat, Wingenfeld, Büscher: Strukturierung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben. 2017
- Bouman AIE, Ettema TP, Wetzels RB, van Beek APA, de Lange J, Droes RM. (2011). Evaluation of QUALIDEM: a dementia-specific quality of life instrument for persons with dementia in residential settings; scalability and reliability in four Dutch field surveys. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26: 711-722.
- Bradford Dementia Group. (1997). *Evaluating Dementia Care: The DCM Method*, 7th edition Bradford, UK, Bradford University.
- Brandenburg H. (2016). Das Verhältnis von Theorie und Praxis in Pflege und Gerontologie. In: M. Hoben, M. Bär & HW Wahl (Hrsg.). *Implementierungswissenschaft für Pflege und Gerontologie*, S. 48-58, Stuttgart: Kohlhammer.

- Bräutigam C. (2002). Situationsverstehen im Pflegeprozess. In: Deutscher Verein für Pflegewissenschaft e. V. (Hrsg.), *Das Originäre der Pflege entdecken. Pflege beschreiben, erfassen, begrenzen*, S. 117-146. Frankfurt am Main: Mabuse.
- Brod M, Stewart AL, Sands L, Walton P. (1999). Conceptualization and measurement of quality of life in dementia: the dementia quality of life instrument (DQoL). *Gerontologist*. 39(1): 25-35.
- Clare L, Whitaker R, Quinn C, et al. (2012). AwareCare: Development and validation of an observational measure of awareness in people with severe dementia. *Neuropsychological Rehabilitation: An International Journal*, 22, 113–133.
- Cohen J. (1977). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Science*. New York: Academic press.
- Custers AFJ, Westerhof GJ, Kuin Y, Riksen-Walraven M. (2010). Need fulfillment in caring relationships: Its relation with well-being of residents in somatic nursing homes. *Ageing & Mental Health*, 14(6): 731-739.
- Custers AFJ, Kuin Y, Riksen-Walraven M, Westerhof GJ (2011). Need support and wellbeing during morning care activities: an observational study on resident-staff interaction in nursing homes. *Ageing & Society*, 31, 1425-1442.
- Dean R, Proudfoot R, Lindsay J. (1993). The quality of interactions schedule (QUIS): development, reliability and use in the evaluation of two domus units. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 8, 819–826.
- Dichter MN, Dortmann O, Halek M, Meyer G, Holle D, Nordheim J, Bartholomeyczik S. (2013). Scalability and internal consistency of the German version of the dementia-specific quality of life instrument QUALIDEM in nursing homes - a secondary data analysis. *Health and quality of life outcomes* 11, S. 91.
- Eicher S, Moor C, Riese F, Martin M. (2016). Partizipative Altersforschung als Mittel zur Förderung des Implementierungserfolgs. In: M. Hoben, M. Bär & HW Wahl (Hrsg.). *Implementierungswissenschaft für Pflege und Gerontologie*, S. 265-270, Stuttgart: Kohlhammer.
- Eng CJ, Pai HC (2015). Determinants of nursing competence of nursing students in Taiwan: the role of self-reflection and insight. *Nurse Education Today*. 35(3):450-5.
- Enßle J. (2010). *Demenz: Instrumentarien und Betreuungskonzepte zur Erfassung von Lebensqualität*. Diplomica Verlag.
- Estermann J, Kneubühler HU (2008). Warum Lebensqualität im Pflegeheim bedeutsam ist, und wie sie gemessen werden kann. *Swiss Journal of Sociology*, 34(1), 187-210.
- Ettema TP, Dres RM, de Lange J, Mellenbergh GJ, Ribbe MW. (2005). A review of quality of life instruments used in dementia. *Quality of Life Research* 14 (3), S. 675–686.
- Falk H, Persson LO, Wijk H. (2007). A psychometric evaluation of a Swedish version of the Quality of Life in Late-Stage Dementia (QUALID) scale. *International psychogeriatrics* 19 (6), S. 1040–1050.

- Fayers PM, Machin D. (2001). *Quality of Life: Assessment, Analysis and Interpretation*. New York: John Wiley and Sons.
- Guyatt GH, Deyo RA, Charlson M, Levine MN, Mitchell A. (1989). Responsiveness and validity in health status measurement: a clarification. *Journal of Clinical Epidemiology*, 42: 403-408.
- Haberstroh J, Pantel, J. (2011). *Kommunikation bei Demenz: TANDEM Trainingsmanual*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Hacker W, Reinhold S. (1999). *Beanspruchungsscreening bei Humandienstleistungen: BHD-System*. Frankfurt am Main: Harcourt Test Services GmbH.
- Johns, C. (2000). *Becoming a reflective practitioner. A reflective and holistic approach to clinical nursing, practice development and clinical supervision*. Oxford: Oxford University Press.
- Kimmel A, Fleer B, Becker S. (2011). *Entwicklung eines Instruments zur Erfassung der erlebten Lebensqualität als Komponente der Ergebnisqualität in der Pflege gerontopsychiatrisch Erkrankter im Rahmen des Qualitätsprüfungsverfahrens des MDK*. Unveröffentlichter Abschlussbericht.
- Kirshner B, Guyatt G. (1985). A methodological framework for assessing health indices. *Journal of Chronical Disease*, 38(1), 27-36.
- Kitwood, T. (2005). Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Deutschsprachige Ausgabe von Christian Müller-Hergel. Bern: Huber.
- Kochinka A. (2010). Beobachtung. In: G. Mey, K. Mruck (eds). *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*, S. 449-461. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kojer M. (2011). Kommunikation – Kernkompetenz der palliativen Geriatrie. In M. Kojer, M. Schmidl (Hrsg.), *Demenz und palliative Geriatrie in der Praxis: Heilsame Betreuung unheilbar demenzkranker Menschen*, S. 11-20. Wien: Springer.
- Krampen G. (1981). *IPC- Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen ("Locus of control")*. Deutsche Bearbeitung der IPC-Scales von Hanna Levenson. Handanweisung. Göttingen: Hogrefe.
- Kruse, A. (2006). Ethische und sozialpsychologische Implikationen von Altersdemenz und Alzheimer-Erkrankung. In Nationaler Ethikrat (Hrsg.), *Altersdemenz und Morbus Alzheimer* (S. 38-51). Berlin: ad litteras.
- Kruse, A. (2008). *Die Welt Demenzkranker. Die Lebensqualität demenzkranker Menschen - wissenschaftliche, praxisbezogene und ethische Überlegungen*. Vortrag gehalten am 03.12.2008 auf dem 3. Sächsischen Altenhilfe-Kongress „Herausforderung Demenz“.
- Kruse A. (2011). Demenz. In G. Stoppe (Hrsg.), *Report Versorgungsforschung der Bundesärztekammer (Band 3). Die Versorgung psychisch kranker alter Menschen*, S. 123- 132. Köln: Deutscher Ärzteverlag.

- Kruse, A. (2010). Menschenbild und Menschenwürde als grundlegende Kategorien der Lebensqualität demenzkranker Menschen. In A. Kruse (Hrsg.), *Lebensqualität bei Demenz? Zum gesellschaftlichen und individuellen Umgang mit einer Grenzsituation im Alter*, S. 160-196. Heidelberg: Akademische Verlagsgesellschaft.
- Kruse A. (2017). *Lebensphase hohes Alter: Verletzlichkeit und Reife*. Berlin: Springer.
- Kuiper R, Pesut D, Kautz D. (2009). Promoting the self-regulation of clinical reasoning skills in nursing students. *The Open Nursing Journal*. 2;3: 76-85.
- Landis R, Koch GG (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. In: *Biometrics*. 33: 159–174.
- Lauri S, Salanterä S. (1995). Decision-making models of Finnish nurses and public health nurses. *Journal of Advanced Nursing* 21: 520-527.
- Lawton MP, Van Haitsman K, Klapper J. (1996). Observed affect in nursing home residents with Alzheimer's disease. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 51B, 3-14.
- Lawton MP, Van Haitsman K, Perkinson M, Ruckdeschel K. (1999). Observed affect and quality of life in dementia: Further affirmations and problems. *Journal of Mental Health and Aging*, 5: 69–81.
- Lawton MP. (1994). Quality of life in Alzheimer disease. *Alzheimers Disease and Associated Disorders*. 8 Suppl 3:138-150.
- Lawton MP, Moss M, Hoffman C, Grant R, Ten Have T, Kleban M. (1999). Health, valuation of life, and the wish to live. *Gerontologist*, 39: 406-416.
- Levett-Jones TL. (2007). Facilitating reflective practice and self-assessment of competence through the use of narratives. *Nurse Education in Practice*. 7(2):112-119.
- Liang MH, Fossel AH, Larson MG. (1990). Comparison of five health status instruments for orthopedic evaluation. *Medical Care*, 28: 632-642.
- Logsdon RG, Gibbons LE, McCurry SM, Teri L. (1999). Quality of life in Alzheimer's disease: Patient and caregiver reports. *Journal of Mental Health and Aging*, 5(1), 21-32.
- Luft J, Ingham H. (1955): *The JoHari Window, a graphic model for interpersonal relations*. Western Training Laboratory in Group Development, August 1955. University of California at Los Angeles, Extension Office.
- Meyer-Kühling I. (2016). *Bedürfnisbegegnung in der stationären Altenpflege. Eine qualitative Studie zum „Ich sein Dürfen“ von Pflegeheimbewohnern*. Dissertation, Ruprecht-Karls Universität Heidelberg. Marburg: Tectum.
- Mezirow J. (1991). *Transformative Dimensions of Adult Learning*. Jossey-Bass, San Francisco.
- Missotten P, Dupuis G, Adam S. (2016). Dementia-specific quality of life instruments: a conceptual analysis. *International psychogeriatrics* 28 (8), S. 1245–1262.
- Norman GR. (1989). Issues in the use of change scores in randomized trials. *Journal of clinical epidemiology*, 42(11): 1097-1105.

- O'Neill E. (1994). Home health nurses' use of base rate information in diagnostic reasoning. *Advances in Nursing Science* 17: 77-85.
- Olbrich C. (2018). *Pflegekompetenz*. Hogrefe AG.
- Rabins PV, Kasper JD, Kleinman L, Black BS, Patrick DL. (1999). Concepts and methods in the development of the ADRQL: An instrument for assessing healthrelated quality of life in persons with Alzheimer's disease. *Journal of Mental Health and Aging*, 5: 33–48.
- Reisberg, B., Ferris, S.H., de Leon. M.J., Crook, T. (1982). The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *American Journal of Psychiatry*, 139(9), 1136-1139.
- Rubin, J. (2000). Hindernisse bei der Entwicklung des klinischen Wissens und des ethischen Urteilsvermögens. In P. Benner, C.A. Tanner & C.A. Chesla (Hrsg.), *Pflegeexperten, Pflegekompetenz, klinisches Wissen und alltägliche Ethik* (S. 217-242). Bern: Huber.
- Sabat SR (1994). Recognizing and working with remaining abilities: Toward improving the care of Alzheimer's disease sufferers. *The American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders and Research*, 9, 8-16.
- Schilder M. (2007). *Lebensgeschichtliche Erfahrungen in der stationären Altenpflege: eine qualitative Untersuchung pflegerischer Interaktionen und ihrer Wahrnehmung durch pflegebedürftige Personen und Pflegenden*. Bern: Huber.
- Schnell R, Hill PB, Esser E. (2011). *Methoden der empirischen Sozialforschung*. München: Oldenbourg Verlag.
- Schwerdt R. (2005). Lernen der Pflege von Menschen mit Demenz bei Alzheimer-Krankheit. *Zeitschrift für Medizinische Ethik* 51: 59-76.
- Sloane PD, Zimmerman S, Williams CS et al. (2005). Evaluating the quality of life of long-term care residents with dementia. *Gerontologist*. 45 Spec No 1(1):37-49.
- Staudhammer M. (2018). Selbstreflexion – Die eigenen Handlungskompetenzen erweitern. In: M. Staudhammer: *Prävention von Machtmissbrauch und Gewalt in der Pflege*, S. 155-164, Springer.
- Terwee CB, Bot SD, de Boer MR et al. (2007). Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *Journal of Clinical Epidemiology*. 60(1): 34-42.
- Van der Wolf E, van Hooren SA, Waterink W, Lechner L. (2018). Measurement of Well-Being in Gerontopsychiatric Nursing Home Residents: Development of the Laurens Well-Being Inventory for Gerontopsychiatry. *Journal of geriatric psychiatry and neurology* 31 (3), S. 136–148.
- Venhooven R. (2000). The four qualities of life. Ordering concepts and measures of the good life. *Journal of Happiness Studies* 1, 1-39.
- Weiner MF, Martin-Cook K, Svetlik DA, Saine K, Foster B, Fontaine CS (2000). The quality of life in late-stage dementia (QUALID) scale. *Journal of the American Medical Directors Association* 1 (3), S. 114–116.

Wiloth S, Lemke N, Werner C, Hauer K. Validation of a Computerized, Game-based Assessment Strategy to Measure Training Effects on Motor-Cognitive Functions in People With Dementia. *JMIR Serious Games*. 18;4(2): e12

Wingenfeld K, Büscher A. (2017). Strukturierung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

Anhang

Anhang 1: Das Instrument H.I.L.DE.-QS Version 3	122
Anhang 2: Das Instrument H.I.L.DE.-QS Version 4	137
Anhang 3: Agenda der H.I.L.DE.-QS Schulung	155
Anhang 4: Evaluation der H.I.L.DE.-QS Schulung	157
Anhang 5: Wegweiser für die Erprobung in den Pflegeeinrichtungen	159
Anhang 6: Fragebogen zur Erfassung der Struktur der Pflegeeinrichtungen	167
Anhang 7: Fallbesprechungsprotokolle.....	170
Anhang 8: Evaluationsbogen für die Supervision der Fallbesprechungen	171
Anhang 9: Fragebogen zur Praktikabilität	172
Anhang 10: Leitfragebogen für die Fokusgruppen	174
Anhang 11: Skalen für die Expertenratings	175
Anhang 12: IPC	179
Anhang 13: BHD	182
Anhang 14: GDS.....	185
Anhang 15: QUALIDEM	191

Anhang 1: Das Instrument H.I.L.DE.-QS Version 3

INSTRUMENT ZUR ERFASSUNG DER LEBENSQUALITÄT GERONTOPSYCHIATRISCH ERKRANKTER IM
RAHMEN DER PFLEGEHEIMINTERNEN QUALITÄTSSICHERUNG



UNIVERSITÄT
HEIDELBERG
ZUKUNFT
SEIT 1386



INSTITUT FÜR
GERONTOLOGIE

MDS

MEDIZINISCHER DIENST
DES SPITZENVERBANDES
BUND DER KRANKENKASSEN

Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität von Menschen mit Demenz - für die Qualitätssicherung in Pflegeeinrichtungen (H.I.L.DE.-QS)

Untersuchung 1

Teil A: Angaben zum Bewohner

Teil B: Angaben zur Pflegeperson

Teil C: Befragung des Bewohners

Teil D: Teilnehmende Beobachtung

Teil E: Reflexionsgespräch

Teil F: Schmerzerfassung

Teil G: Angaben zur Einrichtung

TEIL A: ANGABEN ZUM BEWOHNER

Code bzw. Initialen des Bewohners	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Pflegegrad	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Alter (in Jahren)	
Einzugsdatum in die Einrichtung (Datum)	
Verbale Kompetenz Fähigkeit zur/zum...	... Mitteilung elementarer Bedürfnisse <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
0 = vorhanden/unbeeinträchtigt 1 = größtenteils vorhanden 2 = in geringem Maße vorhanden 3 = nicht vorhanden	... Verstehen von Aufforderungen <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
	... Beteiligung an einem Gespräch <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3

Einverständnis des Bewohners/des gesetzlichen Vertreters liegt vor.

TEIL B: ANGABEN ZUR PFLEGEPERSON

Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Ausbildung	<input type="checkbox"/> Pflegefachkraft <input type="checkbox"/> Pflegehilfskraft <input type="checkbox"/> Ungelernte Mitarbeiter ohne pflegerische Ausbildung Weiterbildung im Bereich _____

TEIL C: Befragung des Bewohners

Beginn	Datum: _____	Uhrzeit: _____	<input type="checkbox"/> weitere Person anwesend ↓ Name/Beziehung: _____
--------	-----------------	-------------------	--

Einleitung:

Ich würde Ihnen jetzt gerne ein paar Fragen stellen, wenn das in Ordnung für Sie ist. Es geht darum zu erfahren, wie es Ihnen hier im Heim so geht und wie Sie hier leben.

1. Wohlbefinden

Frage: **Was brauchen Sie, um sich wohlfühlen?**

Antwort: _____

2. Kontaktfreude

Frage: **Gibt es hier in der Einrichtung Personen, die Sie besonders gerne mögen?**

Ja
 Nein
 Weiß nicht
 k. Angabe

 ↓
 Wenn ja, warum?

Antwort (bitte keine Namen notieren):

Würden Sie gerne öfter mit diesen Personen plaudern?

Ja
 Nein
 Weiß nicht
 keine Angabe

3. Vom Haus angeleitete und angebotene Beschäftigung und Aktivitäten

Frage: **Ich würde gerne erfahren, mit was Sie sich so am Tag beschäftigen?**

(Mögliche weitere Frage: Die Dinge, die Sie genannt haben, sind das Angebote der Einrichtung?)

Antwort: _____

4. Ruhe

Frage: **Wenn Sie einmal Ihre Ruhe haben möchten, bekommen Sie diese?**

Antwort: _____

5. Bewohnerzimmer

Frage: **Was gefällt Ihnen an Ihrem Zimmer? Gibt es etwas, was Ihnen nicht gefällt?**

Antwort: _____

6. Lebenszufriedenheit

Frage: **Können Sie mir sagen, wie zufrieden Sie derzeit mit Ihrem Leben sind?**

(Zuerst die Frage offen stellen und danach eine Einschätzung auf der Skala vornehmen lassen. BITTE ALLES NOTIEREN; WAS DER BEWOHNER ANTWORTET!)

Antwort: _____

1 <input type="checkbox"/> Sehr gut	2 <input type="checkbox"/> gut	3 <input type="checkbox"/> befriedigend	4 <input type="checkbox"/> ausreichend	5 <input type="checkbox"/> mangelhaft	6 <input type="checkbox"/> ungenügend	Weiß nicht <input type="checkbox"/>	Keine Angabe <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------------	--	---	--	--	--	--

Wie reagiert der Bewohner auf die Frage nach seiner Lebenszufriedenheit?	<input type="checkbox"/> Bewohner versteht die Frage nicht oder gibt keine passende Antwort <input type="checkbox"/> Bewohner reagiert tendenziell negativ <input type="checkbox"/> Bewohner reagiert ausweichend <input type="checkbox"/> Bewohner reagiert tendenziell positiv
--	---

7. Bedeutende Dinge im Leben

Frage: **Können Sie mir sagen, was Ihnen in Ihrem Leben wichtig ist?**

Antwort: _____

Ende der Befragung	Uhrzeit: _____
--------------------	-------------------

TEIL D: TEILNEHMENDE BEOBACHTUNG

Beginn	Datum: _____	Uhrzeit: _____	<input type="checkbox"/> weitere Person anwesend ↓ Name/Beziehung: _____
---------------	-----------------	-------------------	--

Beobachtungssituation	<input type="checkbox"/> Morgendliche Pflegesituation <i>Alternativ:</i> <input type="checkbox"/> Essen anreichen
------------------------------	---

Begrüßung / Einstieg in die Beobachtungssituation	<input type="checkbox"/> Beobachtende Person wurde dem Bewohner vorgestellt ↳ <input type="checkbox"/> angemessen (empathisch, angstnehmend) <input type="checkbox"/> unangemessen (kurz angebunden, erst auf Nachfrage des Bewohners) <input type="checkbox"/> Beobachtende Person wurde dem Bewohner nicht vorgestellt Ggf. Notizen: _____ _____
--	--

Transfer (z. B. Bett ↔ Rollstuhl)	<input type="checkbox"/> Transfer nicht beobachtet <input type="checkbox"/> Transfer beobachtet ↳ Der Transfer wurde durchgeführt <input type="checkbox"/> angemessen (angekündigt, empathisch, angstnehmend) <input type="checkbox"/> unangemessen (ohne Ankündigung, kein Blickkontakt, fehlende bzw. unangebrachte verbale/nonverbale Kommunikation) ggf. Notizen: _____ _____
---	---

Kommunikationsmuster der Pflegeperson in der Beobachtungssituation

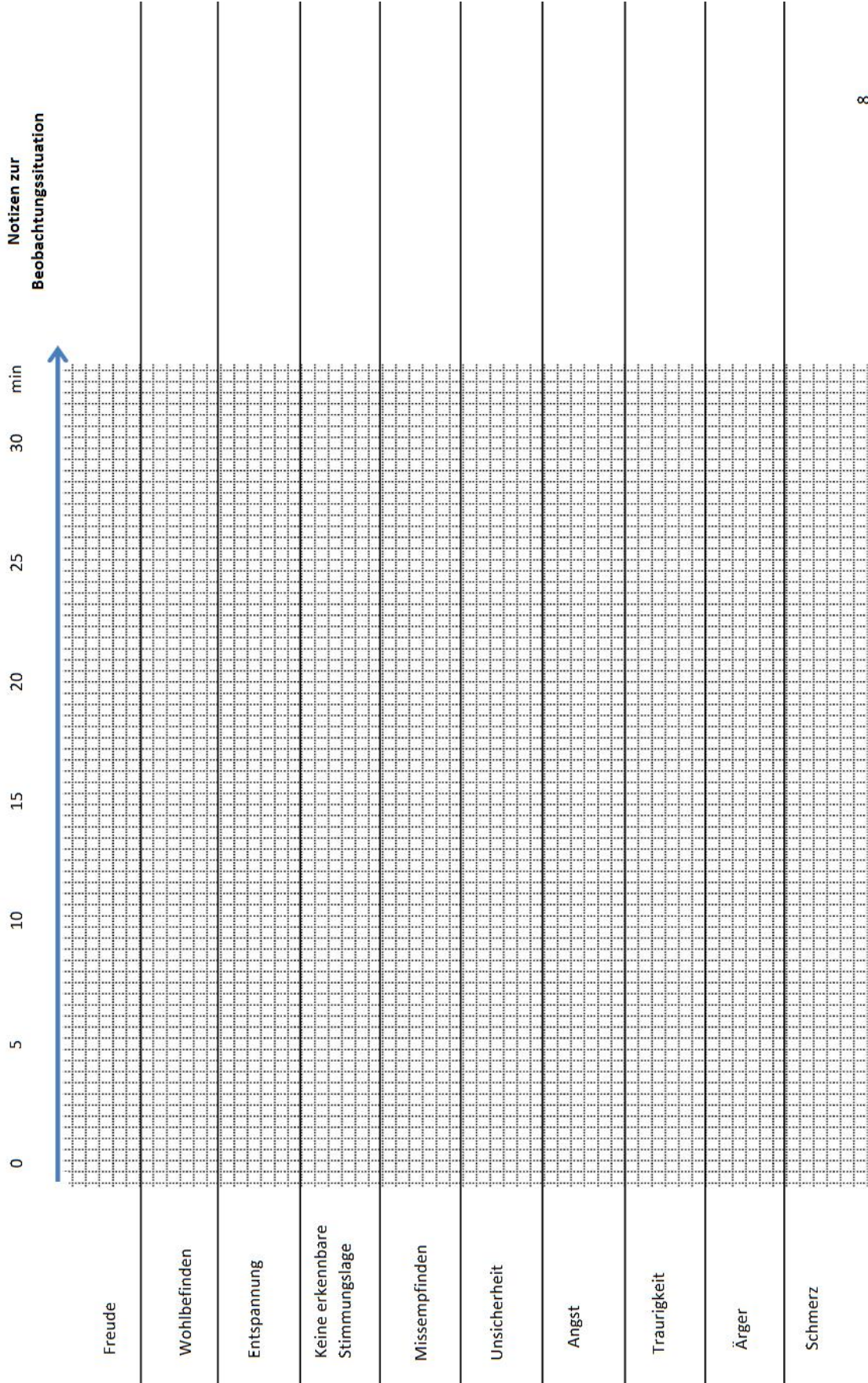
Bitte Zutreffendes ankreuzen. Mehrfachnennungen möglich.

Beziehungsebene: Allgemeine zwischenmenschliche Beziehung

<input type="checkbox"/> Beziehungsebene positiv	
<input type="checkbox"/> auf den Bewohner gerichteter Blick <input type="checkbox"/> bestätigendes Kopfnicken <input type="checkbox"/> zugewandte Körperhaltung <input type="checkbox"/> persönliches Sprechen <input type="checkbox"/> Humor <input type="checkbox"/> Lächeln <input type="checkbox"/> nonverbale gefühlsbetonte Verhaltensweisen <input type="checkbox"/> Bewohnerzentrierung <input type="checkbox"/> Biografieorientierung	<input type="checkbox"/> angemessene Wahl der Anrede <input type="checkbox"/> Ansprache von Personen, die nicht verbal kommunizieren können <input type="checkbox"/> Berührungen <input type="checkbox"/> Ergänzungen: _____ _____ _____
<input type="checkbox"/> Beziehungsebene negativ	
<input type="checkbox"/> Ignorieren von Kommunikationsversuchen <input type="checkbox"/> Baby Talk <input type="checkbox"/> stark vereinfachtes Sprechen <input type="checkbox"/> extrem lautes und/oder langsames Sprechen <input type="checkbox"/> übertriebene Stimmlage/Betonung <input type="checkbox"/> Telegrammstil <input type="checkbox"/> Hände in die Hüfte stemmen	<input type="checkbox"/> Arme verschränken <input type="checkbox"/> Augenrollen <input type="checkbox"/> unangemessene Wahl der Anrede <input type="checkbox"/> Ergänzungen: _____ _____ _____

Handlungsebene: Verhalten während der Ausführung der Pflegehandlungen

<input type="checkbox"/> Handlungsebene positiv	
<input type="checkbox"/> Parallellaufen von sozioemotionaler und pflegebezogener Kommunikation (tätigkeitsbegleitend) <input type="checkbox"/> Ankündigungen <input type="checkbox"/> Motivierungen <input type="checkbox"/> Bewohnerangepasstes Tempo <input type="checkbox"/> Wahrung der Selbstbestimmung	<input type="checkbox"/> Ergänzungen: _____ _____ _____
<input type="checkbox"/> Handlungsebene negativ	
<input type="checkbox"/> Gespräche beziehen sich ausschließlich auf Pflegehandlungen <input type="checkbox"/> Kurze, knappe Aufforderungen <input type="checkbox"/> abhängigkeitsfördernde Anweisungen <input type="checkbox"/> fehlende Ankündigungen <input type="checkbox"/> fehlende Motivierungen	<input type="checkbox"/> Ergänzungen: _____ _____ _____



Mehrfachnennungen möglich: Bitte ankreuzen, unterstreichen und gegebenenfalls ergänzen

Emotionaler Ausdruck des Bewohners in der Beobachtungssituation

Positives Befinden

<p><input type="checkbox"/> Freude = Lächeln, strahlender Blick, freundlich nach anderen greifen, Streicheln, Lachen, Singen bzw. Summen, Bewohner sagt, er freue sich</p>	<p><input type="checkbox"/> Wohlbefinden = weniger stark als Freude; offene Körperhaltung, freundliche, ruhige Gesten, Singen bzw. Summen, Bewohner sagt, er fühle sich wohl</p>	<p><input type="checkbox"/> Entspannung = reduzierter Muskeltonus, entspannte Gesichtszüge nach vorheriger Anspannung, Einschlafen</p>
---	---	---

Keine erkennbare Stimmungslage

<p><input type="checkbox"/> Keine sicher identifizierbare Stimmungslage Erläuterung:</p>

Negatives Befinden

<p><input type="checkbox"/> Missemplefinden = weniger stark als Ärger oder Schmerz; einzelne Kennzeichen weisen auf Unwohlsein oder Unruhe hin, aber keine Bestimmung ausgeprägter Einzelmotionen möglich</p>	<p><input type="checkbox"/> Unsicherheit = Zeichen von Schamgefühl, fragender Blick, wiederholtes Fragen, Blick- und Körperkontakt suchende Haltung</p>	<p><input type="checkbox"/> Angst = angespannte Gesichtszüge, aufgerissene Augen, motorische Unruhe, defensive o. Kontakt suchende Körperhaltung, Zittern, schnelles Atmen, wiederholtes Rufen, Bewohner sagt, er habe Angst</p>
<p><input type="checkbox"/> Traurigkeit = ausdrucksarmes Gesicht, Kopf/Blick gesenkt, hängende Mundwinkel, verlangsamte/ kraft-lose Bewegungen, verschlossene Haltung, Stöhnen, Seufzen, Weinen, Bewohner sagt, er sei traurig</p>	<p><input type="checkbox"/> Ärger = zusammengezogene Augenbrauen o. Lippen, zusammengebissene Zähne, abwehrende oder drohende Gebärden, Schreien/Schimpfen, Bewohner sagt, er ärgere sich/rege sich auf</p>	<p><input type="checkbox"/> Schmerz = Angespannte, angestrenzte oder verzerrte Gesichtszüge, Schonhaltung, Zeigen der Schmerzen, verbales Äußern von Schmerzen</p>

Bitte zutreffendes ankreuzen und Begründung ausfüllen.

<p>Einschätzung der Gesamtatmosphäre während der beobachteten Situation (Reflexion)</p>	<p><input type="checkbox"/> gelungene Interaktion</p> <p><input type="checkbox"/> überwiegend gelungene Interaktion</p> <p><input type="checkbox"/> überwiegend nicht gelungene Interaktion</p> <p><input type="checkbox"/> nicht gelungene Interaktion</p> <p>Begründung:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Sonstige Einflussfaktoren:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	--

<p>Ende der Beobachtung</p>	<p>Uhrzeit:</p> <p>_____</p>
------------------------------------	------------------------------

TEIL E: REFLEXIONSGESPRÄCH

Antworten bitte in Stichpunkten notieren.

Fragen an die beobachtete Pflegeperson:

- Wie haben Sie die Situation heute Morgen empfunden?
- Was fanden Sie an der Situation besonders positiv?
- Gab es etwas, was Sie an der Situation eher negativ fanden?
- Gibt es etwas, was Sie an der Situation gerne anders gemacht hätten?

Perspektive des Beobachters:

- Was mir an der Situation gut gefallen hat, war...
- Was mir an der Situation eher nicht gefallen hat, war...

Fazit der beobachteten Pflegeperson und gemeinsamer Beschluss:

- Was nehmen Sie aus unserem Gespräch für die Zukunft mit?

TEIL G: ANGABEN ZUR EINRICHTUNG

Häuslichkeit und Gemütlichkeit des Bewohnerzimmers (BZ)

Sind die folgenden Merkmale im Zimmer des Bewohners gegeben?	Ja	Nein
Bewohnt der Bewohner ein Einzelzimmer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Beleuchtung im BZ wirkt hell und freundlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das BZ ist durch Mobiliar, Dekoration oder Bilder häuslich, gemütlich, vertraut oder persönlich gestaltet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewegungsfreiheit (Platz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientierungshilfen (z. B. Uhr, Kalender, Beschriftung des Zimmers)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt spezielle Gestaltungsmerkmale im BZ, die dem Bewohner Anregungsmöglichkeiten bieten (z. B. Gegenstände zum Tasten/Fühlen oder Bilder, Fotos, große Fenster).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist dem Bewohner möglich seine Privatsphäre im BZ zu wahren (z. B. durch Vorhänge, Nischen und Ecken, ist die Türe abschließbar).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es unangenehme Gerüche, z. B. von körperlichen Ausscheidungen, Reinigungsmitteln im BZ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anmerkungen zur Häuslichkeit und Gemütlichkeit des Bewohnerzimmers:		

Gesamtatmosphäre Einrichtung

	positiv	überwiegend positiv	überwiegend negativ	negativ
Geruch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empfangsbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geräuschpegel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausstattung der Räumlichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sauberkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personal (Erscheinungsbild)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erscheinungsbild der Bewohner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ess-/Tischkultur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anreichen des Essens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interaktion Pflegeperson/Bewohner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anmerkung zur Einrichtungsatmosphäre:				

Anhang 2: Das Instrument H.I.L.DE.-QS Version 4



H.I.L.DE.-QS

Heidelberger Instrument zur Erfassung der **Lebensqualität** von Menschen mit **DE**menz - für die **QualitätsSicherung** in Pflegeeinrichtungen

1. ANGABEN ZUM BEWOHNER

Name des Bewohners	
--------------------	--

2. ANGABEN ZUR PFLEGEPERSON

Name der Pflegeperson	
Aus- und/oder Weiterbildung	<input type="checkbox"/> Pflegefachkraft <input type="checkbox"/> Pflegehilfskraft <input type="checkbox"/> Schüler <input type="checkbox"/> Weiterbildung Gerontopsychiatrie
Bezugspflegekraft	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

3. ANGABEN ZUM BEOBACHTER

Name des Beobachters	
----------------------	--

4. ANGABEN ZUR H.I.L.DE.-QS DURCHFÜHRUNG

A) Bewohnerbefragung und Erfassung ergänzender Bewohnerdaten

Durchgeführt am (Datum)		
Bewohnerbefragung	<input type="checkbox"/> Durchgeführt	<input type="checkbox"/> Nicht durchgeführt
Erfassung verbale Kompetenz	<input type="checkbox"/> Durchgeführt	<input type="checkbox"/> Nicht durchgeführt
Schmerzerfassung	<input type="checkbox"/> Durchgeführt	<input type="checkbox"/> Nicht durchgeführt

B) Beobachtung und Reflexionsgespräch

Durchgeführt am (Datum)		
Beobachtung	<input type="checkbox"/> Durchgeführt	<input type="checkbox"/> Nicht durchgeführt
Reflexionsgespräch	<input type="checkbox"/> Durchgeführt	<input type="checkbox"/> Nicht durchgeführt

C) Ergänzende Informationen

Bewohnerzimmer	<input type="checkbox"/> Durchgeführt	<input type="checkbox"/> Nicht durchgeführt
Atmosphäre der Pflegeeinrichtung	<input type="checkbox"/> Durchgeführt	<input type="checkbox"/> Nicht durchgeführt

D) Fallbesprechung

Fallbesprechung geplant am (Datum)	
------------------------------------	--

A) Bewohnerbefragung und Erfassung ergänzender Bewohnerdaten

Der Befragungsteil dient dazu, einen ersten Eindruck des Bewohners mit Blick auf seine Ressourcen bzw. Potenziale, Bedürfnisse und Lebensqualität zu erhalten.

Der Befragungsteil kann und sollte auch bei Bewohnern mit deutlich reduzierter verbaler Kompetenz durchgeführt werden, um auch ihnen die Möglichkeit zu geben, ihre Bedürfnisse und ihr subjektives Erleben mit Blick auf wesentliche Dimensionen der Lebensqualität mitzuteilen. **Daher ist auch auf die nonverbale Reaktion der Bewohner zu achten!** Um das Wohlbefinden und die Lebenszufriedenheit als zentrale Dimensionen der Lebensqualität besser erfassen zu können, helfen die dafür entwickelte Skalen.

Bitte notieren Sie die Antworten auf die offenen Fragen möglichst wortgetreu!

Bewohnerbefragung

1. Subjektiv erlebtes Wohlbefinden

<i>Ich würde gerne erfahren, wie es Ihnen im Moment geht, wie Sie sich fühlen.</i>					
<i>Können Sie mir in Schulnoten sagen/zeigen*, wie gut es Ihnen im Moment geht: 1 bedeutet, dass es Ihnen im Moment sehr gut geht, 6, dass es Ihnen gar nicht gut geht?</i>					
1 <input type="checkbox"/> Sehr gut	2 <input type="checkbox"/> gut	3 <input type="checkbox"/> ganz gut	4 <input type="checkbox"/> ausreichend	5 <input type="checkbox"/> nicht gut	6 <input type="checkbox"/> gar nicht gut
<input type="checkbox"/> Weiß nicht	<input type="checkbox"/> Keine Angabe				

* Sie können dafür die Skala (siehe Anhang) zur visuellen Darstellung für den Bewohner verwenden.

Wie reagiert der Bewohner auf die Frage nach seinem subjektiven Wohlbefinden?	<input type="checkbox"/> Bewohner versteht Frage nicht <input type="checkbox"/> Bewohner reagiert tendenziell negativ <input type="checkbox"/> Bewohner reagiert ausweichend <input type="checkbox"/> Bewohner reagiert tendenziell positiv
Zeigt der Bewohner besondere nonverbale Reaktionen? (z. B. bestimmte Emotionen)	

<i>Welche Situationen gibt es, in denen Sie sich besonders wohl fühlen?</i>	
<i>Welche Situationen gibt es, in denen Sie sich nicht wohl fühlen?</i>	

2. Subjektiv erlebte Lebenszufriedenheit

<i>Ich möchte gerne von Ihnen erfahren, wie zufrieden Sie derzeit mit Ihrem Leben sind.</i>					
<i>Können Sie mir in Schulnoten sagen/zeigen*, wie zufrieden Sie mit Ihrem Leben sind – 1 bedeutet, dass Sie sehr zufrieden sind, 6, dass Sie mit Ihrem Leben nicht zufrieden sind?</i>					
1 <input type="checkbox"/> Sehr gut	2 <input type="checkbox"/> gut	3 <input type="checkbox"/> ganz gut	4 <input type="checkbox"/> ausreichend	5 <input type="checkbox"/> nicht gut	6 <input type="checkbox"/> gar nicht gut
<input type="checkbox"/> Weiß nicht	<input type="checkbox"/> Keine Angabe				

* Sie können dafür die Skala (siehe Anhang) zur visuellen Darstellung für den Bewohner verwenden.

Wie reagiert der Bewohner auf die Frage nach seiner subjektiv erlebten Lebenszufriedenheit?	<input type="checkbox"/> Bewohner versteht Frage nicht <input type="checkbox"/> Bewohner reagiert tendenziell negativ <input type="checkbox"/> Bewohner reagiert ausweichend <input type="checkbox"/> Bewohner reagiert tendenziell positiv
Zeigt der Bewohner besondere nonverbale Reaktionen? (z. B. bestimmte Emotionen)	

Welche Lebensbereiche gibt es, mit denen Sie besonders zufrieden sind? (z. B. soziales Umfeld, bestimmte Fähigkeiten, Gesundheit...)	
Welche Lebensbereiche gibt es, mit denen Sie nicht zufrieden sind?	

3. Kontaktfreude

Gibt es hier in der Einrichtung Leute, die Sie besonders gerne mögen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Warum mögen Sie sie nicht?		
Würden Sie gerne öfter mit diesen Leuten plaudern?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Weiß nicht	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> keine Angabe

4. Bedeutende Dinge im Leben

<i>Ich möchte gerne erfahren, was Ihnen in Ihrem Leben besonders wichtig ist?</i>	
<i>Ich möchte gerne erfahren, was Ihnen in der Vergangenheit besonders wichtig war?</i>	

5. Beschäftigungen und Aktivitäten

<i>Ich möchte erfahren, mit was Sie sich am Tag gerne beschäftigen oder beschäftigen würden?</i>	
<i>Welche Angebote hier in unserem Pflegeheim interessieren Sie besonders?</i>	

6. Subjektive Bewertung des Bewohnerzimmers

<i>Was gefällt Ihnen an Ihrem Zimmer?</i>	
<i>Gibt es etwas, was Ihnen nicht gefällt?</i>	

<i>Sonstige Bemerkungen</i> (z. B. Störfaktoren, Verhaltensauffälligkeiten etc.)	
---	--

Erfassung ergänzender Bewohnerdaten

Nachdem Sie die Bewohnerbefragung durchgeführt haben, ist nun die **verbale Kompetenz des Bewohners** in Anlehnung an das Begutachtungsinstrument zur Einschätzung der Pflegebedürftigkeit nach § 18 SGB XI zu bewerten.

Die **Schmerzerfassung** erfolgt im Hinblick auf das generelle Erkennen, Erfassen und Dokumentieren von akuten und chronischen Schmerzen des Bewohners.

1. Verbale Kompetenz

Fähigkeit zur/zum... 3 = vorhanden/unbeeinträchtigt 2 = größtenteils vorhanden 1 = in geringem Maße vorhanden 0 = nicht vorhanden	Mitteilung elementarer Bedürfnisse (Bewohner kann sich z. B. bei Hunger oder Durst, Schmerzen oder Frieren verbal oder nonverbal bemerkbar zu machen) <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
	Verstehen von Aufforderungen (Beinhaltet die Fähigkeit, Aufforderungen in Hinblick auf alltägliche Grundbedürfnisse, z. B. Essen, Trinken, sich kleiden, sich beschäftigen, zu verstehen) <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
	Beteiligung an einem Gespräch (Beinhaltet die Fähigkeit, in einem Gespräch Gesprächsinhalte aufzunehmen, sinngerecht zu antworten und zur Weiterführung des Gesprächs Inhalte einzubringen) <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3

2. Schmerzerfassung

Hat der Bewohner Schmerzzustände?	<input type="checkbox"/> ja <table border="0" style="float: right;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> akut</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> chronisch</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ist bereits dokumentiert</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> akut	<input type="checkbox"/> chronisch	<input type="checkbox"/> ist bereits dokumentiert
	<input type="checkbox"/> akut			
<input type="checkbox"/> chronisch				
<input type="checkbox"/> ist bereits dokumentiert				
<input type="checkbox"/> nein				
Wird das Schmerzerleben regelmäßig evaluiert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Woran erkennen Sie bei diesem Bewohner, dass er an Schmerzen leidet?	(Empty field for text input)			
Wenn der Bewohner Ihnen gegenüber Schmerzen äußert bzw. wenn Sie Schmerzen beim Bewohner beobachten: Was ist das übliche Vorgehen?	<input type="checkbox"/> Gespräch mit dem Bewohner <input type="checkbox"/> Absprache mit Kollegen <input type="checkbox"/> Vermerk im Pflegebericht <input type="checkbox"/> Bedarfsmedikation prüfen <input type="checkbox"/> Kontaktaufnahme mit dem Arzt <input type="checkbox"/> individuelle Maßnahme:			

B) Beobachtung und Reflexionsgespräch

Wichtige Hinweise für die Beobachtung!

Die Beobachtung ist der Hauptbestandteil von H.I.L.DE.-QS und grundlegend für das anschließende Reflexionsgespräch und die Fallbesprechung zur Planung spezifischer Interventionsmaßnahmen in Ihrer Einrichtung.

Ziel ist es, die Interaktion zwischen Bewohner und Pflegeperson zu erfassen, indem...

- 1) insbesondere die **Kommunikationsmuster der Pflegepersonen auf der Beziehungs- und Handlungsebene** und...
- 2) der **emotionale Ausdruck des Bewohners** (vor allem in Reaktion auf das Verhalten der Pflegeperson) auf **verbaler wie auf nonverbaler Ebene** (über Mimik, Gestik, para-verbale Kommunikation) beobachtet werden sollen.

Verhalten Sie sich während der **Beobachtungssituation passiv-teilnehmend**, das heißt, Sie sollten sich nicht aktiv an den Handlungen und Interaktionen beteiligen und sich so platzieren, dass Ihre Beobachtung keinen direkten Einfluss auf die Situation im Allgemeinen und Gespräche im Speziellen nimmt.

Die Gesamtatmosphäre der Beobachtungssituation ist dabei so zu gestalten, dass die individuellen Grenzen des Einzelnen (Schamgefühle, Vorbehalte, Bedürfnisse) beachtet und respektiert werden. Bemühen Sie sich um Zurückhaltung und Distanz!

Das Dokumentieren erfolgt kommentarlos und möglichst geräuscharm. Notizen im Zuge der beobachteten Situation sind so zurückhaltend anzufertigen, dass der Bewohner hierdurch nicht irritiert wird.

Zum Zeitpunkt der Intimpflege ist ganz besondere Zurückhaltung geboten, im Einzelfall kann der Raum auch vorübergehend verlassen werden, wenn der Bewohner diesen Wunsch äußert oder sein Verhalten auf eine diesbezügliche Notwendigkeit schließen lässt.

Beobachtungssituation

Bitte kreuzen Sie nun zunächst an, ob eine morgendliche Pflegesituation beobachtet wurde oder eine alternative Situation.	<input type="checkbox"/> Morgendliche Pflege <input type="checkbox"/> Alternative Pflegesituation, weil:
Welche alternative Beobachtungssituation haben Sie gewählt?	

Beobachtung der Pflegesituation

Bitte kreuzen Sie an, wie die **Begrüßungssituation** zu bewerten ist. Dabei wird unterschieden, ob und wie die beobachtende Person dem Bewohner vorgestellt wurde bzw. die Situation erklärt wurde oder nicht und wie der Bewohner darauf reagierte (verbal und nonverbal).

Gerade die manuelle Unterstützung bei **Transfersituationen** (z. B. Aufstehen vom Bett) ist häufig mit Unsicherheit oder Angst beim Bewohner verbunden, sodass auf diese Situationen hier nochmals genauer geachtet wird. Wenn ein Transfer von der Pflegeperson unterstützt wurde, ist dieser im Folgenden zu bewerten.

1. Begrüßung und Einstieg

Wurden Sie dem Bewohner von der Pflegeperson vorgestellt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
Auf welche Art wurden Sie dem Bewohner vorgestellt?	<input type="checkbox"/> angemessen (empathisch, angstnehmend) <input type="checkbox"/> unangemessen (kurz angebunden, erst auf Nachfrage des Bewohners)
Wie reagierte der Bewohner auf Ihre Anwesenheit?	<input type="checkbox"/> tendenziell positiv (z. B. mit Freude) <input type="checkbox"/> tendenziell negativ (z. B. ängstlich, verunsichert) <input type="checkbox"/> Reaktion führte zum Abbruch der Beobachtung

2. Transfer

Benötigte der Bewohner Hilfe beim Transfer durch die Pflegeperson? (z. B. Bett ↔ Rollstuhl)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
Wie wurde die Unterstützung beim Transfer durchgeführt?	<input type="checkbox"/> angemessen (wurde angekündigt, empathisch, angstnehmend) <input type="checkbox"/> unangemessen (ohne Ankündigung, kein Blickkontakt, fehlende bzw. unangebrachte, verbale/nonverbale Kommunikation) <input type="checkbox"/> Transfer wurde nicht beobachtet

Sonstige Bemerkungen (z. B. zu Umweltfaktoren, Störfaktoren, aktueller medizinischer Status des Bewohners, Schmerz bei Transfer etc.)	
---	--

3. Beobachtungsschema

Hier geht es nicht darum, wie sich der Bewohner normalerweise fühlt, sondern, welche Emotionen in der aktuellen Situation beobachtet werden und aus welchem Grund die Emotion auftritt. Dabei werden die Emotionen nicht in ihrer Intensität eingeschätzt, sondern lediglich ihr Vorhandensein angegeben. Wesentliches Ziel ist, mithilfe des Schemas eine **zeitliche Abfolge der beobachteten Emotionen** (zu Beginn, im Verlauf und am Ende der Pflegesituation) visualisieren zu können.

Bitte kreuzen Sie die beobachteten Emotionen an und notieren Sie die Auslösefaktoren für das Auftreten einer jeden Emotion!

Beobachtete Emotion	Beginn	Verlauf	Ende	Auslösefaktoren (z. B. Verhalten der Pflegeperson, Störfaktoren...)
Freude (Lächeln, strahlender Blick etc.)				
Wohlbefinden (freundliche, ruhige Gestik)				
Entspannung (Folge von erlebter Anspannung)				
Keine Stimmungslage				
Missempfinden (Unwohlsein, Unruhe)				
Unsicherheit (fragender Blick etc.)				
Angst (Zittern, Rufen, schnelles Atmen)				
Traurigkeit (gesenkter Blick, Weinen, Seufzen...)				
Ärger (zusammengezogene Augenbrauen...)				
Schmerz (Verzerrtes Gesicht, Stöhnen,...)				

4. Zusammenfassung des emotionalen Ausdrucks des Bewohners während der Pflegesituation

Bitte kreuzen Sie hier alle in der Pflegesituation beobachteten Emotionen, die auch im Beobachtungsschema eingetragen haben, noch einmal an und unterstreichen die jeweiligen Erkennungszeichen (z. B. „Lächeln“ bei Freude), die der Bewohner zeigte. Dies dient der vertiefenden Reflexion und Überprüfung der im Beobachtungsschema eingetragenen Emotionen. Mehrfachnennungen sind möglich!

Beobachtete positive Emotionen

<input type="checkbox"/> Freude = Lächeln, strahlender Blick, freundlich nach anderen greifen, Streicheln, Lachen, Singen bzw. Summen, Bewohner sagt, er freue sich	<input type="checkbox"/> Wohlbefinden = weniger stark als Freude; offene Körperhaltung, freundliche, ruhige Gesten, Singen bzw. Summen, Bewohner sagt, er fühle sich wohl	<input type="checkbox"/> Entspannung = reduzierter Muskeltonus, entspannte Gesichtszüge nach vorheriger Anspannung, Einschlafen
---	---	---

Keine erkennbare Stimmungslage

Keine sicher identifizierbare Stimmungslage
 Erläuterung:

Beobachtete negative Emotionen

<input type="checkbox"/> Missemfinden = weniger stark als Ärger oder Schmerz; einzelne Kennzeichen weisen auf Unwohlsein oder Unruhe hin, aber keine Bestimmung ausgeprägter Einzelemotionen möglich	<input type="checkbox"/> Unsicherheit = Zeichen von Schamgefühl, fragender Blick, wiederholtes Fragen, Blick- und Körperkontakt suchende Haltung	<input type="checkbox"/> Angst = angespannte Gesichtszüge, aufgerissene Augen, motorische Unruhe, defensive o. Kontakt suchende Körperhaltung, Zittern, schnelles Atmen, wiederholtes Rufen, Bewohner sagt, er habe Angst
<input type="checkbox"/> Traurigkeit = ausdrucksarmes Gesicht, Kopf/Blick gesenkt, hängende Mundwinkel, verlangsamte/ kraftlose Bewegungen, verschlossene Haltung, Stöhnen, Seufzen, Weinen, Bewohner sagt, er sei traurig	<input type="checkbox"/> Ärger = zusammengeogene Augenbrauen o. Lippen, zusammengebissene Zähne, abwehrende oder drohende Gebärden, Schreien/Schimpfen	<input type="checkbox"/> Schmerz = Angespannte, angestrenzte oder verzerrte Gesichtszüge, Schonhaltung, Zeigen der Schmerzen, verbales Äußern von Schmerzen

5. Kommunikationsmuster und Verhaltensweisen der Pflegeperson

Bitte kreuzen Sie an, welche **positiven und/oder negativen Kommunikationsmuster** auf der Beziehungs- und Handlungsebene Sie bei der der Pflegeperson beobachtet haben. Mehrfachnennungen sind möglich!

Positive Kommunikationsmuster auf der Beziehungsebene	
<input type="checkbox"/> auf den Bewohner gerichteter Blick <input type="checkbox"/> bestätigendes Kopfnicken <input type="checkbox"/> zugewandte Körperhaltung <input type="checkbox"/> persönliches Sprechen <input type="checkbox"/> Humor <input type="checkbox"/> Lächeln <input type="checkbox"/> nonverbale gefühlsbetonte Verhaltensweisen <input type="checkbox"/> Bewohnerzentrierung <input type="checkbox"/> Biografieorientierung	<input type="checkbox"/> angemessene Wahl der Anrede <input type="checkbox"/> Ansprache von Personen, die nicht verbal kommunizieren können <input type="checkbox"/> Berührungen Ergänzungen:
Negative Kommunikationsmuster auf der Beziehungsebene	
<input type="checkbox"/> Ignorieren von Kommunikationsversuchen <input type="checkbox"/> Baby Talk <input type="checkbox"/> stark vereinfachtes Sprechen <input type="checkbox"/> extrem lautes und/oder langsames Sprechen <input type="checkbox"/> übertriebene Stimmlage/Betonung <input type="checkbox"/> Telegrammstil <input type="checkbox"/> Hände in die Hüfte stemmen	<input type="checkbox"/> Arme verschränken <input type="checkbox"/> Augenrollen <input type="checkbox"/> unangemessene Wahl der Anrede Ergänzungen:
Positive Kommunikationsmuster auf der Handlungsebene	
<input type="checkbox"/> Einbezug sozioemotionaler Kommunikation bei der Pflege <input type="checkbox"/> Ankündigungen <input type="checkbox"/> Motivierungen <input type="checkbox"/> Bewohnerangepasstes Tempo <input type="checkbox"/> Wahrung der Selbstbestimmung	Ergänzungen:
Negative Kommunikationsmuster auf der Handlungsebene	
<input type="checkbox"/> Gespräche beziehen sich ausschließlich auf Pflegehandlungen <input type="checkbox"/> Kurze, knappe Aufforderungen <input type="checkbox"/> abhängigkeitsfördernde Anweisungen <input type="checkbox"/> fehlende Ankündigungen <input type="checkbox"/> fehlende Motivierungen	Ergänzungen:

6. Beispiele aus der Beobachtungssituation

Stellen Sie hier eine prägnante Beispielsituation während der beobachteten Pflege, die Ihnen in besonderem Maße aufgefallen ist, präzise dar, z. B. eine Situation, in der sich die Stimmung des Bewohners geändert bzw. in der die Reaktion der Pflegekraft eine solche Stimmungsänderung beeinflusst hat. Dieses Beispiel kann für das Reflexionsgespräch und für die Fallbesprechung genutzt werden.

<p>Ausgangssituation:</p>	
<p>Verhalten des Bewohners:</p>	
<p>Reaktion der Pflegeperson:</p>	
<p>Verhalten des Bewohners auf Reaktion der Pflegeperson:</p>	

Das Reflexionsgespräch mit der Pflegeperson

Das Gespräch ermöglicht eine **gemeinsame Reflexion** der von Ihnen beobachteten **positiven und negativen Kommunikationsmuster der Pflegeperson und Emotionen der Bewohner** und die **Festlegung** daraus resultierender Handlungsnotwendigkeiten.

Für das Reflexionsgespräch ist es notwendig, dass Sie die Pflegesituation, die Sie beobachtet haben, selbst noch einmal reflektieren; schauen Sie sich dazu die von Ihnen dokumentierten Erkenntnisse noch einmal an. Verschaffen Sie sich anhand Ihrer Beobachtungsergebnisse einen persönlichen Eindruck von der **Interaktion zwischen der Pflegeperson und dem Bewohner** (war die Interaktion aus Ihrer Sicht gelungen oder nicht? Inwiefern haben das Verhalten bzw. die Kommunikationsmuster der Pflegeperson die Interaktion positiv oder negativ beeinflusst?).

Nutzen Sie die vorformulierte Leitfragen. Diese können gegebenenfalls umformuliert werden, sollten aber alle hier aufgeführten Inhalte abdecken.

Dokumentieren Sie so präzise wie möglich die Aussagen Ihres Kollegen sowie Ihr Feedback!

„Lassen Sie uns gemeinsam noch einmal an die Pflegesituation bei Herr/Frau X und v. a. an Ihre Kommunikationsmuster und Verhaltensweisen zurückdenken, die ich beobachtet habe. Mich interessiert zunächst, wie Sie diese Situation empfunden haben:

<p><i>Können Sie beschreiben, was Sie bei der Pflege von Herr/Frau X gedacht, gefühlt und beobachtet haben? Gab es etwas, was Sie besonders erstaunt hat?</i></p>	
<p><i>Welche Stärken würden Sie in Bezug auf Ihr Pflegeverhalten bzw. den Umgang mit Herr/Frau X nennen? Was haben Sie aus Ihrer Sicht besonders gut gemacht?</i></p>	
<p><i>Haben Sie in Bezug auf Ihr Pflegeverhalten bzw. den Umgang mit Herr/Frau X Schwächen identifizieren können? Gab es Verhaltensweisen, die Sie selbst eher negativ beurteilen würden?</i></p>	
<p><i>Können Sie beschreiben, was Sie im Nachhinein bei der Pfl egetätigkeit hätten anders machen sollen bzw. was Sie beim nächsten Mal besser machen möchten?</i></p>	

HEIDELBERGER INSTRUMENT ZUR ERFASSUNG DER LEBENSQUALITÄT VON MENSCHEN MIT DEMENZ - FÜR DIE QUALITÄTSSICHERUNG IN PFLEGEEINRICHTUNGEN

Nun möchte ich Ihnen meine Sichtweise auf die Pflegesituation bei Herr/Frau X schildern und Ihnen ein Feedback geben:

Was mich besonders erstaunt hat war...	
Mit Blick auf Ihr Pflegeverhalten hat mir besonders gut gefallen...	
Negativ aufgefallen ist mir in Bezug auf Ihr Pflegeverhalten bei Herr/Frau X...	
Insgesamt würde ich die Interaktion zwischen Ihnen und Herr/Frau X daher als...	<input type="checkbox"/> Eher gelungen <input type="checkbox"/> Eher nicht gelungen einschätzen.
Von dem, was Sie im Feedback gehört haben, was war neu für Sie, was hat Sie überrascht?	
Bewerten Sie Ihr Verhalten bzw. die Interaktion mit Herrn/Frau X anders als ich? Sind Sie einverstanden mit meinem Feedback? Möchten Sie noch etwas ergänzen?	

Lassen Sie uns nun gemeinsam ein Fazit ziehen und überlegen, ob es Möglichkeiten gibt, die Pflege bei Herr/Frau X noch besser gestalten zu können:

<i>Was nehmen Sie aus unserem Gespräch für die Zukunft mit? Haben Sie nach unserem Gespräch nun bestimmte Ziele, die Sie erreichen möchten?</i>	
<i>Gibt es Themen in Bezug auf Kommunikationsstrategien bei Demenz, über die Sie mehr wissen wollen, damit Sie sich in diesem Bereich noch weiterentwickeln können?</i>	
<i>Was könnten wir tun, damit Sie Ihre Ziele mit Blick auf Ihr Pflegeverhalten erreichen?“</i>	

C) Ergänzende Informationen

Bewohnerzimmer

Das Bewohnerzimmer stellt die unmittelbarste und persönlichste Umwelt des Bewohners dar und sollte sich daher in besonderem Maße durch eine Gestaltung auszeichnen, die das Gefühl von „Zuhause sein“, Geborgenheit und Vertrautheit vermittelt. Ergebnisse der Beurteilung des Bewohnerzimmers können ergänzend zu den Ergebnissen aus der Bewohnerbefragung und Beobachtung für die Fallbesprechung herangezogen werden.

Bei der Beurteilung des Bewohnerzimmers ist darauf zu achten, dass diese **aus der Perspektive des Bewohners** betrachtet wird. Es sollen hier nicht die eigenen Vorstellungen und Vorlieben, sondern diejenigen der Bewohner in den Mittelpunkt gestellt werden.

Ein „ja“ sollte immer nur dann angekreuzt werden, wenn das jeweilige Merkmal in angemessenem bzw. ausreichendem Maß gegeben ist.

Sind die folgenden Merkmale im Zimmer des Bewohners gegeben?	Ja	Nein
Bewohnt der Bewohner ein Einzelzimmer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Beleuchtung im BZ wirkt hell und freundlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das BZ ist durch Mobiliar, Dekoration oder Bilder häuslich, gemütlich, vertraut oder persönlich gestaltet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewegungsfreiheit (Platz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientierungshilfen (z. B. Uhr, Kalender, Beschriftung des Zimmers)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt spezielle Gestaltungsmerkmale, die dem Bewohner Anregungsmöglichkeiten bieten (z. B. Gegenstände zum Tasten/Fühlen oder Bilder, große Fenster).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist dem Bewohner möglich seine Privatsphäre im BZ zu wahren (z. B. durch Vorhänge, Nischen und Ecken, ist die Türe abschließbar).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es unangenehme Gerüche, z. B. von körperlichen Ausscheidungen, Reinigungsmitteln im BZ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige Anmerkungen zur Beurteilung des Bewohnerzimmers:	
--	--

Atmosphäre der Pflegeeinrichtung

Für die Fallbesprechung kann ergänzend zu den Ergebnissen aus der Bewohnerbefragung und Beobachtung auch Ihre Einschätzung zur Atmosphäre der Pflegeeinrichtung herangezogen werden. Auf deren Grundlage können bestimmte Maßnahmen zur Verbesserung der Einrichtungsatmosphäre diskutiert werden.

Bitte schätzen Sie die Atmosphäre, die insgesamt in der Einrichtung herrscht, anhand der Fragen ein. Für jeden Teilaspekt steht Ihnen eine vierstufige Skala (positiv – überwiegend positiv – überwiegend negativ – negativ) zur Verfügung.

Wie beurteilen Sie...	positiv	überwiegend positiv	überwiegend negativ	negativ
den Geruch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
den Empfangsbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
den Geräuschpegel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Ausstattung der Räumlichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Sauberkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
das Personal (Erscheinungsbild)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
das Erscheinungsbild der Bewohner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Ess-/Tischkultur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
das Anreichen des Essens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Interaktion Pflegeperson/Bewohner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige Anmerkungen zur Beurteilung der Atmosphäre in Ihrer Pflegeeinrichtung:	
--	--

D) Die Fallbesprechung mit dem Pflegeteam

In der Fallbesprechung sollen die Ergebnisse aus dem gesamten H.I.L.DE.-QS Instrument (Bewohnerbefragung, Beobachtung, ergänzende Daten) identifizierte Probleme des Bewohners diskutiert werden, um **geeignete Interventionsmaßnahmen zu planen und durchzuführen**, welche zur Steigerung der Lebensqualität des Bewohners beitragen kann.

Ergebnisprotokoll der Fallbesprechung

Datum der Fallbesprechung:

Datum der Beobachtung:

Anwesende:

Protokollant:

Positive / Negative Aspekte der konkreten Pflegesituation und der Bewohnersituation

Interventionsmaßnahmen	Wer führt sie durch? Wer muss informiert werden?	Was soll erreicht werden?

HEIDELBERGER INSTRUMENT ZUR ERFASSUNG DER LEBENSQUALITÄT VON MENSCHEN MIT
DEMENTZ - FÜR DIE QUALITÄTSSICHERUNG IN PFLEGEEINRICHTUNGEN



UNIVERSITÄT
HEIDELBERG
ZUKUNFT
SEIT 1386



INSTITUT FÜR
GERONTOLOGIE



**Haben Sie Fragen oder benötigen Sie eine Beratung mit Blick auf die
Durchführung von H.I.L.DE.-QS?**

Wir sehen Ihnen zur Verfügung:

Frau Dr. Stefanie Wiloth

Institut für Gerontologie Universität Heidelberg

Tel: 06221 / 54-8189

E-Mail: stefanie.wiloth@gero.uni-heidelberg.de

Oder

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS)

Theodor-Althoff-Straße 47

45133 Essen

Telefon: 0201 8327-168

E-Mail: pflge@mds-ev.de

**Das Projekt zur Entwicklung, Validierung und Implementierung von H.I.L.DE.-
QS wurde gefördert vom**



Spitzenverband

Anhang 3: Agenda der H.I.L.DE.-QS Schulung

SCHULUNGSTAG 1	
Uhrzeit/Dauer	Thematischer Schwerpunkt
Einleitende Worte und thematischer Auftakt	
10.00-11.00	Begrüßung und Vorstellung
	H.I.L.DE.-QS: Um was geht es eigentlich?
	Hintergrund: Kommunikation und Lebensqualität
H.I.L.DE.-QS auf einen Blick	
11.00-12.00	Befragungsteil I: Inhalte und Tipps zur Durchführung
12.00-13.00	PAUSE
13.00-14.30	Beobachtungsteil: Ethische Implikationen, Inhalte, Durchführung
	Das Reflexionsgespräch: Relevanz und Tipps zur Durchführung
14.30-15.00	PAUSE
15.00-15.30	Befragungsteil II: Inhalte und Tipps zur Durchführung
Die H.I.L.DE.-QS Fallbesprechung	
15.30-16.00	Ziele und Tipps zur Durchführung
Abschluss	
16.00-17.00	Zusammenfassung, Diskussion, Fragen und Anregungen
	Ausblick auf Schulungstag 2

SCHULUNGSTAG 2	
Uhrzeit/Dauer	Thematischer Schwerpunkt
Erprobung von H.I.L.DE.-QS in den Einrichtungen	
10.00-10.30	Begrüßung, ausstehende Fragen und Anregungen
	Ziel der heutigen Schulung
	Die Projektschritte auf einen Blick (Flow-Chart)
Ergänzende Erhebung bei allen Pflegemitarbeitern	
10.30-10.45	Beanspruchungsscreening bei Humandienstleistungen (BHD)
	Internality, Powerful Persons, and Chances Scale (IPC)
Studienbegleitende Testverfahren bei teilnehmenden Bewohnern	
10.45-11.00	Global Deterioration Scale (GDS)
	Quality of Life in Dementia (QUALIDEM)
11.00-12.00	PAUSE
Die Anwendung des H.I.L.DE.-QS Instruments	
12.00-13.30	ÜBUNG: Das Erkennen von Emotionen
	ÜBUNG: Der Befragungsteil
13.30-14.00	PAUSE
14.00-16.00	ÜBUNG: Die teilnehmende Beobachtung
	Feedback und offene Diskussionsrunde
Abschluss	
16.00-17.00	Checkliste: To-Do's in Ihrer Einrichtung
	Fragen
	Evaluation der Schulung

Anhang 4: Evaluation der H.I.L.DE.-QS Schulung

Liebe Schulungsteilnehmerinnen und -teilnehmer,

dieser Fragebogen soll Ihnen Gelegenheit geben, uns Ihre Einschätzung zur Qualität der Schulung zum bzw. zur H.I.L.DE.-QS-Beauftragten mitzuteilen. Die Befragung ist selbstverständlich anonym. Sie dient der kontinuierlichen Verbesserung des Schulungskonzepts, sowohl im Hinblick auf die Vermittlung von Inhalten als auch auf die Gestaltung der Rahmenbedingungen.

Bitte teilen Sie uns zunächst mit, wer über Ihre Teilnahme an der Schulung entschieden hat:

- ich selbst Heimleitung/Stellv. PDL/Stellv. andere Person

Die Stimmigkeit der folgenden Aussagen beurteilen Sie bitte mit:

1 = Dieser Aussage stimme ich **voll und ganz** zu,

2 = ...stimme ich **überwiegend** zu,

3 = ... stimme ich **eher nicht** zu,

4 = ...stimme ich **überhaupt nicht** zu.

Beurteilung der Referentinnen und der Schulungsinhalte	1	2	3	4
1. Die Inhalte der Schulung wurden verständlich und anschaulich vermittelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Auf die Fragen und Erfahrungen der Teilnehmenden wurde ausreichend eingegangen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich konnte den Erläuterungen der Referentinnen jederzeit gut folgen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Die Schulungsinhalte hatten einen erkennbaren roten Faden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Die Stoffmenge war für die Zeit angemessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Die Gewichtung von Inhalten (Theorie) und Übungen (Praxis) war sinnvoll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beurteilung der Praxistauglichkeit	1	2	3	4
7. Die Schulung hat einen großen Nutzen für den Pflegealltag.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich fühle mich gut auf die Erprobungsphase in der Einrichtung vorbereitet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ich fühle mich in der Lage, das H.I.L.DE.-QS-Instrument sicher anzuwenden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. Ich bin gut darauf vorbereitet, den Bewohner/die Bewohnerin zu befragen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Ich bin gut darauf vorbereitet, eine Pflegesituation zu beobachten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Für die Durchführung des Reflexionsgesprächs mit dem Kollegen bzw. der Kollegin bin ich gut vorbereitet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Durch die Schulung habe ich Sicherheit darin gewonnen, die Emotionen von Menschen mit Demenz zu erkennen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ich fühle mich im Hinblick auf eine „demenzsensible Kommunikation“ gestärkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Für den Austausch mit Kolleginnen und Kollegen habe ich Einiges dazugelernt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ich habe ausreichende Kenntnisse für die Moderation und Durchführung einer Fallbesprechung erworben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beurteilung der sonstigen Rahmenbedingungen	1	2	3	4
14. Die räumliche Ausstattung war angemessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Schulungsmaterialien standen in ausreichendem Umfang zur Verfügung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Alles in allem ...

16. Besonders gut gefallen hat mir ...

17. Anders gewünscht hätte ich mir ...

18. Folgende Schulungsinhalte empfand ich als überflüssig ...

19. Folgende Schulungsinhalte kamen zu kurz ...

20. Ich würde die Schulung weiterempfehlen

ja nein teils/teils

Herzlichen Dank für Ihre Rückmeldung!

Anhang 5: Wegweiser für die Erprobung in den Pflegeeinrichtungen

Inhalte Ihres Wegweisers¹

Theoretischer Hintergrund: Kommunikation bei Demenz	3
Ziele der Anwendung des H.I.L.DE.-QS Instruments	4
Schritt für Schritt durch das Projekt	5
Rekrutierung der Studienteilnehmer	7
Überblick zur ergänzenden Fragebogenerhebung bei allen Pflegenmitarbeitern der Einrichtung	8
Allgemeine Hinweise zur Durchführung des H.I.L.DE.-QS Instruments	9
Hinweise zur passiv-teilnehmenden Beobachtung und ethische Implikationen	10
Tipps zur Durchführung des Reflexionsgesprächs	11
Überblick zur studienbegleitenden Testdurchführung bei teilnehmenden Bewohnern	12
Tipps zur Durchführung der Fallbesprechung	13
CHECKLISTE FÜR DIE H.I.L.DE.-QS BEAUFTRAGTEN	14
Kontakte und Ansprechpartnern	16

¹ In diesem Wegweiser werden für einen besseren Lesefluss ausschließlich Ausdrucksformen des männlichen Geschlechts (Studienteilnehmer, Bewohner, Mitarbeiter, Kollegen etc.) verwendet. An dieser Stelle sei aber ausdrücklich darauf hingewiesen, dass diese Ausdrucksformen auch das weibliche Geschlecht beinhalten!



EIN WEGWEISER FÜR DIE TEILNAHME AN DEM PROJEKT

„Erfassung von Lebensqualität bei Menschen mit Demenz im Rahmen der pflegeheiminternen Qualitätssicherung“

Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen hat zusammen mit dem Institut für Gerontologie an der Universität Heidelberg ein Instrument zur Erfassung der Lebensqualität von Menschen mit Demenz in stationären Pflegeeinrichtungen entwickelt, das nun mit Ihrer Hilfe in Ihrer Pflegeeinrichtung in Hinblick auf seine Praxistauglichkeit überprüft werden soll. Wir bedanken uns ganz herzlich, dass Sie sich zur Teilnahme an unserem Projekt bereit erklären und freuen uns auf die Zusammenarbeit und eine ertragreiche, interessante Zeit!

Dieser Wegweiser soll Ihnen einen Überblick über das gesamte Projekt geben und Sie bei Ihrer selbstständigen Durchführung wichtiger Projektschritte begleiten. Zudem dient dieser Wegweiser auch als Zusammenfassung wesentlicher Themen, welche Sie in der Schulung erarbeitet haben.

Dieser Wegweiser sowie alle anderen Unterlagen, die Sie im Rahmen des Forschungsprojekts erhalten haben, sind als vorläufig zu werten und ausschließlich zur Erprobung des Untersuchungsinstruments H.I.L.DE.-QS bestimmt. Der Wegweiser und alle anderen Unterlagen dürfen daher keinesfalls an andere, nicht am Projekt beteiligte Personen ausgehändigt werden!

Theoretischer Hintergrund: Kommunikation bei Demenz

Wir Menschen bemühen uns immer um Kontakt zu anderen Menschen: wir möchten mit Anderen Gefühle teilen, etwas Neues in Erfahrung bringen, wir möchten aber auch Bestätigung oder Unterstützung, manchmal haben wir Fragen und wollen Antworten oder wir möchten Erfahrungen und Ereignisse aus unserem Leben teilen. Sozialer Kontakt und Teilhabe ist auch ein zentrales Bedürfnis von Menschen im hohen und sehr hohen Lebensalter. Kommunikation ist die Brücke zu unseren Mitmenschen jeden Alters und dient daher auch dem Erhalt unseres subjektiven Wohlbefindens und unserer Lebensqualität.

Treten wir mit anderen Menschen in Kontakt, sind wir permanent damit beschäftigt, sowohl verbale (Sprache), als auch nonverbale Signale (Gestik und Mimik) aufzunehmen und zu entschlüsseln. Wir senden aber auch verbale und nonverbale Signale aus, die von anderen Menschen wahrgenommen und interpretiert werden – das ist Kommunikation. Leider ist Kommunikation recht störungsanfällig und lässt viel Interpretationsspielraum, vor allem je komplexer der Sachverhalt ist, um den es geht. Wichtig ist, immer eindeutige und möglichst genaue Signale zu senden, um Missverständnisse zu vermeiden. Dabei ist nicht entscheidend, was Sie einem Gegenüber, etwa einem Bewohner, sagen, sondern was er verstanden hat.

Deutliche Signale zu senden ist gerade bei Menschen mit Demenz von großer Bedeutung, denn aufgrund demenzspezifischer Defizite insbesondere in Aufmerksamkeits- und Gedächtnisleistungen fällt es dem Betroffenen schwer, Nachrichten zu senden und zu verstehen. Menschen mit Demenz stellen häufig wiederholt dieselben Fragen oder erzählen ständig von den gleichen Dingen. Manchmal schweifen sie von einem Gesprächsthema ab. Komplexe Aufforderungen werden häufig nicht verstanden. Diese Reduktion der Kommunikationsfähigkeit bei Menschen mit Demenz bezieht sich allerdings nur auf den Sachinhalt bzw. den Inhaltsaspekt des gesprochenen Wortes. Besondere kommunikative Stärken bei Menschen mit Demenz sind hingegen das emotionale Verstehen, d.h. das Lesen zwischen den Zeilen bzw. das korrekte Entschlüsseln von nonverbalen Signalen des Gegenübers sowie die Fähigkeit, sich mithilfe einer Vielfalt emotionaler Ausdrucksmöglichkeiten mitzuteilen. Menschen mit Demenz behalten demnach die Fähigkeit des Sendens und Empfangens vor allem nonverbaler Informationen auf der Beziehungsebene. Somit ist das, was Sie dem Betroffenen sagen, nicht mehr so entscheidend wie das, **WIE** Sie es sagen. Es ist wichtig, **WIE** Sie eine Nachricht verpacken und transportieren, damit der Betroffene sie empfangen und verstehen kann. Zudem sollten Sie immer darauf achten, welche emotionalen Botschaften der Betroffene selbst sendet.

Ziele der Anwendung des H.I.L.DE.-QS Instruments

Sie haben bereits den ersten Projektschritt erfolgreich bewältigt, nämlich die Schulung zur Anwendung des Untersuchungsinstruments H.I.L.DE.-QS. Sie als H.I.L.DE.-QS Beauftragter bzw. Beauftragte sind nun in der Lage, das Untersuchungsinstrument in Ihrer Einrichtung anzuwenden. Die mithilfe des Instruments erfassten Kommunikationsmuster bzw. Veränderungen im emotionalen Ausdruck der Bewohner sowie auch Ihre eigenen Verhaltensweisen sind wichtige Grundlagen für die Stärkung der Reflexionsfähigkeit aller Pflegepersonen und für einen offenen Austausch untereinander. Ziel der Anwendung des H.I.L.DE.-QS Instruments ist es daher, vor allem den kollegialen Austausch zu fördern und diesen so zu strukturieren, dass Sie und Ihre Kollegen lernen, sich gegenseitig ein kritisches Feedback zu geben, dieses fundiert zu begründen und daraus ggf. Handlungsstrategien für Ihren Pflegealltag im abzuleiten. Darüber hinaus kann die innerhalb der stationären Pflegeeinrichtung flächendeckende und regelmäßige Anwendung von H.I.L.DE.-QS einen positiven Einfluss auf das Pflegeleitbild Ihrer Einrichtung und die damit verbundenen Zielsetzungen nehmen. So kann eine Optimierung und Weiterentwicklung der Versorgung von Menschen mit Demenz erzielt werden.

Die Anwendung des Untersuchungsinstruments soll das subjektive Wohlbefinden und die Lebensqualität der Bewohner mit demenzieller Erkrankung steigern, indem durch den Erwerb von angemessenen Kommunikationsstrategien und von Wissen zu Facetten emotionaler Ausdrucksmöglichkeiten die Bedürfnisse und Wünsche der Bewohner besser wahrgenommen und entschlüsselt werden können. Erst dann ist es möglich, entsprechende Interventionen zu planen und umzusetzen.

Durch die Anwendung des Instruments erwerben Sie eine erhöhte Sensibilität für Ihre eigene Kommunikationskompetenz bei Pflegehandlungen sowie für die (häufig nonverbalen) Kommunikationsmuster der Bewohner mit demenzieller Erkrankung. Dies kann sich langfristig auch positiv auf Ihr Selbstwertgefühl bzw. Selbstwirksamkeit und Ihr Belastungserleben auswirken.

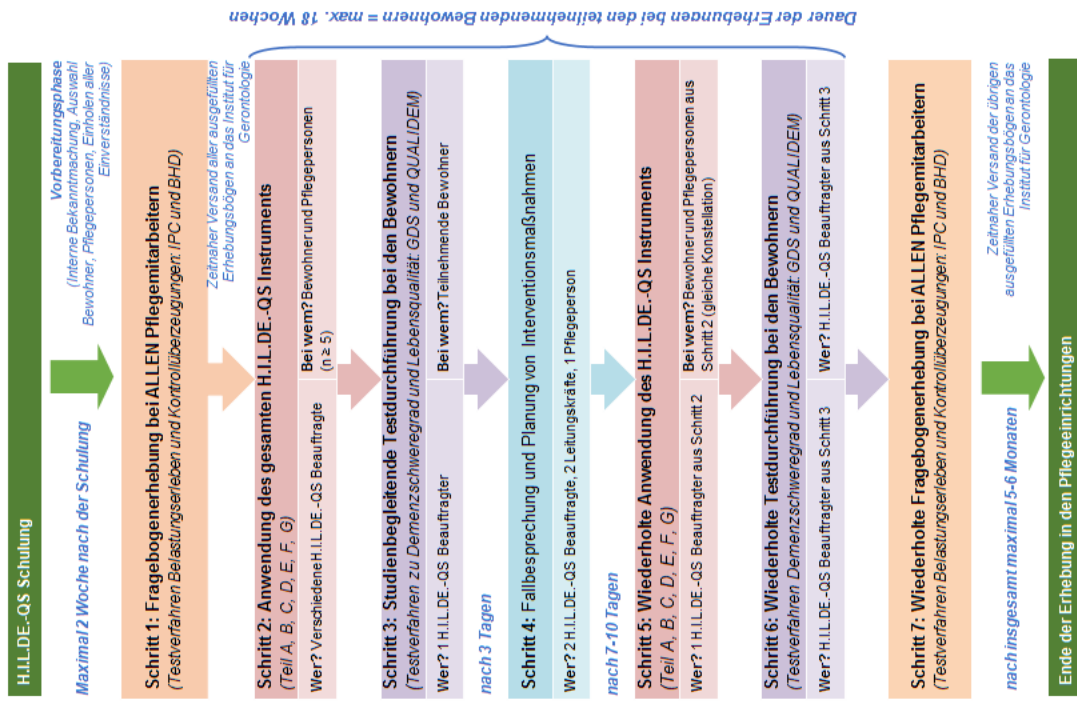
Schritt für Schritt durch das Projekt

Da Sie an der Schulung zur Anwendung des H.I.L.DE.QS Instruments teilgenommen haben, haben Sie nun die Aufgabe, das Instrument in Ihrer Einrichtung einzusetzen und zu erproben.

Im Rahmen der Erprobung des Instruments zur Erfassung von Lebensqualität bei Menschen mit Demenz sind im Vorfeld sowie im Anschluss an die Beobachtung **ergänzende Erhebungen und eine Fallbesprechung** vorgesehen. In Abbildung 1 auf der nächsten Seite sind die zentralen Projektschritte, die Sie in Ihrer Einrichtung durchführen sollten, zu Ihrer Übersicht veranschaulicht. Die Terminierung der einzelnen Befragungen und Beobachtungen ist Ihnen überlassen. Da die Projektdurchführung aber einer genauen zeitlichen Struktur unterliegt, bitten wir Sie, **die jeweiligen zeitlichen Orientierungspunkte für die einzelnen Projektschritte zu beachten**. Für die gesamte **Projektphase in Ihrer Einrichtung ist eine Dauer von maximal 6 Monaten** geplant.

Alle H.I.L.DE.-QS Beauftragten erhalten jeweils einen H.I.L.DE.-QS Schulungsordner. Zudem erhält Ihre Einrichtung einen H.I.L.DE.-QS Ordner mit allen nötigen Projektunterlagen (Testverfahren, Fragebögen, Aufklärungsschreiben und Einverständniserklärungen). Der Ordner mit den Projektunterlagen ist - wenn möglich - in den Arbeitsräumen der Einrichtung zu bewahren. **Bitte heften Sie nach jeder durchgeführten Bewohnerbefragung und Beobachtung die ausgefüllten Erhebungsbögen sowie die unterschriebenen Einverständniserklärungen in dem Ordner ab**. Wir planen, Sie während der gesamten Projektlaufzeit regelmäßig, etwa in einem Abstand von ca. 2 Monaten zu besuchen. Zudem ist geplant, dass wir ergänzend an den Fallbesprechungen teilnehmen. Bei unseren Besuchen in Ihrer Einrichtung werden wir dann die ausgefüllten Erhebungsunterlagen mitnehmen. **Bitte bewahren Sie die Erhebungsunterlagen daher gut in dem H.I.L.DE.-QS Ordner auf.**

Abbildung 1: Ein Überblick über die Projektschritte



Rekrutierung der Studienteilnehmer

In der Vorbereitungsphase des Projekts ist es Ihre Aufgabe, sowohl Bewohner, als auch Mitarbeiter der Pflege aus Ihrer Einrichtung für das H.I.L.DE.-QS Projekt zu gewinnen. Sie kennen die betreffenden Personen sehr genau und wissen nur zu gut, wer von ihnen geeignet ist, an unserem Projekt mitzuwirken. **Bei dem Bewohner sollte ein Verdacht auf eine Demenz oder eine gesicherte Demenzdiagnose vorliegen.** Weitere Teilnahme Kriterien gibt es nicht – es kommt also nicht auf das Alter, auf das Geschlecht, auf bestimmte körperliche, psychische und/oder andere neurologische Erkrankungen und auch nicht auf den Schweregrad der Demenz an. Geme können und sollen Sie also sowohl Bewohner mit einer beginnenden oder mittelschweren, als auch mit einer fortgeschrittenen Demenz auswählen.

Bestimmte körperliche, psychische und/oder neurologische Erkrankungen sowie der Schweregrad der Demenz sind für die Auswahl des Bewohners nicht ausschlaggebend! Bitte wählen Sie in Ihrer Einrichtung mindestens 5 Bewohner aus.

Auch für die Auswahl der Pflegeperson existieren keine Ausschlusskriterien für eine Teilnahme an unserem Projekt.

Jeder potenzielle Studienteilnehmer, d. h. die Pflegeperson, die Bewohnern bzw. falls vorhanden die bevollmächtigte Person (gesetzlicher Vertreter oder Angehörige) sind über den Inhalt und das Ziel des Projekts mündlich und schriftlich aufzuklären! Bei allen genannten Teilnehmern wie auch bei der Heimleitung ist das schriftliche Einverständnis zur Teilnahme an der Studie einzuholen! Bitte bewahren Sie die unterschriebenen Einverständniserklärungen gut auf und senden Sie uns diese am Ende der Erhebungsphase mit den anderen Unterlagen zu.

(Blanko-Exemplare für die Aufklärungsschreiben und Einverständniserklärungen finden Sie in dem Ordner mit den Projektunterlagen).

Überblick zur ergänzenden Fragebogenerhebung bei allen Pflegemitarbeitern der Einrichtung

Schritt 1: Wir bitten Sie und Ihre Kollegen in einem ersten Projektschritt die im Folgenden aufgeführten Fragebögen auszufüllen. Führen Sie die Fragebogenerhebung bitte **spätestens 2 Wochen nach der Schulung durch und senden Sie uns alle ausgefüllten Bögen innerhalb der darauffolgenden Woche per Post zu. Damit der Rücklauf der Bögen nachvollzogen werden kann, kündigen Sie den Versand bitte kurz per E-Mail an.** In dem Ordner mit den Projektunterlagen sind 2 frankierte DIN A4 Briefumschläge dafür hinterlegt.

Die Fragebogenerhebung wird zum Ende Ihrer Studienteilnahme in Schritt 7 noch einmal wiederholt (vgl. Abbildung 1), um potenzielle Veränderungen mit Blick auf die Arbeitsbelastung und die Kontrollüberzeugung abbilden zu können.

Das Bearbeiten der drei Fragebögen **dauert ca. 30 Minuten.** Es ist ein Blanko-Exemplar der Fragebögen und jeweils eine Kurzanweisung zur Fragebogendurchführung in Ihrem Ordner für Sie hinterlegt. Bei Fragen zur Durchführung der Erhebungsbögen stehen wir Ihnen selbstverständlich zur Verfügung (siehe Kontakt am Ende des Wegweisers).

Tabelle 1: Testverfahren zum Belastungserleben und Kontrollüberzeugungen

Testverfahren	Zielvariable
BHD Beanspruchungsscreening bei Humandienstleistungen	Arbeitsbeanspruchung durch organisations-, tätigkeits- und klientenbedingte psychische Faktoren
IPC Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen	Kontrollüberzeugungen / Selbstwirksamkeit

Allgemeine Hinweise zur Durchführung des H.I.L.DE.-QS

Instruments

Schritt 2: Es folgt nun im nächsten Schritt die zeitnahe Anwendung des eigentlichen H.I.L.DE.-QS Instruments. Bitte dokumentieren Sie zunächst die **Angaben zum Bewohner (Teil A)**, **Angaben zur Pflegeperson (Teil B)** und führen Sie anschließend **die Befragung (Teil C)** durch, soweit das erforderliche Einverständnis des Bewohners bzw. der Bewohnerin vorliegt. **Die Beobachtung (Teil D)**, **das anschließende Reflexionsgespräch (Teil E)**, **die Schmerzerfassung (Teil F)** und **die Angaben zur Einrichtung (Teil G)** können dann entweder am Folgetag oder direkt im Anschluss erfolgen.

In Schritt 2 sollen pro beobachtete Pflegesituation (vornehmlich Morgenpflege) jeweils zwei Beobachter, d. h. beispielsweise Sie und ein weiterer Schulungskollege anwesend sein. Bitte kommunizieren Sie daher mit den anderen H.I.L.DE.-QS Beauftragten aus Ihrer Einrichtung über mögliche Beobachtungskonstellationen bei den verschiedenen Bewohnern, welche Sie für den Erhebungsteil ausgewählt haben; klären Sie also zunächst die Frage, wer mit wem gemeinsam eine Pflegesituation beobachten möchte.

Die Beobachtung (Schritt 2) erfolgt durch zwei H.I.L.DE.-QS Beauftragte gemeinsam, aber unabhängig voneinander. Vergeben Sie bitte den gleichen Code² und heften Sie die Beobachtungsbögen bestenfalls zusammen!

Das **H.I.L.DE.-QS Instrument** wird in **Schritt 5 wiederholt bei den identischen Bewohnern und denselben Pflegepersonen (gleiche Konstellation!) aus der ersten Untersuchung wiederholt durchgeführt** (siehe Abbildung 1), um potentielle Veränderungen des Kommunikationsverhaltens der beobachteten Pflegeperson, Veränderungen im emotionalen Ausdruck der Bewohner sowie des Schmerzerlebens abbilden zu können.

Die wiederholte Beobachtung in Schritt 5 wird von nur einem der Beobachter aus Schritt 2 bei denselben Bewohnern sowie Pflegepersonen aus der ersten Untersuchung (gleiche Konstellation) durchgeführt

² Codevergabe: M10M1070B für Max Mustermann geboren am 10.10.1970; das B steht für „Bewohner“; E12M0945P für Erika Mustermann geboren am 12.09.1945; das P steht für „Pflegfachkraft“

Hinweise zur passiv-teilnehmenden Beobachtung und ethische Implikationen

Die teilnehmende Beobachtung bezeichnet eine Methode der qualitativen Sozialforschung. Durch die teilnehmende Beobachtung werden Erkenntnisse über das Handeln, das Verhalten einzelner Personen oder Personengruppen und/oder dessen Auswirkungen auf ebendiese gewonnen. Kennzeichnend für diese Methode ist – wie der Name schon sagt – die **persönliche Teilnahme des Untersuchers an Interaktionen zwischen Personen**. Für den Untersucher ist es dabei nicht einfach, in die Situation integriert zu sein **ohne** den Ablauf der Interaktion zu stören bzw. zu beeinflussen und **ohne** die Privat-/Intimsphäre der Beteiligten zu verletzen. **Generell gilt das ethische Prinzip der Achtung vor der Person!** Im Folgenden sind einige wichtige Hinweise und ethische Implikationen für die teilnehmende Beobachtung einer Pflegesituation mit dem H.I.L.DE.-QS Instrument formuliert:

- ✓ Die Voraussetzung für die teilnehmende Beobachtung mit H.I.L.DE.-QS muss immer sein, dass **Bewohner und Pflegeperson vorab informiert wurden und einverstanden sind**. Da die Möglichkeiten der Betroffenen eingeschränkt sind, den Nutzen einer solchen Untersuchung abzuwägen, **müssen Angehörige bzw. gesetzliche Betreuer über das Vorhaben der Beobachtung informiert werden**. Bitte informieren Sie daher vor den **Beobachtungen alle beteiligten Personen und holen Sie die Einverständnisse ein** (siehe Einverständniserklärungen in diesem Wegweiser).
- ✓ Dem Beobachter kommt die Aufgabe zu, **sich passiv-teilnehmend zu verhalten**, sich also nicht aktiv an den Pflegehandlungen und der Kommunikation zwischen Bewohner und Pflegeperson zu beteiligen.
- ✓ Der Beobachter hat die Pflicht, sich so zu platzieren, dass er weder die Pflegeabläufe stört noch Einblick auf den Intimbereich des Bewohners hat. **Dem Schutz der Intimsphäre des Bewohners ist ausdrücklich höchste Priorität einzuräumen!**
- ✓ Die **Dokumentation auf dem Beobachtungsbogen**, die er im Zuge der beobachteten Situation erstellt, **ist so zurückhaltend anzufertigen, dass auf Seiten des Bewohners keine Irritationen entstehen**.
- ✓ Bei jeglichen Anzeichen von Unwohlsein des Bewohners aufgrund der Beobachtung ist der Beobachter verpflichtet, sich zurückziehen. **Gegen den Willen des Bewohners darf die Beobachtung nicht weiter durchgeführt werden!**

Tipps zur Durchführung des Reflexionsgesprächs

Im direkten Anschluss an die jeweiligen Beobachtungen einer Pflegesituation (Schritt 2 und Schritt 5) ist ein Gespräch vorgesehen, das eine gemeinsame Reflexion der positiven und negativen Aspekte der Situation ermöglichen soll. **Ein solches Reflexionsgespräch kann helfen, die eigenen Stärken wahrzunehmen und auszubauen und ggf. an Schwächen zu arbeiten.** Vorformulierte Fragen, die im Reflexionsgespräch genutzt werden können sowie genügend Platz zur Dokumentation finden sich im **H.I.L.DE.-QS Untersuchungsbogen (TEIL E)**. Das Reflexionsgespräch beinhaltet dabei eine Selbsteinschätzung der beobachteten Pflegeperson sowie auch eine Rückmeldung des Beobachters, d.h. von Ihnen. Bei einem Reflexionsgespräch ist es wichtig, einige Regeln zu beachten, um ein offenes, ehrliches und dabei konstruktives Gespräch zu führen. Im Folgenden haben wir Ihnen die wichtigsten Regeln zusammengefasst:

WICHTIGE REGELN FÜR DIE FEEDBACKGEBER

- (1) Die eigene Wahrnehmung beschreiben, nicht den anderen bewerten!
Beschreiben Sie, was Sie wahrgenommen haben und wie dies auf Sie gewirkt hat.
- (2) Konkret bleiben, nicht verallgemeinern!
Beziehen Sie sich auf tatsächlich sichtbares Verhalten. Vermeiden Sie insbesondere Verallgemeinerungen, die sich auf die Persönlichkeit des anderen beziehen.
- (3) Den Feedbacknehmer direkt ansprechen und auch positives Feedback geben!
Wollen Sie einem anderen ein von Ihnen beobachtetes Verhalten rückmelden, sprechen Sie die Person direkt an. Vermeiden Sie es, über Dritte zu kommunizieren. Achten Sie darauf, immer auch Positives rück zu melden, nicht nur Negatives. Feedback sollte immer etwas von einem Geschenk haben, das der Feedbacknehmer gut annehmen kann.

WICHTIGE REGELN FÜR DEN FEEDBACKNEHMER

- (1) Nur zuhören, nicht rechtfertigen!
Versuchen Sie nicht direkt sich zu rechtfertigen, zu erklären oder zu widersprechen. Lassen Sie das Gesagte auf sich wirken und fragen Sie bei Unklarheiten gegebenenfalls nach.
- (2) Die Bedeutung von Informationen überprüfen!
Ist Ihnen die erhaltene Rückmeldung unklar, wiederholen Sie das Gesagte in eigenen Worten oder fassen das Wichtigste zusammen, um sicher zu stellen, dass Sie den Feedbackgeber richtig verstanden haben.
- (3) Der anderen Person Ihre Reaktion mitteilen!
Wenn Sie möchten, sagen Sie dem Feedbackgeber ehrlich, wie Sie sich nach dem Feedback fühlen, egal ob Sie erfreut, überrascht oder verletzt sind.

Überblick zur studienbegleitenden Testdurchführung bei teilnehmenden Bewohnern

Schritt 3: Nun sollten Sie mit Ihren Schulungskollegen besprechen, wer von Ihnen die jeweilige Fremdeinschätzung zur Erfassung des Demenzschweregrades und der Lebensqualität bei den ausgewählten Bewohnern durchführt (*die Fremdeinschätzung wird demnach von 1 H.I.L.DE.-QS Beauftragten aus Ihrer Einrichtung durchgeführt*).

Diese Einschätzung soll uns, aber auch Ihnen ein genaueres (klinisches) Bild des Bewohners vermitteln. Das Bearbeiten der zwei Erhebungsbögen dauert maximal 20 Minuten und soll direkt an die H.I.L.DE.-QS Schmerzerfassung (TEIL F) anschließen. Jeweils ein Blanko-Exemplar der Testbögen zur Testdurchführung ist in dem Ordner mit den Projektunterlagen für Sie hinterlegt. **Bitte notieren Sie unbedingt den Bewohner-Code, den Sie auch für den H.I.L.DE.-QS Erhebungsbogen verwendet haben, auf den GDS und QUALIDEM Testbögen und heften Sie diese an das H.I.L.DE.-QS Erhebungsinstrument.**

Die Fremdeinschätzung wird in Schritt 6 noch einmal wiederholt (vgl. Abbildung 1), um potenzielle Veränderungen etwa mit Blick auf Verhaltensauffälligkeiten und Stimmung der Bewohner abbilden zu können. Bei Fragen zur Durchführung der Erhebungsbögen stehen wir Ihnen selbstverständlich zur Verfügung (siehe Kontakt am Ende des Wegweisers).

Bitte bewahren Sie die ausgefüllten Erhebungsbögen in dem H.I.L.DE.-QS Ordner auf. Bei unseren geplanten Besuchen werden wir die ausgefüllten Testbögen abholen.

Tabelle 2: Testverfahren Demenzschweregrad und Lebensqualität

















Testverfahren	Zielvariable
GDS Global Deterioration Scale Reisbergskala	Einschätzung des Schweregrads der Demenz in eine von insgesamt sieben Stadien
QUALIDEM Quality of life in dementia Lebensqualität bei Demenz	Einschätzung der Lebensqualität von Menschen mit Demenz

Tipps zur Durchführung der Fallbesprechung


Schritt 4: Ein wesentlicher Schwerpunkt des Projekts ist neben der Implementierung des H.I.L.DE.-QS Instruments in den Einrichtungen, auch die Planung und Entwicklung von geeigneten Interventionsmaßnahmen zur Steigerung der Lebensqualität von Menschen mit Demenz in der stationären Pflege. Aus diesem Grund soll spätestens **drei Tage nach Anwendung des H.I.L.DE.-QS Instruments** eine **Fallbesprechung** durchgeführt werden. Diese hat das Ziel, die mithilfe von H.I.L.DE.-QS erfasste Pflegesituation vertiefend zu beschreiben und zu analysieren. Sie und Ihre Kollegen als H.I.L.DE.-QS Beauftragte sollen gemeinsam mit zwei Leitungskräften (EL, PDL, WBL oder jeweilige Stellvertretung) und der involvierten Pflegeperson Strategien zum Umgang mit individuellen Pflegeproblemen des Bewohners erarbeiten und diskutieren. Planen Sie für die Fallbesprechung **ca. 30 Minuten** ein, der H.I.L.DE.-QS Beauftragte fungiert hier als Moderator. Einigen Sie sich bitte mit den anderen H.I.L.DE.-QS Beauftragten, wer von Ihnen die Moderation übernimmt und erstellen sie vorab eine grobe Gliederung für die Durchführung. Im Folgenden sind einige Tipps zur Gliederung bzw. Durchführung aufgeführt:

- ✓ Ein Protokollant wird festgelegt – im Protokoll werden vor allem Ergebnisse der Fallbesprechung dokumentiert.
- ✓ Der Moderator (H.I.L.DE.-QS Beauftragte) fasst die **aktuelle Situation des betreffenden Bewohners** v.a. mit Blick auf Verhaltensauffälligkeiten, Stimmung, subjektives Wohlbefinden (Grundlage: Ergebnisse der H.I.L.DE.-QS Befragung und Beobachtung) zusammen.
- ✓ Die Teilnehmer der Fallbesprechung diskutieren über mögliche **Faktoren, welche die aktuellen Probleme positiv und auch negativ beeinflussen können.**
- ✓ **Es werden Ziele festgelegt und potenzielle Maßnahmen gesammelt**, welche die Pflegesituation verbessern können. Die Lösungsvorschläge können z. B. auf einem Flip-Chart vermerkt werden. **Eine Dokumentation im Protokoll ist wichtig.**
- ✓ Eine **Prioritäten-Liste** kann erstellt werden (**welches Ziel bzw. welche Maßnahme hat Vorrang?**)
- ✓ Die Teilnehmer beraten darüber, wie sich die Ziele bzw. Maßnahmen realisieren lassen
- ✓ Erste Interventionsmaßnahmen werden geplant.

CHECKLISTE FÜR DIE H.I.L.DE.-QS BEAUFTRAGTEN

VORBEREITUNG	
Auswahl der Bewohner	
Auswahl der teilnehmenden Pflegepersonen	
Einholen aller schriftlichen Einverständnisse	
ERGÄNZENDE FRAGEBOGENERHEBUNG PFLEGEMITARBEITER	
Verteilen der Fragebögen zu Belastungserleben und Kontrollüberzeugungen an alle Mitarbeiter der Pflege (IPC und BHD)	
Einsammeln und Versand aller ausgefüllten Fragebögen zu Belastungserleben und Kontrollüberzeugungen (IPC und BHD)	
H.I.L.DE.-QS BEFRAGUNG TEIL A-C	
Angaben zum Bewohner (TEIL A) und zur Pflegeperson (TEIL B) sowie Durchführung des Befragungsteils (TEIL C)	
H.I.L.DE.-QS BEOBACHTUNG	
Beobachtung der Morgenpflege und Dokumentation in H.I.L.DE.-QS (Teils D)	
Durchführung des Reflexionsgesprächs mit der beobachteten Pflegeperson und Dokumentation (Teil E)	
H.I.L.DE.-QS BEFRAGUNG TEIL F-G	
Durchführung der Schmerzerfassung (Teil F)	
Angaben zur Einrichtung (TEIL G)	
STUDIENBEGLEITENDE BEFRAGUNGEN BEWOHNER	
Durchführung der Erhebungsbögen zum Demenzschweregrad und Lebensqualität (GDS und QUALIDEM) bei den Bewohnern	
FALLBESPRECHUNG	
Planung und Terminierung der Fallbesprechung (Absprache mit zwei Leitungskräften und einer Pflegeperson)	
Durchführung der Fallbesprechung und Dokumentation der Ergebnisse	

WIEDERHOLTE H.I.L.DE.-QS BEFRAGUNG TEIL A-C

	Angaben zum Bewohner (TEIL A) und zur Pflegeperson (TEIL B) sowie Durchführung des Befragungsteils (TEIL C)
	WIEDERHOLTE H.I.L.DE.-QS BEOBACHTUNG
	Beobachtung der Morgenpflege und Dokumentation in H.I.L.DE.-QS (Teils D)
	Durchführung des Reflexionsgesprächs mit der beobachteten Pflegeperson und Dokumentation (Teil E)
	WIEDERHOLTE H.I.L.DE.-QS BEFRAGUNG TEIL F-G
	Durchführung der Schmerzerfassung (Teil F) und Angaben zur Einrichtung (Teil G)
	WIEDERHOLTE STUDIENBEGLEITENDE BEFRAGUNG BEWOHNER (GDS und QUALIDEM)
	WIEDERHOLTE FRAGEBOGENERHEBUNG PFLEGEMITARBEITER
	Verteilen der Fragebögen zu Belastungserleben und Kontrollüberzeugungen an alle Mitarbeiter der Pflege (IPC und BHD)
	Einsammeln und Versand aller ausgefüllten Fragebögen zu Belastungserleben und Kontrollüberzeugungen (IPC und BHD)
	NACHARBEITUNG
	E-Mail an das IfG zur Anknüpfung des Versands der übrigen Erhebungsbögen
	Versand aller übrigen, ausgefüllten Erhebungsbögen

Kontakte und Ansprechpartnerinnen

Bei Fragen kontaktieren Sie bitte die Projektmitarbeiterinnen am Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg bzw. des MDS in Essen:

Frau Dr. Stefanie Wiloth Institut für Gerontologie Universität Heidelberg Tel: 06221 / 54-8189 E-Mail: stefanie.wiloth@gero.uni-heidelberg.de
oder
Frau Juliane Schmidt Institut für Gerontologie Universität Heidelberg Tel: 06221 / 54-8189 E-Mail: juliane.schmidt@gero.uni-heidelberg.de
oder
Frau Hannelore Kötter Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen Essen Tel: 0201 / 8327-155 E-Mail: h.koetter@mds-ev.de

Bitte senden Sie die ausgefüllten Erhebungsbögen an

Institut für Gerontologie Bergheimer Straße 20 69115 Heidelberg z. H.: Frau Dr. Stefanie Wiloth

Anhang 6: Fragebogen zur Erfassung der Struktur der Pflegeeinrichtungen

ERFASSUNG VON LEBENSQUALITÄT GERONTOPSYCHIATRISCH ERKRANKTER
IM RAHMEN DER PFLEGEHEIMINTERNEN QUALITÄTSSICHERUNG



UNIVERSITÄT
HEIDELBERG
ZUKUNFT
SEIT 1386



INSTITUT FÜR
GERONTOLOGIE



MEDIZINISCHER DIENST
DES SPITZENVERBANDES
BUND DER KRANKENKASSEN

Liebe Teilnehmer/innen,

um die Struktur der teilnehmenden Einrichtungen genauer zu ergründen, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen anonym auszufüllen. Er erfragt Informationen zu Fort- und Weiterbildungsangeboten sowie Entlastungsangeboten, zum Leitbild, den Rahmenbedingungen und zum internen Qualitätsmanagement. Für Ihre ehrlichen Antworten danken wir Ihnen recht herzlich!

1. Fort- und Weiterbildungsangebote

- Welche Fort- und Weiterbildungsangebote wurden im letzten Kalenderjahr angeboten?

- Wurden jene von den Mitarbeiter/innen angenommen?

- Ja
- Nein

- Worauf lag der thematische Schwerpunkt?

- Sehen Sie in jenen einen längerfristigen Erfolg? (Falls nein, bitte teilen Sie uns eine Begründung mit)

- Ja
- Nein: _____

- Wie schätzen Sie die Relevanz jener für die alltägliche Pflegeheimroutine ein?

- sehr niedrig niedrig hoch sehr hoch

2. Entlastungsangebote

- Existieren für die Pflegekräfte hausinterne Entlastungsangebote für psychische bzw. körperliche Belastungsfaktoren?

- Ja
- Nein

Falls ja, welche genau?

- Werden jene von den Mitarbeiter/innen angenommen?

- Ja
- Nein

- Welche Maßnahmen werden ausgeführt, um Pflegeschüler nicht überzubelasten?

3. Leitbild

- Ist im Leitbild Ihrer Einrichtung das Thema Demenz und/oder Kommunikation aufgeführt?

- Ja
- Nein
- Weiß nicht

- Wie alt ist das Leitbild Ihrer Einrichtung?

- ca. 1 Jahr ca. 1-5 Jahre ca. 5-10 Jahre älter als 10 Jahre

- Existiert für den beschützten Wohnbereich (falls vorhanden) ein zusätzliches Leitbild?

- Ja
- Nein

4. Rahmenbedingungen

- Lassen die **räumlichen** Rahmenbedingungen (z. B. Bewohnerzimmer und Gemeinschaftsräume) eine Erfüllung der eigenen ethischen Ansprüche an das pflegerische Handeln zu?
 - Ja
 - Nein

- Lassen die **personellen** Rahmenbedingen (z. B. fest bestehendes Team, Fachkraftquote, Fort- und Weiterbildungsangebote) eine Erfüllung der eigenen ethischen Ansprüche an das pflegerische Handeln zu?
 - Ja
 - Nein

5. Internes Qualitätsmanagement

- Führen Sie bei Bedarf Fallbesprechungen durch?
 - Ja
 - Nein, weil _____

- Sind Sie der Meinung, dass aus Fallbesprechungen lebensqualitätsverbessernde Interventionsmaßnahmen ableitbar sind?
 - Ja
 - Nein, weil _____

- Leisten regelmäßige Fallbesprechungen einen Beitrag zu einer besseren Pflegequalität?
 - Ja
 - Ich bin mir unsicher
 - Nein

Anhang 7: Fallbesprechungsprotokolle

ERFASSUNG VON LEBENSQUALITÄT GERONTOPSYCHIATRISCH ERKRANKTER
IM RAHMEN DER PFLEGEHEIMINTERNEN QUALITÄTSSICHERUNG

Ergebnisprotokoll der H.I.L.DE.-QS-Fallbesprechung

Datum der Fallbesprechung:

Datum der Beobachtung:

Anwesende:

Protokollant:

Positive / Negative Aspekte der konkreten Pflegesituation und der allgemeinen Situation

Interventionsmaßnahmen	Wer führt sie durch? Wer muss informiert werden?	Was soll erreicht werden?

Anhang 8: Evaluationsbogen für die Supervision der Fallbesprechungen

Protokoll der H.I.L.DE.-QS Fallbesprechung

Einrichtung: _____

Datum: _____

Anwesende: _____

Dauer der Fallbesprechung: _____

1. Wurde ein Protokollant festgelegt?
 Ja Nein

2. Wurde die aktuelle Situation des beobachteten Bewohners vom H.I.L.DE.-QS Beauftragten geschildert?
 Ja Nein

- 2a. Wenn ja, wie wurde die Situation dargestellt?
 mündlich visualisiert

3. Konnten Faktoren identifiziert werden, welche die aktuellen Probleme des Bewohners beeinflussen (positiv u. negativ)?
 Ja Nein

- 3a. Wurden hierbei die Ergebnisse der Bewohnerbefragung berücksichtigt?

4. Wurde über Interventionsmaßnahmen diskutiert?
 Ja Nein

5. Wurde über allgemeine Probleme bei der Beobachtung gesprochen?
 Ja Nein

6. Hat die beobachtete Pflegekraft von sich aus über das pflegerische Handeln berichtet?
 Ja Nein

Anhang 9: Fragebogen zur Praktikabilität

ERFASSUNG VON LEBENSQUALITÄT GERONTOPSYCHIATRISCH ERKRANKTER
IM RAHMEN DER PFLEGEHEIMINTERNEN QUALITÄTSSICHERUNG

Rückmeldungen zum Befragungsteil

1. Was sind Ihrer Meinung nach die Schwierigkeiten bei der Durchführung der Bewohnerbefragung?

2. Ist Ihnen die Befragung nach mehrmaliger Anwendung leichter gefallen?

Ja Nein

Rückmeldungen zum Beobachtungsteil

3. Hat der Beobachtungsteil Ihnen geholfen, den emotionalen Zustand der Bewohner im Zusammenhang mit den Kommunikationsmustern der Pflegeperson nachzuvollziehen?

Ja Nein, weil _____

4. Was sind Ihrer Meinung nach die größten Schwierigkeiten bei der Durchführung der Beobachtung?

5. Ist Ihnen die Beobachtung nach mehrmaliger Anwendung leichter gefallen?

Ja Nein

Rückmeldungen zum Reflexionsgespräch

6. Wie ist Ihre Erfahrung mit der Durchführung des Reflexionsgesprächs?

7. Wurde das Verhalten der Pflegeperson von ihr selbstkritisch hinterfragt?

Ja Nein, weil _____

8. Hat das Reflexionsgespräch einen Beitrag zur Förderung des kollegialen Austauschs geliefert?

Ja Nein, weil _____

9. Wie wichtig erachten Sie das Reflexionsgespräch für die Anwendung von H.I.L.DE.-QS?

- sehr wichtig wichtig teilweise unwichtig

Gesamtbewertung

10. Trägt die Anwendung von H.I.L.DE.-QS zur Verbesserung der Lebensqualität der Bewohner bei?

- Ja teilweise Nein, weil _____

11. Würden Sie H.I.L.DE.-QS (ohne die ergänzenden Testverfahren und ohne die doppelte Beobachtung) in Ihrer Einrichtung implementieren?

- Ja Nein, weil _____
- _____
- _____
- _____

Rahmenbedingungen

12. Welchen Nutzen hat H.I.L.DE.-QS in Ihrer Einrichtung?

13. Welche Rahmenbedingungen haben die Anwendung von H.I.L.DE.-QS erschwert?

14. Haben Sie sich von der Leitungsebene bei der Durchführung von H.I.L.DE.-QS unterstützt gefühlt?

- Ja Nein

15. Hat H.I.L.DE.-QS Ihr berufliches Belastungserleben verbessert?

- Ja teilweise Nein

16. Fühlen Sie sich durch Ihre Ausbildung auf den Umgang mit Instrumenten wie H.I.L.DE.-QS vorbereitet?

- Ja Nein

Anhang 10: Leitfragebogen für die Fokusgruppen

H.I.L.DE.-QS – Erfassung von Lebensqualität gerontopsychiatrisch Erkrankter im Rahmen der pflegeheiminternen Qualitätssicherung



UNIVERSITÄT
HEIDELBERG
ZUKUNFT
SEIT 1386



INSTITUT FÜR
GERONTOLOGIE



MEDIZINISCHER DIENST
DES SPITZENVERBANDES
BUND DER KRANKENKASSEN

Leitfragebogen zur Fokusgruppendifkussion am 13.11.2018

I. Das Umfeld der stationären Altenpflege

- Welche Bedeutung hat die wachsende Anzahl von Menschen mit Demenz für die stationäre Pflege?
- Wie wirkt sich die wachsende Anzahl auf den Pflegealltag sowie den Pflegeberuf aus?
- Was ist das wesentliche Element von Pflege bei Menschen mit schwerer Demenz?
- Ist die Ausbildung zur Pflegefachkraft im Hinblick auf die wachsende Anzahl von Menschen mit Demenz optimal gewesen?
- Wie schätzen Sie den Einfluss der eigenen Persönlichkeit auf „gute Pflege“ und die Beziehungsebene ein?
- Pflegegrade, Pflegebedürftigkeitsbegriff und Bedeutung der Gerontopsychiatrie

II. Durchführung H.I.L.DE.-QS

- Kann man die Pflege von Menschen mit Demenz in den verschiedenen Schweregraden optimieren? Kann H.I.L.DE.-QS einen Beitrag dazu leisten?
- Würde eine Etablierung von Beauftragten/ Verantwortlichen die Anwendung von H.I.L.DE.-QS erleichtern?
- Warum ist es notwendig, Studien wie H.I.L.DE.-QS durchzuführen?
- Was sind die Besonderheiten von H.I.L.DE.-QS, was ist dessen Mehrwert bzw. Alleinstellungsmerkmal?
- Was konnten Sie durch den Einsatz von H.I.L.DE.-QS am Pflegehandeln/ der Pflegeatmosphäre oder sogar den Strukturen bzw. Rahmenbedingungen verändern?
- Hat sich aus Ihrer Sicht bei den Bewohnern nachhaltig etwas verändert? Ist es möglich, dass sich durch die kleinen situativen Effekte Veränderungen bei Menschen mit Demenz zeigen?

III. Abschluss

- Was hätte man organisatorisch besser gestalten können?
- Was hätte man methodisch anders gestalten können?
- Was hätte man inhaltlich (instrumentenbezogen) besser gestalten können?

Anhang 11: Skalen für die Expertenratings

Sind die Angaben zum Bewohnerzimmer und zur Gesamtatmosphäre der Pflegeeinrichtung (Teil G) Ihrer Meinung nach ausreichen?

JA

NEIN

Gibt es etwas, was Sie auf jeden Fall ergänzen würden?

Sind die Angaben zum Bewohner (Teil A) und die Angaben zur Pflegeperson (Teil B) Ihrer Meinung nach ausreichen?

JA

NEIN

Gibt es etwas, was Sie auf jeden Fall ergänzen würden?

2

Wie schätzen Sie die Eignung des H.I.L.DE.-QS Befragungsteils ein? Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen, indem Sie ankreuzen, welche Aussagen aus Ihrer Sicht am ehesten zutreffen?

1. Die Fragen sind geeignet, einen ersten Kontakt zum Bewohner bzw. zur Bewohnerin herzustellen:

Tritt nicht zu	Trifft überwiegend nicht zu	weder / noch	Trifft überwiegend zu	Trifft zu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Die Fragen sind geeignet, um die kommunikativen Kompetenzen des Bewohners bzw. der Bewohnerin zu erfassen:

Tritt nicht zu	Trifft überwiegend nicht zu	weder / noch	Trifft überwiegend zu	Trifft zu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Die Fragen sind geeignet, um die Bedürfnisse des Bewohners bzw. der Bewohnerin zu identifizieren und für die Interventionsplanung nutzbar zu machen:

Tritt nicht zu	Trifft überwiegend nicht zu	weder / noch	Trifft überwiegend zu	Trifft zu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Die Fragen sind geeignet, einen ersten Eindruck über die Lebensqualität des Bewohners bzw. der Bewohnerin zu erhalten:

Tritt nicht zu	Trifft überwiegend nicht zu	weder / noch	Trifft überwiegend zu	Trifft zu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Wie schätzen Sie insgesamt die Eignung des Befragungsteils zur Erfassung des Wohlbefindens ein? Fehlen wichtige Aspekte und wenn ja, welche? Was würden Sie ggf. anders machen?

Wie schätzen Sie die Eignung des H.I.L.DE.-QS Beobachtungsteils ein? Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen, indem Sie ankreuzen, welche Aussagen aus Ihrer Sicht am ehesten zutreffen?

6. Die teilnehmende Beobachtung (Teil D) ist geeignet, die emotionale Variabilität des Bewohners, der Bewohnerin (positive und negative Emotionen) im Zusammenspiel mit dem Kommunikationsmuster der Pflegeperson (Erfassung der Interaktion zwischen Bewohner und Pflegeperson) abzubilden.

Tritt nicht zu	Trifft überwiegend nicht zu	weder / noch	Trifft überwiegend zu	Trifft zu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Die teilnehmende Beobachtung ist geeignet, um die Bedürfnisse des Bewohners, der Bewohnerin zu identifizieren und für die Interventionsplanung nutzbar zu machen.

Tritt nicht zu	Trifft überwiegend nicht zu	weder / noch	Trifft überwiegend zu	Trifft zu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Wie schätzen Sie insgesamt die Eignung des Beobachtungsteils zur Erfassung des Wohlbefindens ein? Fehlen wichtige Aspekte und wenn ja, welche? Was würden Sie ggf. anders machen?

**Wie schätzen Sie die Eignung der Leitfragen des Reflexionsgesprächs ein?
Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen, indem Sie ankreuzen, welche
Aussagen aus Ihrer Sicht am ehesten zutreffen?**

9. Die Leitfragen für das Reflexionsgespräch sind für die Pflegeperson geeignet, das eigene (kommunikative) Verhalten in der Pflegesituation selbstkritisch zu reflektieren und die Emotionalität der Bewohnerin bzw. des Bewohners mit diesem Verhalten in Verbindung zu bringen.

Tritt nicht zu	Trifft überwiegend nicht zu	weder / noch	Trifft überwiegend zu	Trifft zu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Die Leitfragen für das Reflexionsgespräch sind geeignet, den kollegialen Austausch zu fördern (gegenseitige kritische Rückmeldung, gemeinsame Ableitung von Handlungsstrategien, ggf. Verhaltensänderungen für den Pflegealltag).

Tritt nicht zu	Trifft überwiegend nicht zu	weder / noch	Trifft überwiegend zu	Trifft zu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Wie schätzen Sie insgesamt die Eignung der Leitfragen für das Reflexionsgespräch ein? Fehlen wichtige Aspekte und wenn ja, welche? Was würden Sie ggf. anders machen?

Anhang 12: IPC

IPC-Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen¹

Name: _____ Datum: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: _____

Schulabschluß: _____

Beruf: _____

Anleitung

Auf den folgenden Seiten werden Sie gebeten, zu einigen Aussagen Stellung zu nehmen. Sie haben die Möglichkeit, jeder Aussage stark, mittel oder schwach zuzustimmen oder sie schwach, mittel oder stark abzulehnen. Kreuzen Sie bitte jeweils das Kästchen an, das Ihrer persönlichen Meinung am besten entspricht.

Hier ein B e i s p i e l für die Beantwortung der Aussagen:

„Ich bin ein lebhafter Mensch.“

---	--	-	+	++	+++
-----	----	---	---	----	-----

Ist diese Aussage für Sie **sehr falsch**, durchkreuzen Sie bitte

Ist diese Aussage für Sie **falsch**, durchkreuzen Sie bitte

--

Ist diese Aussage für Sie **eher falsch**, durchkreuzen Sie bitte

-

Ist diese Aussage für Sie **eher richtig**, durchkreuzen Sie bitte

+

Ist diese Aussage für Sie **richtig**, durchkreuzen Sie bitte

++

Ist diese Aussage für Sie **sehr richtig**, durchkreuzen Sie bitte

+++

¹ Kampen 1980; © Hogrefe Göttingen

Diese Aussage ist:	sehr falsch	sehr richtig
1. Es hängt hauptsächlich von mir und von meinen Fähigkeiten ab, ob ich in einer Gruppe eine Führungsposition inne habe oder nicht.	---	+++
2. Zufällige Geschehnisse bestimmen zum großen Teil mein Leben.	---	+++
3. Ich habe das Gefühl, daß das meiste, was in meinem Leben passiert, von anderen Leuten abhängt.	---	+++
4. Ob ich mit dem Auto einen Unfall habe oder nicht, hängt vor allem von meinem fahrerischen Können ab.	---	+++
5. Wenn ich Pläne schmiede, bin ich sicher, daß das Geplante auch Wirklichkeit wird.	---	+++
6. Ich habe oft einfach keine Möglichkeiten, mich vor Pech zu schützen.	---	+++
6. Ich habe oft einfach keine Möglichkeiten, mich vor Pech zu schützen.	---	+++
7. Wenn ich bekomme, was ich will, so geschieht das meistens durch Glück.	---	+++
8. Obwohl ich dazu fähig bin, bekomme ich nur selten Führungsaufgaben übertragen.	---	+++
9. Die Zahl meiner Freunde hängt vor allem von mir und meinem Verhalten ab.	---	+++
10. Ich habe schon oft festgestellt, daß das, was passieren soll, auch eintritt.	---	+++
11. Mein Leben wird hauptsächlich von mächtigeren Leuten kontrolliert.	---	+++
12. Ob ich einen Autounfall habe oder nicht, ist vor allem Glückssache.	---	+++

	I_1	P_1	C_1
Σ_1			

Diese Aussage ist:	sehr falsch	sehr richtig
13. Menschen wie ich haben nur geringe Möglichkeiten, ihre Interessen gegen andere durchzusetzen.	--- -- - + ++ +++	
14. Es ist für mich nicht gut, weit im voraus zu planen, da häufig das Schicksal dazwischenkommt.	--- -- - + ++ +++	
15. Um das zu bekommen, was ich gerne hätte, muß ich zu anderen freundlich sein.	--- -- - + ++ +++	
16. Ob ich Gruppenleiter werde oder nicht, hängt vor allem davon ab, daß ich zur rechten Zeit an der richtigen Stelle bin.	--- -- - + ++ +++	
17. Ich würde bestimmt nicht viele Freunde finden, wenn mich wichtige Leute nicht sympathisch finden würden.	--- -- - + ++ +++	
18. Ich kann ziemlich viel von dem, was in meinem Leben passiert, selbst bestimmen.	--- -- - + ++ +++	
19. Gewöhnlich kann ich meine eigenen Interessen selbst vertreten.	--- -- - + ++ +++	
20. Ob ich einen Autounfall habe oder nicht, hängt vor allem von den anderen Autofahrern ab.	--- -- - + ++ +++	
21. Wenn ich bekomme, was ich will, so ist das meistens das Ergebnis harter Arbeit.	--- -- - + ++ +++	
22. Damit meine Pläne eine Chance haben, richte ich mich beim Planen auch nach den Wünschen wichtiger Leute.	--- -- - + ++ +++	
23. Mein Leben wird von meinem Verhalten bestimmt.	--- -- - + ++ +++	
24. Es ist eine Frage des Schicksals, ob ich wenige oder viele Freunde habe.	--- -- - + ++ +++	

Überprüfen Sie bitte, ob Sie alle Fragen beantwortet haben.

	I_2	P_2	C_2
Σ_2			

Anhang 13: BHD

	1	2	3	4	5	6	7							
	völlig unzutreffend		weitgehend unzutreffend		eher unzutreffend		teils, teils		eher zutreffend		weitgehend zutreffend		völlig zutreffend	
1. Am Schichtende fühle ich mich oft erschöpft.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦							
2. Ich kann mich in meine Arbeit voll einbringen.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦							
3. Ich habe gelegentlich ein Gefühl innerer Leere.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦							
4. Es fällt mir oftmals schwer, gleichbleibend freundlich zu den Klienten zu sein.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦							
5. Ich brauche oft Kraft, um meinen inneren Widerwillen gegen die Arbeit zu überwinden.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦							
6. Trotz aller Belastung befriedigt diese Arbeit.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦							
7. Ich habe manchmal unbegründete Angst.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦							
8. Gelegentlich kämpfe ich mit einer Wut auf einen Klienten.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦							
9. Meine Stimmung schwankt häufig.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦							
10. Ich kann nach der Arbeit gut abschalten.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦							
11. Bei manchen Klienten interessiert es mich eigentlich nicht wirklich, was aus ihnen wird.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦							
12. Ich habe oft den Eindruck, nicht alles schaffen zu können.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦							
13. Ich fühle mich gehetzt.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦							
14. Ich befürchte, daß meine Arbeit mich emotional verhärtet.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦							
15. Die Sorgen anderer nehme ich nicht mehr so wichtig.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦							
16. Mich beschäftigt sehr, daß ich hier zu wenig Entwicklungschancen sehe.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦							

Skala 1: _____ Skala 2: _____ Skala 3: _____ Skala 4: _____ Skala 5: _____

	1	2	3	4	5	6	7	
	völlig unzutreffend		weitgehend unzutreffend		eher unzutreffend		teils, teils	
			eher zutreffend		weitgehend zutreffend		völlig zutreffend	
17. Meine Arbeitsumgebung empfinde ich als deprimierend.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
18. Ich möchte die Probleme der Klienten nicht an mich herankommen lassen, um den Beruf durchzuhalten.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
19. Ich fühle mich optimistisch und schwungvoll.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
20. Gespräche über die Arbeit in der Freizeit versuche ich weitgehend zu vermeiden.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
21. Es gelingt mir gut, mich in meine Klienten hineinzusetzen.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
22. Ich fühle mich in meiner Arbeit geistig unterfordert.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
23. Hin und wieder verliere ich bei der Arbeit die Geduld und werde ärgerlich.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
24. Ich bin bei meiner Arbeit völlig frei und kann relativ unabhängig von starren Anordnungen ziemlich selbständig arbeiten.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
25. Meine Arbeit frustriert mich.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
26. Die Arbeit gibt täglich neue Kraft für eine herzliche Zuwendung zum Klienten.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
27. Meine Arbeit ist abwechslungsreich und interessant.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
28. Ich habe ein großes Stück meines anfänglichen Idealismus für die Tätigkeit verloren.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
29. Durch die Arbeit bin ich oft gereizt.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
30. Ich fühle mich manchmal wie ausgebrannt.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
31. Ich muß mich manchmal zwingen, nicht grob zu einem Klienten zu sein.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	

Skala 1: _____ Skala 2: _____ Skala 3: _____ Skala 4: _____ Skala 5: _____

	1	2	3	4	5	6	7							
	völlig unzutreffend		weitgehend unzutreffend		eher unzutreffend		teils, teils		eher zutreffend		weitgehend zutreffend		völlig zutreffend	
32. Es ist leicht, mit Lust und Schwung zur Arbeit zu kommen.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦							
33. Ich glaube, daß die Arbeitsbelastungen zu Ehe-(Partner-) und Familienproblemen in meinem Leben beigetragen haben.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦							
34. Von den Problemen meiner Klienten bin ich persönlich berührt.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦							
35. Es kommt vor, daß mich die Arbeit seelisch zu stark belastet.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦							
36. Ich fühle mich manchmal machtlos.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦							
37. Bei meiner Arbeit fühle ich mich oft entmutigt und denke darüber nach, ob ich den Job aufgeben soll.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦							
38. Den ganzen Tag mit Leuten zu arbeiten, ist wirklich eine Strapaze für mich.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦							

Stanine	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Skala	positive Ausprägung			neutraler Bereich			kritische Ausprägung		
1	+	+	+	+	+	+	+	+	+
2	+	+	+	+	+	+	+	+	+
3	+	+	+	+	+	+	+	+	+
4	+	+	+	+	+	+	+	+	+
5	+	+	+	+	+	+	+	+	+

Summe Skala 1: _____ Skala 2: _____ Skala 3: _____ Skala 4: _____ Skala 5: _____

Skala 1: _____ Skala 2: _____ Skala 3: _____ Skala 4: _____ Skala 5: _____

Anhang 14: GDS

Global Deterioration Scale [GDS], Reisberg-Skalen¹

Markieren Sie die Kategorie [1 – 7] mit den meisten []Entsprechungen.
Die angeführten Beispiele[] dienen als Orientierungshilfe, es genügt, wenn eines der Kriterien der Person am ehesten entspricht.

1 Keine kognitiven Leistungseinbußen

- [] Keine subjektiven Beschwerden über ein Gedächtnisdefizit. [1]
- [] Im Interview wird kein Gedächtnisdefizit evident.

2 Sehr geringe kognitive Beschwerden über Gedächtnisdefizit, am häufigsten in nachfolgenden Bereichen:

- [] vergisst, wo er/sie vertraute Gegenstände abgelegt hat;
- [] Vergesslichkeit wird anderen Gründen zugeordnet (bspw. Stress)
- [] vergisst früher gut bekannte Namen. [2]
- [] Keine **objektiven** Zeichen eines Gedächtnisdefizits im Interview.
- [] Keine objektivierbaren Defizite bei Alltagsaufgaben oder im sozialen Umfeld.
Angemessenes Verhalten unter Berücksichtigung der Symptomatik.

Die kleinen Defizite der Demenz 2. Grades gelten noch als normal.

¹ Reisberg, B. (1982)

3 geringe kognitive Leistungseinbußen

Eindeutige Defizite in mehr als einem der nachfolgenden Bereiche:

- Patient(in) kann sich an einem fremden Ort nicht zurechtfinden;
- Das soziale Umfeld bemerkt Wortfindungsstörungen und Probleme, sich an Namen naher Bekannter zu erinnern.
- Soziale Umfeld bemerkt Probleme bei Bewältigung von Alltagsaufgaben;
- Freunde und Bekannte bemerken Wortfindungsstörungen und Schwierigkeiten, die Namen von Bekannten zu erinnern;
- die/der Patient(in) behält nur einen geringen Teil eines gelesenen Textes;
- die/der Patient(in) kann sich neue Namen schlecht / nicht merken; [3]
- die/der Patient(in) verlegt oder verliert Wertgegenstände;
- während der klinischen Testung wird ein Konzentrationsdefizit evident.

- Defizite werden verleugnet und oft von leichter Angst begleitet.

Soz.-med. Konsequenz: Objektive Gedächtnisdefizite lassen sich nur in einem ausführlichen klinischen Interview bzw. in psychometrischen Tests finden. Ängste und Depressionen Teil dieses Stadiums. Erkrankte empfinden die Veränderung, die mit ihnen vorgeht, als sehr beängstigend. Betroffene zieht sich aus überfordernden Aufgaben zurück.

4 Leichte bis mäßige kognitive Leistungseinbußen

eindeutige Defizite in folgenden Bereichen:

- [] Erinnern aktueller oder kurz zurückliegender Ereignisse;
- [] Erinnern des eigenen Lebenslaufs;
- [] beim Rechnen, besonders (serieller) Subtraktion
- [] Zurechtfinden in fremder Umgebung
- [] Umgang mit Geld

- [] Unfähigkeit, komplexe Aufgaben durchzuführen.
- [] Massives Verleugnen von Defiziten ist die dominierende Abwehrstrategie. [4]
- [] vermeidet Situationen mit höheren Anforderungen
- [] Der Affekt verflacht

Meist keine Defizite in nachfolgenden Bereichen:

- [] Orientierung zu Zeit und Person;
- [] Wiedererkennen vertrauter Personen und Gesichter;
- [] Fähigkeit, sich an bekannten Orten zurechtzufinden.

Soz.-med. Konsequenz: Überwachte Selbstständigkeit, Überwachung der Finanzen

5 mittelschwere kogn. Leistungseinbußen (mittelschwere Demenz)

- [] Kann ohne fremde Hilfe nicht mehr zurechtkommen.
- [] Kann sich während des Interviews kaum an relevante Aspekte seines gegenwärtigen Lebens erinnern (z.B. welche Schule besucht, wo geboren)
- [] Vergisst Namen von Angehörigen, Adressen oder oft genutzte Telefonnummern.
- [] Häufig ist Desorientierung zurzeit (Datum, Wochentag, Jahreszeit etc.) oder zum Ort.
- [] Führt Rechenaufgaben fehlerhaft aus, kann nicht mehr in 4er od. 2er Schritten rückwärts zählen.
- [] Schwierigkeiten, sich situationsangemessen zu kleiden (Mantel im Sommer, Hausschuhe für den Waldspaziergang,).
- [] Personen dieses Stadiums erinnern allerdings noch einige Fakten, die sie selbst oder andere betreffen. Sie erinnern ihren Namen ebenso gut wie den der/des Ehepartnerin(s) oder der Kinder.
- [] Sie brauchen keine Hilfe beim Toilettengang oder Essen

[5]

Soz.-med. Konsequenz: Hilfen im Tagesablauf, Teilzeithilfe od. Tagesklinik, Strukturierung der Umgebung

6 schwere kognitive Leistungseinbußen

- Kein Kurzzeitgedächtnis mehr (vergisst gerade Gesagtes wieder)
- Kann gelegentlich den Namen der/des Ehegattin(en) vergessen, von dem ihr/sein Überleben abhängt.
- Weitgehend keine Kenntnis zurückliegender Ereignisse und eigener Erfahrungen.
- Lückenhafte Erinnerung an die eigene Vergangenheit.

- Die Umgebung, Jahreszeiten und zeitliche Veränderungen werden z.B. nicht mehr wahrgenommen.
- Kann Schwierigkeiten haben, von zehn bis eins rückwärts zu zählen, gelegentlich sogar beim Vorwärtzählen von 1 bis 10.

- Benötigt Hilfe bei alltäglichen Verrichtungen, kann z.B. inkontinent werden oder fremde Hilfe benötigen, um sich an bekannten Orten zurechtzufinden. Gelegentlich gelingt es aber auch ohne Hilfe.
- Der Tag/Nacht-Rhythmus ist häufig gestört.

[6]

- Beinahe immer wird der eigene Name erinnert.
- Häufig können noch bekannte von unbekannt Personen in der näheren Umgebung unterschieden werden.

Persönlichkeitsveränderungen und Gefühlsstörungen treten sehr variabel auf:

- Gefühlsstörungen sind offensichtlich
- Verfolgungswahn; z.B. wird der Betreuungsperson Betrug und Diebstahl unterstellt oder mit imaginären Personen oder dem eigenen Spiegelbild gesprochen;
- Zwangssymptome; z.B. es wird ständig ein Gegenstand gereinigt;
- Zunehmende Angst und Unruhe.
- Aus der Vergangenheit nicht bekanntes aggressives Verhalten tritt auf;
- fehlender kognitiver Willensantrieb, z.B. kann erwünschtes Verhalten nicht mehr in die Tat umgesetzt werden, weil der Gedankengang dazu nicht mehr lange genug im Kopf behalten werden kann.

5

7 sehr schwere kognitive Leistungseinbußen

- [] Häufig totaler Sprachverlust; gelegentlich sind noch sprachliche Automatismen erhalten,
- [] Harninkontinenz; ist auf Hilfe beim Toilettengang und Essen angewiesen.
- [] Verlust grundlegender psychomotorischer Fähigkeiten, kann z.B. nicht mehr laufen. Das Gehirn scheint den Körper nicht mehr steuern zu können. [7]
- [] Häufig finden sich generalisierte und corticale neurologische Symptome (Krampfanfälle).

Soz.-med. Konsequenz: Langzeitpflege

Anhang 15: QUALIDEM

QUALIDEM 2.0 für Menschen mit leichter bis schwerer Demenz¹

Nr.	Bezogen auf die letzte Woche, die Person mit Demenz ...							Nicht zutreffend	Skala
	Nie	Sehr selten	Selten	Manchmal	Oft	Häufig	Sehr häufig		
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		B
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		D
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		F
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		A
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		B
6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		C
7.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		A
8.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		B
9.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	J
10.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		B
11.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		C
12.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		F
13.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H
14.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		A
15.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	J
16.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		G
17.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A
18.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		F
19.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		D
20.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		G
21.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B
22.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		D
23.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		C
24.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		A
25.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		F
26.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		I
27.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
28.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H

¹ Ettema et al. 2007; Dichter et al. 2011; Dichter et al. 2016

ABSCHLUSSBERICHT

Nr.	Bezogen auf die letzte Woche, die Person mit Demenz ...								Nicht zutreffend	Skala
		Nie	Sehr selten	Selten	Manchmal	Oft	Häufig	Sehr häufig		
29.	Ist freundlich mit einem oder mehreren Bewohnern verbunden	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6		F
30.	Möchte gern (im Bett) liegen	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9	J
31.	Nimmt Hilfe an	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6		A
32.	Ruft	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9	G
33.	Hat an den Routineabläufen etwas auszusetzen	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0		A
34.	Fühlt sich in der Gesellschaft mit anderen wohl	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6		F
35.	Gibt an nichts zu können	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9	E
36.	Fühlt sich im Wohnbereich zu Hause	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6		H
37.	Scheint sich selbst wertlos zu fühlen	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9	E
38.	Hilft gerne bei Arbeiten im Wohnbereich	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6		I
39.	Möchte den Wohnbereich verlassen	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0		H
40.	Stimmung lässt sich positiv beeinflussen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6		B

Bemerkungen:

Punkteskalen der Subskalen:

