

Hochschule Esslingen

Modul 2.5: Bachelorarbeit
Studiengang Pflege/Pflegemanagement
7. Semester

**Dementia Care Mapping (DCM) und das
Heidelberger Instrument zur Erfassung der
Lebensqualität Demenzkranker (H.I.L.DE.) –
eine pflegewissenschaftliche Betrachtung und
Diskussion**

Eine Gemeinschaftsarbeit von Bettina Flaiz und Manuela Meiler

Betreuerin: Frau Prof. Dr. Annette Riedel
Zweitprüfer: Herr Prof. Dr. Arnold Pracht
Verfasserinnen: Bettina Flaiz Matrikelnr.: 24639
Manuela Meiler Matrikelnr.: 24648
Ort, Datum: Esslingen am Neckar, 15.11.2008

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
2	Darstellung der Instrumente DCM und H.I.L.DE.	4
2.1	Darstellung des Instrumentes DCM	4
2.1.1	Entstehungshintergrund.....	4
2.1.2	Ziele und Aufgaben des DCM.....	5
2.1.3	Theoretische Ursprünge	6
2.1.4	Anwendung und Vorgehensweise beim DCM.....	12
2.1.5	Ergebnisdarstellung des DCM	18
2.1.6	Rahmenbedingungen bei DCM.....	20
2.2	Darstellung des Instrumentes H.I.L.DE.	22
2.2.1	Rahmenbedingungen und Zielsetzung.....	22
2.2.2	Das zugrundeliegende Verständnis von Lebensqualität.....	22
2.2.3	Die Operationalisierung der Dimensionen von Lebensqualität	25
2.2.4	Weiterentwicklung von H.I.L.DE.....	32
2.2.5	Aktuelle inhaltliche Struktur von H.I.L.DE.....	34
2.2.6	Formale Struktur von H.I.L.DE.	40
2.2.7	Fazit zur Darstellung des Instrumentes H.I.L.DE.....	41
3	Instrumente in der Pflege	41
3.1	Begriffsbestimmung und Einordnung	41
3.2	Möglichkeiten durch die Anwendung von standardisierten Assessmentinstrumenten.....	46
3.3	Anforderungen an ein Assessmentinstrument.....	48
4	Analyse und Diskussion der Instrumente DCM und H.I.L.DE. anhand ausgewählter Kriterien	50
4.1	Zielsetzungen von Assessmentinstrumenten im Vergleich zu DCM und H.I.L.DE.	50
4.2	Analyse und Diskussion des Instrumentes DCM.....	53
4.2.1	Berücksichtigung von ethischen, wirtschaftlichen und berufspraktischen Aspekten	53
4.2.2	Standardisierung.....	59
4.2.3	Integrierbarkeit in die Pflegeplanung.....	61
4.2.4	Vollständigkeit und Praktikabilität.....	63
4.2.5	Kernkomponenten und Zusatzmodule	69
4.2.6	Bündelung von Informationen	72
4.2.7	Definition von Pflegebedürftigkeit.....	72

4.2.8	Theorie- und empiriebasierte Inhalte.....	74
4.2.9	Teststatistische Angaben.....	78
4.3	Analyse und Diskussion des Instrumentes H.I.L.DE.	83
4.3.1	Berücksichtigung von ethischen, wirtschaftlichen und berufspraktischen Aspekten	83
4.3.2	Standardisierung.....	89
4.3.3	Integrierbarkeit in die Pflegeplanung.....	91
4.3.4	Vollständigkeit und Praktikabilität.....	92
4.3.5	Kernkomponenten und Zusatzmodule	96
4.3.6	Bündelung von Informationen	98
4.3.7	Definition von Pflegebedürftigkeit.....	100
4.3.8	Theorie- und empiriebasierte Inhalte.....	101
4.3.9	Teststatistische Angaben.....	105
5	DCM und H.I.L.DE. im Vergleich	108
6	Empfehlung und Resümee.....	118
6.1	Empfehlung	118
6.2	Resümee	119

Literaturverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis

AARS	Apparent Affect Rating Scale
ADL	Aktivitäten des täglichen Lebens
AES	Apathy Evaluation Scale
BAGI	Bielefelder Autobiografisches Gedächtnis-Inventar
BESD	Beobachtung des Schmerzverhaltens bei Demenz
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
CERAD	The Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease
DCI	Dementia Care Index
DCM	Dementia Care Mapping
DCQ	Dementia Care Quotient
DGSS	Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
FACS	Facial Action Coding System
GDS	Global Deterioration Scale
H.I.L.DE.	Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität Demenz- kranker
IAPS	International Affective Picture System
KKVD	Katholischer Krankenhausverband Deutschland
ME	Mood/engagement values
MMST	Mini-Mental-Status-Test
NEO-FPI-R	Freiburger Persönlichkeitsinventar
NINCDS – ADRDA	National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke – Alzheimer's Disease and Related Disorders Asso- ciation
NPI	Neuropsychiatric Inventory
PAINAD	Pain Assessment in Advanced Dementia
PD	Personal Detraction
PE	Personal Enhancers
PER	Positiv Event Record
RAI	Resident Assessment Instrument
SGB XI	Elftes Soziales Gesetzbuch
TESS	Therapeutic Environment Screening Survey for Nursing Homes
WIB Werte	Well or Ill Being Wert, Werte von Wohlbefinden bzw. Unwohlsein

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Vorkommen von Wohlbefinden bzw. Unwohlsein (vgl. Innes 2004, 90)	19
Abb. 2: Vier Dimensionen der Lebensqualität (Lawton in Becker et al. 2005, 109)	23
Abb. 3: Dimensionen der Lebensqualität in H.I.L.DE (vgl. Becker et al. 2005, 109)	24
Abb. 4: Komponentenmodell der Lebensqualität (vgl. Becker 2006, 7)	31
Abb. 5: Projektphasen im Überblick (vgl. Becker 2006, 11)	32

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Verhaltenskategorie (vgl. Innes 2004, 17-18)	14
Tab. 2: Höchstwerte einzelner Verhaltensitems (vgl. Innes 2004, 91)	18
Tab. 3: Übereinstimmung der Wohlbefindlichkeitskategorie (vgl. Rüsing 2004, 62)	79
Tab. 4: Übersicht über die Anforderungskriterien sowie deren Erfüllungsgrad bei DCM und H.I.L.DE. (eigene Darstellung)	109

1 Einleitung

In einer überregionalen Zeitung findet sich in einer Literaturrezension folgender Ausschnitt:

„Achtung ein schlechter Witz: Kommt ein Mann zum Arzt. Der hat eine gute und eine schlechte Nachricht. «Welche zuerst?» fragt er den Patienten. «Die schlechte!» - «Sie haben Krebs.» - «Und die gute?» - «Sie haben Alzheimer.»“ (Winkels in Zeit Literatur 2008, 64-65)

Alzheimer, als eine der häufigsten Formen der Demenz, spielt die zentrale Rolle im Buch „Forgotten World“ von Stefan Merrill Block. Aus dem Zitat geht hervor, dass die Bedeutung der Demenz und deren vielschichtige Auswirkung auf den einzelnen Betroffenen bzw. die einzelne Betroffene, aber auch übergreifend auf Gesellschaft, Politik und insbesondere das Gesundheitssystem, nicht ernst genommen wird, sondern eher verharmlost wird. Gleichzeitig gibt es aber auch Autoren bzw. Autorinnen und Regisseure, die die Brisanz des Themas erkannt haben, sich intensiv damit auseinandergesetzt haben und die bedeutenden Auswirkungen in aller Ernsthaftigkeit beleuchten. Beispiele hierfür sind der Kinofilm „Spuren im Schnee“ oder auch das Buch „Ich glaube, ich fahre in die Highlands“ von Margaret Forster. Die inhaltliche Darstellung und deren Richtigkeit muss aus pflegeprofessioneller Sicht sicherlich kritisch betrachtet werden, es ist jedoch ersichtlich, dass in den letzten Jahren eine zunehmende gesellschaftliche Auseinandersetzung mit dem Thema Demenz stattfindet. Dies ist nicht zuletzt auf die in den letzten Jahren steigende Anzahl von Menschen mit Demenz zurückzuführen. Die Inzidenz für eine Demenzerkrankung steigt mit zunehmendem Alter stark an. Bereits im Jahr 2000 gab es Berechnungen zu Folge ca. 950000 Personen mit einer Demenz in der Altersgruppe der über 65-Jährigen. Das demenzielle Syndrom ist mit vierzig Prozent, bei beiden Geschlechtern der über 80-Jährigen, die häufigste pflegebegründete Diagnose. Bei den über 90-Jährigen werden Inzidenzwerte von über dreißig Prozent angegeben (vgl. Aeffner et al. 2002, 143-180). Grund für die Zunahme des Krankheitsbildes ist unter anderem der demografische Wandel der Bevölkerung, wie zahlreiche epidemiologische Studien belegen. Die ältere Bevölkerung, und in diesem Zusammenhang sind speziell Menschen mit Demenz gemeint, wird aber nicht nur in der Gesellschaft aus unterschiedlichen Perspektiven diskutiert, sondern hat auch in zahlreichen wissenschaftlichen Disziplinen, wie z. B. der Medizin, der Pflegewissenschaft oder der Geriatrie, mehr Aufmerksamkeit erhalten. Es zeigt sich, dass Handlungsbedarf bei der Pflege und Versorgung von Personen mit Demenz besteht. Die explizite Auseinandersetzung mit dem Thema „Alter und Demenz“ im vierten Altenbericht der Bundesregierung verdeutlicht, dass die Brisanz des Themas auch auf politischer Ebene erkannt worden ist und inzwischen weit oben auf der politischen Tages-

ordnung angesiedelt ist. Seit 2007 fördert das Bundesministerium für Gesundheit mit der Aktion „Leuchtturmprojekte“ speziell Einrichtungen und Organisationen, die sich durch Innovationen im Bereich der Versorgung und Pflege bei Menschen mit Demenz hervorheben (vgl. BMG 2008a, 1-2). Des Weiteren hat die jüngste Reform des Pflegeversicherungsgesetz im Sommer 2008 die Personen mit Demenz finanziell besser gestellt (vgl. BMG 2008b, 23, 25).

Festzustellen ist, dass die Demenz heute schon für viele Einrichtungen als Herausforderung angesehen wird. Einige Träger reagieren darauf mit Spezialisierungen, wie bspw. Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz, oder versuchen sich in der Anwendung von Konzepten, wie z. B. der Validation. Der Fokus liegt dabei häufig auf Veränderungen von Strukturen und Prozessen. Das Ergebnis und die Auswirkungen auf die Person mit Demenz finden dabei häufig nicht ausreichend Beachtung. Es ist fraglich, für wen Qualität geschaffen wird und welche Art der Qualität im Vordergrund steht. Häufig findet sich in der Altenpflege immer noch die Annahme, dass gut funktionierende Prozesse und Strukturen zu zufriedenen Bewohnern und Bewohnerinnen führen (vgl. Gebert, Kneubühler 2003, 383). Jedoch weisen Pflegewissenschaftler und Pflegewissenschaftlerinnen diesbezüglich auf eine nicht immer ausreichende wissenschaftliche Fundierung der demenzspezifischen Konzepte hin, so z. B. beim Einsatz der Validation (vgl. Dinand, Eickelmann 2004, 293). Zugleich fordert die Pflegewissenschaft, zielgruppenspezifische und einrichtungsspezifische Instrumente zu entwickeln. Bereits 2002 machte eine Pflegewissenschaftlerin in einer Veröffentlichung darauf aufmerksam, welche Herausforderungen für die Pflegeforschung in den nächsten Jahren anstehen werden. Dabei reichen die klassischen Forschungstypen - die Grundlagenforschung und die anwendungsorientierte Forschung - als solche nicht mehr aus. Schaeffer fordert die Entwicklung von Instrumenten und den vermehrten Einsatz der Evaluationsforschung (vgl. Schaeffer 2002, 75-76). Bisher finden sich aber wenig Instrumente in Deutschland, die sich auf das Ergebnis bei Patienten und Patientinnen bzw. Bewohner und Bewohnerinnen konzentrieren. Die Notwendigkeit der Entwicklung von Instrumenten, welche von der Wissenschaft als „gut“ eingestuft werden können, wird durch die nationalen Expertenstandards, herausgegeben vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), verdeutlicht. Die geringe Anzahl an „guten“ Instrumenten führt dazu, dass in den nationalen Expertenstandards teilweise keine konkreten Instrumente empfohlen werden können. Es ist auch festzustellen, dass durch die seit kurzem verbindliche Einführung der Expertenstandards in Altenpflegeeinrichtungen die Diskussion um Instrumente nicht nur vermehrt in der Pflegewissenschaft geführt wird, sondern auch in der Pflegepraxis.

Die persönliche Motivation für die Erstellung dieser Bachelorarbeit verfestigte sich durch den Besuch der Heidelberger Tagung „Lebensqualität bei Demenzerkrankung – Assessment, Intervention, Ethik und Recht“ vom 19. Mai 2008. Die Tagung verschaffte einen Überblick über die Thematik der Lebensqualität bei Demenzerkrankungen. Vorgestellt wurde dabei auch das Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität Demenzkranker (H.I.L.DE.). Das Instrument H.I.L.DE. und das Dementia Care Mapping (DCM) als ein weiteres Instrument setzen sich beide mit dem Thema Lebensqualität bzw. Wohlbefinden bei Personen mit Demenz auseinander. Damit greifen beide Instrumente die Thematik Lebensqualität mit dem Fokus der Ergebnisqualität auf. Die Erfassung der Perspektive von Personen mit Demenz ist bei Instrumenten immer noch eher selten vorzufinden (vgl. Gebert, Kneubühler 2003, 283-284). Dies erweckte unser Interesse, uns mit diesen Instrumenten intensiver auseinander zu setzen, um einen Eindruck darüber zu bekommen, wie DCM und H.I.L.DE. die Schwierigkeit der Perspektivenübernahme lösen. Positiv hervorzuheben ist bei beiden Instrumenten, dass die Lebensqualität von Personen mit Demenz in den Mittelpunkt rückt und Strukturen und Prozesse eher im Hintergrund stehen. Beide Instrumente lassen somit eine ähnliche Zielsetzung im Ergebnis vermuten. Da beide Instrumente bislang in der Literatur noch nicht gegenübergestellt wurden und einer Diskussion unterzogen wurden, stellte dies ein ideales Thema für die Bachelorarbeit dar. Die Zunahme der Demenzerkrankungen, die aktuelle Versorgungslage von Menschen mit Demenz, die oftmals nicht ausreichend auf die Ergebnisqualität achtet, und die immer noch bestehende Forderung aus der Pflegewissenschaft zur Entwicklung von „guten“ Instrumenten und der zunehmenden Bedeutung der Evaluationsforschung waren Motivation für die intensivere Auseinandersetzung mit der Thematik, so dass wir uns folgende Ziele für diese Bachelorarbeit setzen:

- Ziel ist die inhaltliche Darstellung des Instrumentes Dementia Care Mapping (DCM) sowie des Heidelberger Instruments zur Erfassung der Lebensqualität Demenzkranker (H.I.L.DE.), die Klärung der Entstehungshintergründe und die Beschreibung der Vorgehensweise bei der Anwendung des jeweiligen Instrumentes.
- Ziel ist es, die beiden Instrumente DCM und H.I.L.DE. anhand ausgewählter pflegewissenschaftlicher Kriterien zu analysieren, zu diskutieren und anschließend auf dieser Grundlage eine begründete Empfehlung zu formulieren.

Zur Erreichung dieser Ziele werden zunächst die beiden Instrumente DCM und H.I.L.DE beschrieben. Darauf aufbauend folgt im nächsten Schritt die Darstellung der aktuellen Literaturlage zu Instrumenten und hierbei speziell zum Thema pflegerische Assessmentinstrumente. Dieses Vorgehen soll dazu dienen, dass im Weiteren geeignete pflegewis-

senschaftliche Kriterien für die anschließende Analyse und Diskussion der beiden Instrumente ausgewählt werden können. Dabei sind die ausgewählten Kriterien maßgeblich für die Strukturierung der Analyse und der Diskussion. Anschließend erfolgt eine Gegenüberstellung der beiden Instrumente. Dies stellt die Grundlage für die Formulierung einer begründeten Empfehlung dar. Abschließend erfolgt im Resümee eine Einschätzung zur Relevanz des Themengebietes, zur Literaturlage sowie eine Überprüfung der Ziele der Bachelorarbeit.

Die Literaturrecherche umfasst Publikationen aus den Bereichen Pflege und Pflegewissenschaft, Gerontologie und Geriatrie. Neben Büchern wurden auch Publikationen in Fachzeitschriften der Pflege, Pflegewissenschaft und Gerontologie und Geriatrie gesichtet. Auch Internetseiten und die Ergebnisse aus den Datenbanken Academic Search Elite, Cinal und Carelit wurden verwendet. Bei der Literatur wurde überwiegend deutschsprachige Literatur verwendet, es findet sich teilweise auch englischsprachige Literatur.

2 Darstellung der Instrumente DCM und H.I.L.DE.

2.1 Darstellung des Instrumentes DCM

2.1.1 Entstehungshintergrund

DCM kann bzw. wird nicht ohne Sinnzusammenhang in die deutsche Sprache übersetzt. DCM wird in der deutschen Übersetzungsvariante als eine Abbildung von der Pflege und Betreuung von Personen mit Demenz übersetzt (vgl. Müller-Hergl 1998, 36). Das DCM befindet sich momentan in einer Art Hochphase der Veränderung. Das DCM in siebter Auflage ist in Deutschland momentan noch im Einsatz, während in England, dem Herkunftsland des DCM, bereits die achte Auflage des DCM teilweise verwendet wird. Die achte Auflage des DCM befindet sich in Deutschland aktuell in der Übersetzungsleistung von der englischen in die deutsche Sprache. Es wird versucht, diesen Veränderungen in dieser Bachelorarbeit gerecht zu werden. Deshalb wird bei der Darstellung und der späteren Analyse und Diskussion auf die siebte Auflage des DCM Bezug genommen, jedoch findet sich immer der Hinweis, welche Veränderungen in der achten Auflage des DCM vorgenommen wurden und welche Neuerungen dadurch entstehen. Damit soll eine größtmögliche Aktualität bewahrt bleiben. Festzustellen ist, dass das DCM Handbuch inklusive DCM Manual ausschließlich für Absolventen und Absolventinnen eines kostenpflichtigen DCM Kurses zugänglich ist. Es konnte deshalb leider kein Rückgriff auf die DCM Handbücher der siebten und achten Auflage erfolgen, bzw. konnte in kein DCM Handbuch aus früheren Auflagen Einsicht genommen werden.

Das DCM wurde Ende 1980 entwickelt. Initiator dafür war ein Träger, welcher die Qualität seiner Demenzpflege innerhalb seines Tagespflegeangebots überprüfen lassen wollte. Aus diesen Anfängen entwickelte sich im Laufe der Jahre das DCM. Das DCM ist dabei im Verlauf allein für die stationäre Langzeitpflege entwickelt worden. Maßgebliche Entwicklungsarbeit leistete der Sozialpsychologe Kitwood und seine Mitarbeiterin Bredin. Er gründete 1992 die Forschungsgruppe Bradford Dementia Group. Eine Hauptaktivität dieser Gruppe war und ist die Entwicklung bzw. Weiterentwicklung des DCM. Kitwood verstarb 1998. Die Bradford Dementia Group hat im Sinne von Kitwood das DCM weiterentwickelt und inzwischen die siebte Auflage bzw. die achte Auflage des DCM Handbuchs Buch „veröffentlicht“. Diese DCM-Handbücher sind jedoch nur für ausgebildete DCM Beobachter und Beobachterinnen, auch bezeichnet als Mapper, zugänglich. In England fand DCM, das 1992 auf den Markt kam, eine rasche Verbreitung in der stationären Altenpflege. Die inzwischen achte Auflage des DCM zeigt die rasante Weiterentwicklung, aber auch die weiterhin konstante Nachfrage. Die englische Regierung empfiehlt 2000 das DCM als ein Instrument zur Evaluation von Demenzpflege. Auch international verbreitet sich DCM, es wurde 1997 in Deutschland eingeführt (vgl. Innes 2004, 15-17). Der deutsche Importeur Christian Müller-Hergl ist Theologe und Altenpfleger und ist an der weiteren Verbreitung des urheberrechtlich geschützten DCM beteiligt (vgl. Rückert 2000, 53).

2.1.2 Ziele und Aufgaben des DCM

Die Ziele und Aufgaben des DCM werden in der deutschen Literatur unterschiedlich, wenn auch ähnlich, formuliert. Es sind jedoch gewisse Nuancen feststellbar. So beschreibt eine Autorin DCM im Rahmen eines vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten DCM-Projektes. Dabei bezeichnet sie DCM als ein Beobachtungsassessment, durch das das Alltagserleben von Bewohnern und Bewohnerinnen mit Demenz abgebildet werden kann (vgl. Riesner 2006, 36). In einer weiteren Fachzeitschrift bezeichnet eine Autorin die Zielsetzung des DCM als eine entwicklungsbezogene Methode, durch die langfristig eine Verbesserung der Befindlichkeit erreicht werden soll (vgl. Müller 2001, 353). Eine ähnliche Zielaussage findet sich in einem weiteren Artikel, bei dem auf die Abbildung des Pflegeprozesses durch DCM hingewiesen wird. Dadurch steht der Mensch mit Demenz im Mittelpunkt (vgl. Strunk-Richter 2001, 466). In einer weiteren Zielformulierung erfolgt eine Kombination, dabei wird sowohl auf die Evaluation der Pflege von Bewohnern und Bewohnerinnen mit Demenz hingewiesen, aber auch auf die Vorgehensweise der Beobachtung und die Einnahme des Standpunktes der Bewohner und Bewohnerinnen mit Demenz. Somit wird eine präzise Abbildung des Pflegeprozesses als möglich angesehen (vgl. Kranich 2001, 19). Das DCM wird im gleichnamigen Buch als ein Instrument beschrieben, das verschiedene Ziele bzw. mögliche Aufgaben verfolgt.

„Als Instrument dient DCM dazu, das Ausmaß zu messen, in dem der person-zentrierte Pflegeansatz für Menschen mit Demenz, die in formellen Pflege-Settings leben, auch wirklich umgesetzt wurde. Darüber hinaus bietet DCM ein Assessment des Pflegeprozess und der Pflegeergebnisse bei Menschen mit Demenz.“ (Innes 2004, 15)

Aufgrund der verschiedenen Zielformulierungen bzw. Aufgaben lässt sich erkennen, dass DCM ein Instrument ist, das durch den Einsatz einer Fremdeinschätzung, und hierbei speziell durch Beobachtung, die Qualität des Pflegeprozesses mit dem Fokus des Wohlbefindens der Bewohner und Bewohnerinnen mit Demenz darstellt. Ziel ist die Evaluation der Qualität der Pflege, aber auch die Überprüfung des Wohlbefindens der Bewohner und Bewohnerinnen mit Demenz, um dadurch die Ergebnisqualität dieser beiden Aspekte darzustellen.

2.1.3 Theoretische Ursprünge

Es werden von Kitwood bzw. in der Literatur für das DCM drei theoretische Stränge benannt. Alle drei haben wechselweise einen mehr oder weniger starken Einfluss bei der Entwicklung und Weiterentwicklung des DCM. Nicht alle drei theoretischen Ursprünge entstanden zur selben Zeit, jedoch ist auch in der Reihenfolge der Darstellung in dieser Bachelorarbeit oder in der Literatur keine Hierarchisierung vorgenommen worden. Vielmehr zeigt sich in der Literatur, dass keine systematische, theoretische Entwicklung des DCM erfolgte. Der erste theoretische Strang bezieht sich auf die Ablehnung bzw. die Kritik am medizinischen Modell. Der zweite Strang erklärt die humanistische und ganzheitliche Herangehensweise, hierbei spielen die Anerkennung der Person und die Empathie die Hauptrollen. Der dritte Strang nimmt Bezug auf die moralische Entwicklung der Pflege. Der ebenfalls von Kitwood begründete person-zentrierte Ansatz spielt bei der frühen Entwicklung des DCM noch keine dominante Rolle, erst in der Weiterentwicklung sind Einflüsse erkennbar (vgl. Capstick 2004, 33-36). Die Verbindung und Nähe zum person-zentrierten Ansatz führt jedoch immer wieder fälschlicherweise zur synonymen Verwendung der Begriffe DCM und person-zentrierter Ansatz (vgl. Capstick 2004, 27). Die Nähe des person-zentrierten Ansatzes und des DCM begründet sich am deutlichsten darin, dass die DCM Beobachter und Beobachterinnen, sogenannte Mapper, das Erleben der Menschen mit Demenz „nachspüren“. In Publikationen wird dabei immer wieder auf das „in die Schuhe der Person mit Demenz zu schlüpfen“ verwiesen (vgl. Müller-Hergl 1998, 37). Es ist wohl dieser Aspekt, der die Nähe und Ähnlichkeit zum person-zentrierten Ansatz auslöst (vgl. Riesner 2006, 36). Vor allem die ersten beiden theoretischen Ursprünge des DCM zeigen in der späteren Entwicklung des person-zentrierten Ansatzes ihre starke

theoretische Verbindung zueinander. Ebenso ist zu beachten, welche Entwicklungen das DCM vollzogen hat.

„Seine (Anmerkung Autor: Kitwood) frühen Versionen des Dementia Care Mapping (DCM) waren ein Versuch, Pflege aus der Perspektive der Person mit Demenz zu beurteilen. Spätere Versionen betonen den entwicklungsbezogenen Charakter dieser Beurteilungen als treibende Kraft für die Entwicklung einer person-zentrierten Pflege.“ (Brooker 2008, 24)

Deutlich wird dadurch nochmals, welche Einsatzmöglichkeiten sich durch das DCM bieten. Natürlich kann das DCM, wie auch bereits in den Zielen des DCM dargestellt, zur Messung des Verbreitungsgrades von person-zentrierter Pflege in einer Einrichtung verwendet werden. Durch den Einsatz von DCM besteht die Möglichkeit einer Verknüpfung mit dem person-zentrierten Ansatz. Dies ist jedoch nicht zwingend Voraussetzung für die Anwendung des DCM (vgl. Innes 2004, 144-145). Neben dieser künstlichen Abgrenzung zum person-zentrierten Ansatz ist das Verständnis für die Theorie eine Grundlage, um das Instrument DCM kompetent anwenden zu können. Eine Mitarbeiterin der Bradford Dementia Group verweist darauf, dass ein Verständnis für die Theorie essentiell ist und nicht nur die Beherrschung der Technik des DCM als eine Grundlage angesehen werden darf (vgl. Innes 2004, 144).

Erster theoretischer Strang

Der erste theoretische Strang ist begründet durch Kitwoods Kritik am medizinischen Modell, ebenfalls als Ablehnung des Standardparadigmas in der Medizin bezeichnet. Kitwood hat eine „sozialpsychologische Theorie der Demenzpflege“ (BMG 2006, 83) entwickelt. Diese Denkweise lehnt die medizinische Sichtweise zur Behandlung und Pflege von Personen mit Demenz ab. Vielmehr entwickelt Kitwood seine eigene Sicht der Dinge. Diese neue Denkweise spiegelt sich hauptsächlich in zwei Kategorien des DCM wieder. Kitwood entwickelt aus seiner Sichtweise heraus die maligne bzw. bösartige Sozialpsychologie. Dieser Begriff stellt die schädliche bzw. bösartige Form der Demenzpflege dar.

„[...] , dass vieles von dem «Problemverhalten», das Menschen mit Demenz zugeordnet wird, nicht – wie im medizinischen Demenz-Modell dargelegt - von einem inneren Krankheitsprozess im Gehirn, sondern von emotionalem Unwohlsein herührt.“ (Kitwood in Capstick 2004, 29)

Dieses Zitat verdeutlicht nochmals die Abwendung Kitwoods vom medizinischen Modell und der medizinischen Erklärung für die Entstehung und die notwendigen Behandlungsschritte bei Personen mit Demenz. Kitwood führt das Vorhandensein von Unwohlsein bei Personen mit Demenz auch auf das Verhalten der Pflegenden zurück bzw. auf das Um-

feld von Personen mit Demenz. Durch die Reaktion und den Umgang der Pflegenden mit Personen mit Demenz kommt es zur malignen Sozialpsychologie bei diesen Personen mit Demenz. Kitwood vermutet, dass dadurch die Gefahr einer Verschlechterung des Zustandes bei Personen mit Demenz als mögliche Folge der malignen Sozialpsychologie entsteht. Diese Art einer Abwärtsspirale bei Personen mit Demenz hat Kitwood deshalb im DCM aufgegriffen. Er identifiziert 17 Arten der malignen Sozialpsychologie, wie bspw. Betrug, Lästern und/ oder Ignorieren (vgl. Kitwood 2005, 73-76). Bei der Anwendung des DCM werden Verhaltensweisen der Pflegenden, die ein Anzeichen für die maligne Sozialpsychologie darstellen, als eine Personal Detraction (PD) kodiert. Kitwood sieht diese Kodierung nicht als eine Schuldzuweisung, sondern als eine Art Chance der Sensibilisierung von Pflegenden. Er sieht im Verhalten der Pflegenden im Zusammenhang mit der malignen Sozialpsychologie keinen bewusst böartigen Willen, sondern vielmehr eine erlernte Reaktion. Die Spuren des medizinischen Modells und die Sichtweise dieses Modells werden in der Art der traditionellen Betreuung durch die Pflegenden deutlich. Als Grund dafür benennt Kitwood auch eigene Ängste der Pflegenden wie z. B. Angst vor dem Alter. Bei den Ängsten der Pflegenden geht Kitwood auf moralische Unterweisungen und psychodynamische Theorien ein. Diese beiden Ansätze, der Moral und der psychodynamischen Theorien werden in den beiden weiteren theoretischen Strängen nochmals verdeutlicht (vgl. Capstick 2004, 29-30).

Neben der malignen Sozialpsychologie, die im DCM durch die Kodierung in Personal Detraction ihren Einzug findet, beeinflusst die Ablehnung des Standardparadigmas bzw. die Kritik am medizinischen Modell eine weitere Kategorie des DCM. Kitwood verfolgt das Ziel, das Wohlbefinden von Menschen mit Demenz zu messen bzw. zu überprüfen. Dabei bezeichnet er die Verluste an Fähigkeiten bedingt durch die Demenz als tragisch (vgl. Müller-Hergl 2001, 117). Dennoch leitet ihn die Annahme, dass Personen trotz ihrer Demenz zwar kein absolutes, jedoch ein relatives Wohlbefinden erfahren können. Durch Annahmen wie diese wird der von Kitwood verwendete Begriff und die damit verbundene Werthaltung gegenüber einer Person mit Demenz verständlicher. Durch die Kritik an der medizinischen Sichtweise, bei der Kitwood nur die pathogenen Vorgänge des Gehirns im Mittelpunkt sieht, verdeutlicht er nochmals seine Sichtweise. Demenz ist ein Handicap und Kitwood sieht die Person mit Demenz im Wirkungskreis verschiedener Einflussfaktoren, bestehend aus neuropathologischer Erkrankung, sozialem Umfeld und Erfahrungen und Ereignissen der Person (vgl. Kitwood 2005, 79-83, 193-196). Seine Sichtweise besagt, dass jede Person - auch die Person mit Demenz - Wohlbefinden und Unwohlsein empfinden kann. Deshalb werden bei der Anwendung des DCM Werte des Wohlbefindens bzw. des Unwohlseins von DCM Beobachtern und Beobachterinnen kodiert (vgl.

Strunk-Richter 2005, 47; Capstick 2004, 27-35). Wohlbefinden bzw. Unwohlsein wurde von Kitwood im Rahmen der Entwicklung und Weiterentwicklung des DCM nicht definiert. Müller-Hergl, der deutsche Importeur, beschreibt die Entstehung von Wohlbefinden bei Bewohner und Bewohnerinnen unter dem Aspekt der Pflegequalität.

„Das Wohlbefinden von Menschen mit Demenz hängt wesentlich von der Qualität der Beziehung ab. Geht es dem Menschen mit Demenz relativ gut, dann bedeutet dies, daß (!) ihren primären Impulsen Raum gegeben wird und ihre emotionalen Bedürfnisse eine adäquate Resonanz finden: dann (!) ist die Pflege gut.“ (Müller-Hergl 1999, 99)

In der achten Auflage des DCM erfolgt bezüglich der Kodierung der Werte des Wohlbefindens eine Veränderung. Sie werden verfeinert, in dem sie nun als mood/engagement values (ME) kodiert werden und über den gesamten Beobachtungszeitraum nur noch ein Wohlbefindlichkeitswert generiert wird (vgl. Brooker, Surr 2006, 18).

Zweiter theoretischer Strang

Der zweite theoretische Strang ist überwiegend mit der humanistischen Psychologie in Verbindung zu bringen. Wobei auch hier anzumerken ist, dass verschiedene Theorien ihren Einfluss hatten. Die ethnogene Sozialpsychologie, der psychodynamische Ansatz und die humanistische Psychologie nach C. Rogers werden als Elemente in der Literatur benannt. Auffallend ist, dass die Elemente nicht immer durchgängig Anwendung finden. Dies verdeutlicht sich bei der unterschiedlichen theoretischen Fundierung von Personen mit Demenz und Pflegenden. Bei Personen mit Demenz wird mehr die ethnogene Sozialpsychologie betrachtet, wobei im Gegensatz dazu die Pflegenden mehr mit Moral und psychodynamischen Elementen in Verbindung gebracht werden (vgl. Capstick 2004, 27-34).

Im zweiten theoretischen Strang des DCM findet aber vor allem die Person mit Demenz ihre theoretischen Ursprünge. Kitwood nutzt bei der theoretischen Fundierung des DCM vor allem das Element der humanistischen Psychologie, begründet nach C. Rogers. Dies wird im ebenfalls durch Kitwood entwickelten person-zentrierten Ansatz als ein deutliches theoretisches Element sichtbar. Die humanistische Psychologie nach C. Rogers geht von einer positiven Wertschätzung einer jeden Person aus. Diese theoretische Aussage spiegelt sich in den Kategorien des DCM wieder. Damit ist DCM nicht als wertfreies Instrument einzuordnen. Die humanistische Psychologie nach C. Rogers spiegelt sich bspw. im Zusammenhang mit der malignen Sozialpsychologie wider. Bei der malignen Sozialpsychologie wird eine Wertschätzung der Person nicht ermöglicht, sondern gegenteiliges bewirkt. Ab der siebten Auflage des DCM werden positive Ereignisse kodiert, die eine

Wertschätzung der Person mit Demenz darstellen. Diese werden in relativ freier Form von den Mappern als Positiv Event Records (PER) kodiert (vgl. Capstick 2004, 27-35). Ab der achten Auflage des DCM findet sich bereits eine Erweiterung für die PER. Es wurden genau wie bei den PD 17 Formen von PER geschaffen, so dass eine strukturiertere Erfassung ermöglicht wurde (vgl. Brooker 2008, 90). Ebenfalls erfolgte eine Umbenennung der PER. Diese werden nun als Personal Enhancers (PE) bezeichnet (vgl. Brooker, Surr 2006, 18-19). Diese Neuerungen nehmen im Sinne der humanistischen Psychologie nach C. Rogers vermehrt Bezug auf die positive Wertschätzung der Person mit Demenz. So wird bspw. Echtheit als ein PE kodiert, damit ist ein offenes und ehrliches Verhalten gegenüber Personen mit Demenz gemeint (vgl. Brooker 2008, 90-93). Ausdrücklich wird darauf hingewiesen, dass die Kodierung der PER bzw. der PE kein Gegengewicht zu den PD darstellt, sondern als ein alternativer Weg im Umgang mit Personen mit Demenz interpretiert werden soll (vgl. Brooker 2008, 90).

In der Literatur zur theoretischen Fundierung des DCM wird ein weiterer wichtiger Teilaspekt der humanistischen Psychologie nach C. Rogers beschrieben. So nimmt neben der positiven Wertschätzung die Empathie, begründet durch C. Rogers, eine zentrale Rolle im zweiten Strang der theoretischen Fundierung ein. Dieser Aspekt findet sich beim DCM in der Anwendung durch die Beobachtung wieder.

„Dies zu tun beinhaltet erheblich mehr als einfaches Beobachten. Es erfordert die als Empathie bekannte Fähigkeit, in der Lage zu sein, sich imaginär an die Stelle der bzw. des Anderen zu versetzen und zu verspüren, wie das Leben – vom Bezugsrahmen dieser Person aus betrachtet – sein könnte.“ (Bradford Dementia Group in Capstick 2004, 27)

Die Fähigkeit der Empathie wird als eine Voraussetzung für die Anwendung des DCM durch die DCM Beobachter und Beobachterinnen dargestellt. Die Empathie wird in Bezug auf die Anwendung des DCM häufig versinnbildlicht mit der Aussage „des in die Schuhe der Person mit Demenz schlüpfen“. Dadurch verdeutlicht sich nochmals die Werthaltung die sich im DCM widerspiegelt. Gegenüber einem Bewohner und einer Bewohnerin mit Demenz soll bei der Durchführung des DCM eine positive Wertschätzung durch die DCM Beobachter und Beobachterinnen vermittelt werden (vgl. Capstick 2004, 26-27). Diese Vermittlung einer positiven Wertschätzung erfolgt durch den Einsatz von Empathie, die dazu instrumentalisiert wird (vgl. Müller-Hergl 1999, 98-99).

Dritter theoretischer Strang

Der dritte theoretische Strang Kitwoods spiegelt sich in der Literatur zu DCM häufig nicht so deutlich wider wie die beiden Stränge der Abkehr vom Standardparadigma und der

humanistischen Psychologie nach C. Rogers. Im dritten theoretischen Strang beachtet Kitwood vor allem die Pflege in Hinblick auf die Moral. Er betrachtet die Motivation für ihr pflegerisches Handeln aus der Sichtweise der Moral. Zur ethologischen Sozialpsychologie und der humanistischen Psychologie finden sich kaum Schnittstellen in dieser Betrachtungsweise (vgl. Müller-Hergl 2004c, 119).

„Kitwood sah die Pflegeperson nicht als eine aktiv «Bedeutung Schaffende», sondern als jemanden, der unter dem Einfluss von Formen unbewusster psychische Abwehr im Hinblick auf unterdrückte Ängste vor Altern [...] agiert.“ (Capstick 2004, 32)

Die moralischen Gedanken Kitwoods zu der Position der Pflege werden vor allem in seinen späteren Büchern zum person-zentrierten Ansatz deutlicher. Neben der moralischen Sichtweise geht Kitwood in seinen Büchern zum person-zentrierten Ansatz auf die Transaktionsanalyse und hierbei auf das Lebensweltkonzept ein. Darin sieht Kitwood Möglichkeiten, die verborgenen Motive für die Aufnahme des Pflegeberufes zu ergründen (vgl. Kitwood 2005, 176-183). Der dritte theoretische Strang im DCM wird vielleicht am ehesten durch die Annahme verdeutlicht, dass die Pflegequalität einen maßgeblichen Einfluss auf das relative Wohlbefinden von Personen mit Demenz hat, wobei auch hier nur auf die Tendenz und nicht auf die absolute Wirkungsweise hingewiesen wird (vgl. Müller-Hergl 2001, 126). Der deutsche Importeur des DCM verweist darauf, dass durch die Anwendung des DCM die Pflegenden lernen, die Person mit Demenz zu halten, zu fördern und zu stützen. Er verweist dabei auf die menschlichen Kompetenzen und die Kontaktfähigkeit, die Pflegenden besitzen. Er sieht für die Pflege die Chance, durch die Spiegelung des pflegerischen Handelns eigene Anteile ihrer Pflege zu verändern bzw. neue Kompetenzen zu erlangen (vgl. Müller-Hergl 1998, 37).

Fazit zu den theoretischen Ursprüngen

Alle drei theoretischen Stränge finden sich mehr oder weniger im DCM wieder. Die Abkehr vom Standardparadigma wird in der späteren Anwendung durch die Skala der Werte des Wohlbefinden bzw. Unwohlsein im DCM verdeutlicht bzw. ab der achten DCM Auflage zusätzlich durch die mood/engagement values (ME) unterstützt. Die Abkehr vom Standardparadigma wird außerdem verdeutlicht durch die Kodierung der malignen Sozialpsychologie bzw. der Personal Detraction (PD) (vgl. Innes 2004, 16-18; Capstick 2004, 30-31). Der zweite theoretische Strang, der sich vor allem mit der humanistischen Sozialpsychologie nach C. Rogers befasst, zeigt seine Auswirkungen im DCM durch die Wertschätzung einer jeden Person mit Demenz und der Beobachtung, bei der der Einsatz von Empathie die Hauptrolle spielt. Deutlich wird damit nochmals die Nähe und Verbindung der einzelnen theoretischen Stränge zueinander. Die Beobachtung ist die eingesetzte Metho-

de zur Erfassung der Werte des Wohlbefindens bzw. Unwohlsein und zur Erfassung von PD (vgl. Capstick 2004, 26-28). Des Weiteren findet sich ab der siebten Auflage die neu eingeführten Positiv Event Records, die die positiven Interaktionen während des Beobachtungszeitraums erfassen und als Personal Enhancers (PE) ab der achten DCM Auflage bezeichnet werden (vgl. Brooker, Surr 2006, 17-19). Der dritte theoretische Strang, welcher sich vor allem mit der moralischen Unterweisung der Pflegenden befasst, spiegelt sich nicht explizit im DCM, bspw. durch eine bestimmte Skala bzw. Kategorie, wider. Vielmehr ist es wohl das spätere Ergebnis bezüglich des Wohlbefindens der Person mit Demenz, welches dann Rückschlüsse auf den dritten theoretischen Strang ermöglicht (vgl. Capstick 2004, 35-36). Anzumerken ist, dass bei den theoretischen Ursprüngen Ähnlichkeiten mit dem ebenfalls von Kitwood begründeten person-zentrierten Ansatz immer wieder deutlich werden, zum Beispiel durch die Empathie. Während in den Veröffentlichungen der 1990er Jahre mehr auf die Möglichkeiten der Verbindung von DCM und person-zentrierten Ansatz auf Praxisebene hingewiesen wird, finden sich in neueren Publikationen vermehrt klare Anzeichen dafür, dass DCM ein Instrument ist, das auf der Philosophie des person-zentrierten Ansatz basiert und eine ganzheitliche Sichtweise beinhaltet (vgl. Bradford Dementia Group 2008, 1).

2.1.4 Anwendung und Vorgehensweise beim DCM

Die Beschreibung der Anwendung bzw. der Vorgehensweise soll zum einen die theoretischen Elemente verdeutlichen und zum anderen die Technik des DCM vermitteln. DCM wird als „sanfte Theorie, harte Methode“ (Capstick 2004, 26) bezeichnet. Die Anwendung des DCM ist nur durch lizenzierte Mapper bzw. DCM Beobachter und Beobachterinnen möglich bzw. legal. Das Zertifikat kann durch einen dreitägigen Basiskurs erlangt werden. Die Kursteilnehmer und Kursteilnehmerinnen erhalten dort eine Einweisung in das DCM Handbuch. Außerdem ist es den ausgebildeten Mappern danach möglich, in ihrer Einrichtung fünf weitere Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen im DCM zu schulen. Mit diesem Vorgehen soll der Missbrauch bzw. die fälschliche Anwendung des DCM verhindert werden (vgl. Rückert 2000, 54). Festzustellen ist, dass es ausreichend viele geschulte DCM Beobachter und Beobachterinnen gibt. In der Datenbank der Bradford Dementia Group, dem Vertreter des DCM, befinden sich mehr als 4000 Personen, die bislang einen DCM-Kurs absolviert haben (vgl. Brooker, Surr 2006, 19). Es lassen sich überwiegend Ärzte und Ärztinnen, Pflegende, Psychologen und Psychologinnen, Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen im DCM schulen (vgl. Innes 2004, 15). Bei der Anwendung des DCM werden oftmals Anglizismen verwendet, bspw. wird von „mappen“ im Sinne von beobachten gesprochen (vgl. Müller-Hergl 1998, 35-36).

Das Beobachten durch die geschulten DCM Beobachter und Beobachterinnen erfolgt nur im öffentlichen Raum. Diese Tatsache ist durch den Respekt der Privatsphäre einer jeden Person und damit auch ethisch begründet. Außerdem geht Kitwood davon aus, dass sich auch in den privaten Räumen ähnliches abspielt wie in den öffentlichen Räumen. Das Badezimmer, die Toilette und das eigene Zimmer der Bewohner und Bewohnerinnen mit Demenz sind somit im Rahmen der Beobachtung Tabu (vgl. Müller-Hergl 2001, 125). Bevor die tatsächliche Anwendung des DCM im Sinne der Beobachtung durch die Mapper stattfindet, ist die Einverständnis des Bewohners bzw. der Bewohnerin mit Demenz einzuholen bzw. der bevollmächtigten Angehörigen oder dem dafür zuständigen gesetzlichen Betreuer bzw. der zuständigen gesetzlichen Betreuerin. Dieses Einholen einer Einverständniserklärung ist eine Grundvoraussetzung, stellt das Beobachten doch eine Form des Eingriffs in die Privatsphäre dar (vgl. Rückert 2000, 54). Je nach Erfahrungsgrad des Beobachters bzw. der Beobachterin kann er bzw. sie fünf bis zehn Bewohner und Bewohnerinnen mit Demenz innerhalb des Beobachtungszeitraums beobachten. Voraussetzung dafür ist, dass die Bewohner und Bewohnerinnen mit Demenz einverstanden sind und sie sich in den öffentlichen Räumen während des Beobachtungszeitraums aufhalten. Außerdem muss die Demenz diagnostisch abgesichert sein (vgl. Innes 2004, 16). Eine weitere Voraussetzung vor Beginn der Beobachtung ist die Absicherung der Reliabilität. Sind mehr als zwei Mapper an der Beobachtung beteiligt, so findet ein einstündiger Reliabilitätstest statt. Mit diesem Vorgehen soll die Validität und Reliabilität erhöht werden. Dieser Hinweis findet sich bei Innes (vgl. Innes 2004, 16) und vermehrt in der englischsprachigen Literatur. Jedoch in der überwiegenden Anzahl der deutschen Fachliteratur, wie bspw. bei Müller-Hergl, findet sich kein solcher Hinweis. Deshalb kann nicht eindeutig die Verpflichtung zu diesem Reliabilitätstest ausgesprochen werden.

Innerhalb des Beobachtungszeitraumes ist das Ziel, ein möglichst vollständiges Bild des Bewohners bzw. der Bewohnerin mit Demenz aufzuzeigen. Deshalb wird an zwei aufeinander folgenden Tagen möglichst einmal vormittags und einmal nachmittags eine Beobachtung durchgeführt. In der Regel erstreckt sich der Beobachtungszeitraum am Vormittag von 8.00 Uhr bis 14.00 Uhr und am darauf folgenden Tag am Nachmittag von 14.00 Uhr bis 20.00 Uhr. Pro Tag ist ein Beobachtungszeitraum von sechs Stunden geplant. Diese sechs Stunden werden in fünf Minuten Zeitabschnitte unterteilt, auch bezeichnet als time-frames. In diesen fünf Minuten Zeitabschnitten werden mittels vier Kategorien die Daten eines Bewohners bzw. einer Bewohnerin mit Demenz erfasst. Die Erfassung der Daten stellt wiederum einen Bezug zur Theorie her. Die Datenerfassung findet anhand der Kodierung von Verhalten statt. Hierbei gibt es 24 Verhaltensitems in einer normativen Verhaltenskategorie. Jedes Verhalten, das ein Bewohner bzw. eine Bewohnerin mit De-

menz im fünf Minuten Zeitabschnitt zeigt und das einem Verhaltensitem zugeordnet werden kann, wird von dem DCM Beobachter bzw. der DCM Beobachterin kodiert. Bei Überschneidungen wird das Verhalten kodiert das ein höheres Potential zum Erhalt des Personsein hat. Dabei ist eine auf ressourcenerhaltende Regelung bei der Kodierung vorzufinden (vgl. Riesner 2006, 36). Die Verhaltenskategorie kann nicht eindeutig durch einen bestimmten theoretischen Strang begründet werden, sondern ist durch Kitwoods sozialpsychologischen Hintergrund zu erklären. Kitwood geht von bestimmten, beobachtbaren Verhaltensweisen bei Personen mit Demenz aus. Er spricht hierbei von der testbaren Sozialpsychologie der Demenz (vgl. BMG 2006, 83-84). Diese Möglichkeit der Interpretation von bestimmten Verhaltensweisen bei Personen mit Demenz führt zu 24 Verhaltensitems. Die 24 Items sind in einer Liste erfasst und mit einem Kode versehen. Diese Kodes stellen Merkhilfen dar, sie sind alphabetisch geordnet. Dies soll eine gewisse Sortierung und eine Erleichterung der Merkfähigkeit für den DCM Beobachter bzw. Beobachterin ermöglichen. Diese Erleichterung ist aufgrund der Übersetzung in die deutsche Sprache teilweise verloren gegangen. So steht der Kode F für Essen und Trinken, die alphabetische Zuordnung ging somit durch die Übersetzung in die deutsche Sprache verloren (vgl. Innes 2004, 17-18). In der achten Auflage des DCM sind die Verhaltensitems – bis auf wenige Veränderungen - erhalten geblieben. Drei neue Kodierungen des Verhaltens wurden eingefügt und ersetzen teilweise bisherige Verhaltenskodierungen (vgl. Brooker, Surr 2006, 18). Ein Auszug aus der Tabelle der Verhaltenskategorie stellt exemplarisch die unterschiedlichen Verhaltensitems der siebten Auflage des DCM dar.

Kode	Stichwort	Beschreibung der Kategorie
A	Artikulation	Verbal oder nonverbal mit anderen interagieren
B	Borderline	Sozial einbezogen sein, aber auf passive Weise
C	Kalt	Sozial nicht einbezogen sein, in sich gekehrt
D	Distress	Stress ohne Begleitung
E	Selbsta Ausdruck	Mit einer kreativen Tätigkeit beschäftigt sein
F	Nahrung	Essen und Trinken
G	Spiele	An einem Spiel teilnehmen
H	Werken	An einer handwerklichen Tätigkeit teilnehmen
I	Intellektuelles	Eine Aktivität, die sich auf intellektuelle Fähigkeiten konzentriert
J	Gelenke	An einer sportlichen oder gymnastischen Übung teilnehmen
L	Arbeit	Arbeit oder Pseudoarbeit
M	Medien	Sich mit Medien beschäftigen

Tab. 1: Verhaltenskategorie (vgl. Innes 2004, 17-18)

Parallel zur Kodierung des Verhaltens findet ebenfalls im fünf Minuten Zeitabschnitt die zweite Kodierung des relativen Wohlbefinden bzw. Unwohlsein des beobachteten Bewohner bzw. der Bewohnerin mit Demenz statt. Als Zeichen für relatives Wohlbefinden kann bspw. ein zufriedener Gesichtsausdruck des Bewohners und der Bewohnerin mit Demenz gedeutet werden. Hierbei zeigt sich, dass für die Beobachtung die Kompetenz zur Empathie notwendig ist. Die Kodierung von Wohlbefinden bzw. Unwohlsein erfolgt auf einer sechsstufigen Ordinalskala, die eine Einstufung von minus fünf bis plus fünf ermöglicht. Beim DCM wird von WIB Werten gesprochen, dies ist auf den englischen Ausdruck Well or Ill Being bzw. WIB zurückzuführen. Dabei drückt ein Wert von minus fünf eine extreme Wut, Angst oder auch Rückzug aus, es soll einen extrem negativen Zustand des Unwohlseins verdeutlichen. Der nächste mögliche Wert von minus drei deutet immer noch auf ein hohes Ausmaß an Unwohlsein hin, wie z. B. Angst oder auch eine anhaltende Vernachlässigung von mehr als 30 Minuten. Bei der Kodierung von minus eins findet sich nur noch ein leichtes Unwohlsein, dies kann durch Langeweile oder auch Rastlosigkeit ausgedrückt werden. Nach drei möglichen gestuften negativen Werten, die Unwohlsein darstellen, erfolgen nun ebenso drei mögliche positiv gestufte Werte, die Wohlbefinden ausdrücken. Dabei kann ein plus eins Wert kodiert werden, wenn bspw. gelegentliche Kontakte zu anderen Bewohnern und Bewohnerinnen stattfinden. Plus drei Werte zeigen sich durch ein erhebliches Wohlbefinden, das z. B. durch Aufnahme von Kontakten durch den beobachteten Bewohner bzw. der beobachteten Bewohnerin mit Demenz selbst deutlich wird. Der Wert plus fünf stellt das außerordentliche Wohlbefinden dar und kommt vor allem durch ein hohes Maß an Selbstbeteiligung und Interaktionen zum Ausdruck (vgl. Innes 2004, 18). Diese WIB Werte ermitteln zum einen das Wohlbefinden des Bewohners und der Bewohnerin mit Demenz und ermöglichen dadurch Rückschlüsse auf sein bzw. ihr Wohlbefinden. Außerdem besteht die Möglichkeit, die Gesamtwerte des Wohlbefindens der beobachteten Gruppe zu ermitteln und dadurch eine Evaluation zu durchzuführen. In deutschen Einrichtungen der Altenpflege werden auf Grundlage der bisherigen Datenlage WIB Werte von plus eins am häufigsten kodiert (vgl. Rückert 2000, 53-55). Dies deckt sich mit der aus der Statistik bekannten Gauß-Verteilung, die eine Verdichtung der Häufigkeit rund um den Mittelwert, auch bezeichnet als Glockenform, darstellt (vgl. Rumsey 2005, 63).

In der achten DCM Auflage finden sich bezüglich der WIB Werte zwei Neuerungen. Bezüglich der Kodierung von Wohlbefinden bzw. Unwohlsein findet sich noch bis zur siebten Auflage des DCM eine Degenerationsregel. Diese Regelung führt dazu, dass in der Zeit, in der ein Bewohner und eine Bewohnerin alleine ist, eine Kodierung eher im Bereich des Unwohlseins erfolgt. Festgestellt werden kann, dass Aussagen in der Literatur zu dieser

Regel nicht durchgängig vorhanden sind. Teilweise wirken die Ausführungen dazu undurchsichtig, so dass die Vermutung nahe liegt, dass ohne ein DCM-Handbuch diese Regel nur schwer verständlich ist. In dieser Bachelorarbeit wird die Regelung deshalb nicht näher erläutert. Des Weiteren findet sich ab der achten Auflage des DCM keine solche Regelung mehr. Sie wurde aus dem DCM-Handbuch der achten Auflage entfernt, da sie laut Aussage der Autorinnen zu komplex und für die Anwender und Anwenderinnen unpraktisch erschien. Die zweite Neuerung bezieht sich auf die Kodierung der WIB Werte. Bislang wurde mit der Kodierung der WIB Werte versucht, die Stimmung der Bewohner und Bewohnerinnen zu erfassen. Diese führte immer wieder zu der Kritik, dass weniger die Stimmung, sondern mehr der Grad der Beteiligung an der Umwelt kodiert wurde. Deshalb wird beim DCM in der achten Auflage die Beteiligung an der Umwelt in Form von mood/engagement value (ME) gemessen. Aus den ME kann anschließend ein WIB Wert generiert werden, der eine Aussage über die Stimmung der Bewohner und Bewohnerinnen zulässt. Dieser WIB Wert beruht nun auf den einzelnen ME Ergebnissen einer Beobachtung (vgl. Brooker, Surr 2006, 18).

In der dritten Kategorie werden die Personal Detractions (PD) erfasst. Diese PD nehmen Bezug auf Kitwoods maligne Sozialpsychologie, die bereits im Rahmen der theoretischen Ursprünge beschrieben wurde. Die Erfassung der PD zeigt auf, inwieweit Pflegende und andere Professionen sowie Ehrenamtliche zu einem negativen Wohlbefinden bzw. Unwohlsein beitragen, indem sie bspw. die Bewohner und Bewohnerinnen mit Demenz ignorieren, d. h. über die Bewohner und Bewohnerinnen mit Demenz zu sprechen ohne sie mit einzubeziehen. Auch das Infantilisieren, bei dem der Bewohner und die Bewohnerin mit Demenz eine kindlichen Behandlung erfährt, wird als eine Personal Detraction von den Mappern erfasst (vgl. Strunk-Richter 2005, 48). Die PD können zu jedem Zeitpunkt einer Beobachtungsspanne erfasst werden, d. h. auch außerhalb des fünf Minuten Intervalls des jeweiligen beobachteten Bewohners bzw. der jeweiligen beobachteten Bewohnerin mit Demenz (vgl. Rüsing 2004, 35).

Die vierte Kategorie, bezeichnet als positiver Ereignisbericht (PER), ist erst in der siebten Auflage des DCM enthalten und stellt somit noch ein Novum dar. Die PER erfassen die positive Wertschätzung der Bewohner und Bewohnerinnen mit Demenz. Dies ist motivierend für die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, da durch das Lob, das sie durch diese Kategorie erfahren, die Chancen auf einen Erhalt dieser Vorgehensweise ansteigen (vgl. Capstick 2004, 35). Die Kodierung im PER kann verwendet werden, wenn Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen Sensibilität und Empathie im Umgang mit Bewohnern und Bewohnerinnen mit Demenz zeigen. Die Kodierung erfolgt ebenso wie bei den PD immer dann, wenn

ein solches Ereignis beobachtet wird (vgl. Capstick 2004, 27-35). Kitwood deutet zwölf verschiedene Arten der positiven Interaktion an, verweist aber in seinem Buch darauf, dass diese noch einer weiteren Ausarbeitung bedürfen. Anzumerken ist, dass Kitwood diese zwölf Formen in seinem Buch zum person-zentrierten Ansatz ausführt und an dieser Stelle darauf hinweist dass, dies auf DCM aufbaut. Somit besteht ein Bezug zum DCM und dem in siebter Auflage neu hinzugekommen PER. Hier findet sich somit erstmals in der Literatur explizit ein Querverweis zwischen dem Instrument DCM und dem person-zentrierten Ansatz. Kitwood nennt hier bspw. das Anerkennen. Selbst den direkten Blickkontakt zwischen Pflegenden und dem Bewohner bzw. der Bewohnerin mit Demenz sieht er als Zeichen der Anerkennung. Das Verhandeln ist für ihn eine weitere positive Interaktion, die erfüllt ist, wenn ein Bewohner und eine Bewohnerin mit Demenz nach seinen bzw. ihren Bedürfnissen gefragt wird und dabei auch die Schnelligkeit bzw. das Taktgefühl des Bewohners und der Bewohnerin mit Demenz in Verhandlungsprozessen berücksichtigt wird. Weitere mögliche Formen sind die Interaktion, Feiern, Halten, Erleichtern und das Entspannen. Alle stellen eine unterschiedliche Ausdrucksform der positiven Wertschätzung eines Bewohner und einer Bewohnerin mit Demenz dar und können somit in den PER von den Mappern erfasst werden (vgl. Kitwood 2005, 133-137). In der achten DCM Auflage erfährt dies eine Erweiterung auf 17 Formen positiver Ereignisse. Dadurch wird die bislang sehr freie Form der Kodierung strukturierter. Ebenfalls erfolgt die Umbenennung in Personal Enhancers (PE) (vgl. Brooker, Surr 2006, 18).

Bei den Kategorien dienen die Verhaltenskategorie, auch als erste Kategorie bezeichnet, und die zweite Kategorie, die Werte des Wohlbefindens bzw. Unwohlsein erfasst, vor allem zur Messung des Verhaltens der Bewohner und Bewohnerinnen mit Demenz und führen dadurch zu einer Überprüfung des Wohlbefindens des Bewohners und der Bewohnerin mit Demenz bzw. der beobachteten Gruppe von Bewohnern und Bewohnerinnen mit Demenz. Die dritte Kategorie, Personal Detraction, und die vierte Kategorie, Positiv Event Records, zeigen eine direkte Auswirkung auf den Bewohner und die Bewohnerin mit Demenz auf und fließen ebenfalls in die Überprüfung des Wohlbefindens mit ein. Jedoch werden in der dritten und vierten Kategorie indirekt die Pflegenden mit erfasst, da ihre Arbeitsweise mit in die Kodierung einfließt (vgl. Kranich 2001, 19-20). Die Auswirkung auf das Ergebnis der Pflegequalität wird vor allem durch diese beiden Kategorien deutlich.

Im Anschluss an die Durchführung der Beobachtung erfolgt das anschließende Feedback an das Pflgeteam. Damit erfasst DCM nicht nur das Wohlbefinden von Bewohnern und Bewohnerinnen mit Demenz, es ermöglicht auch eine Rückmeldung an die Pflegenden und ihre Arbeit. Das Feedback ermöglicht allen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen einen

Einblick in alle DCM Daten des Beobachtungszeitraums. Beim Feedbackgespräch werden neben den ersten beiden Kategorien auch die Personal Detractions (PD) und die positiven Ereignisberichte (PER) bzw. Personal Enhancers (PE) dem Pflorgeteam mitgeteilt. Dadurch wird v. a. eine Spiegelung des Verhaltens der Pflegenden vorgenommen. Außerdem erhält das Team eine individuelle, schriftliche Pflegeübersicht zu jedem Bewohner und jeder Bewohnerin, die mittels der DCM Daten erstellt wurde. Darin enthalten sind die individuellen, verdichteten und ausgewerteten Daten von allen Kategorien. In einem weiteren Schritt besteht die Möglichkeit, diese Pflegeübersicht bzw. die darin enthaltenen Daten für die Erstellung bzw. Optimierung der Pflegeplanung zu nutzen, da die große Menge an Daten dazu die ideale Ausgangslage darstellt. Die Daten zeigen Potentiale auf, die eventuell ungenutzt oder bislang vernachlässigt wurden. Sie weisen auf maligne Sozialpsychologie hin, welche als absolut negatives Qualitätsmerkmal gewertet werden kann. Aber auch Aspekte positiver Wertschätzung werden durch das DCM erfasst und können dadurch weiter ausgebaut werden. Eine erneute Überprüfung mit DCM kann die Fortschritte aufzeigen (vgl. Innes 2004, 92-96). In der Literatur werden Abstände von drei bis sechs Monate bis zu einer erneuten DCM Durchführung empfohlen (vgl. BMG 2006, 83-84).

2.1.5 Ergebnisdarstellung des DCM

Zusammengefasst werden alle vier Kategorien in der individuellen Pflegeübersicht schriftlich dargestellt. Außerdem erfolgen zusätzliche Anmerkungen zur Pflege und Lebensqualität sowie allgemeine Anmerkungen in offener Form. Für die ersten beiden Kategorien wird bspw. eine Tabelle und ein Säulendiagramm im Hinblick auf die häufigsten Beobachtungen erstellt und mit Zahlenwerten dargestellt sowie ausgewertet. Die folgende, fiktive Ergebnisdarstellung soll dies näher erläutern und erfolgt ausschließlich auf Basis der siebten Auflage des DCM, da bezüglich der achten DCM Auflage noch keine Ergebnisdarstellung des DCM in der Literatur vorzufinden ist.

Verhaltensitems	Articulation	Borderline	Food	Napping
Prozentsatz der beobachteten Zeit	15	24	10	8

Tab. 2: Höchstwerte einzelner Verhaltensitems (vgl. Innes 2004, 91)

Durch die Höchstwerte wird den Pflorgeteams im anschließenden Feedbackgespräch verdeutlicht, welches Verhalten bei Frau Mustermann am häufigsten auftritt.

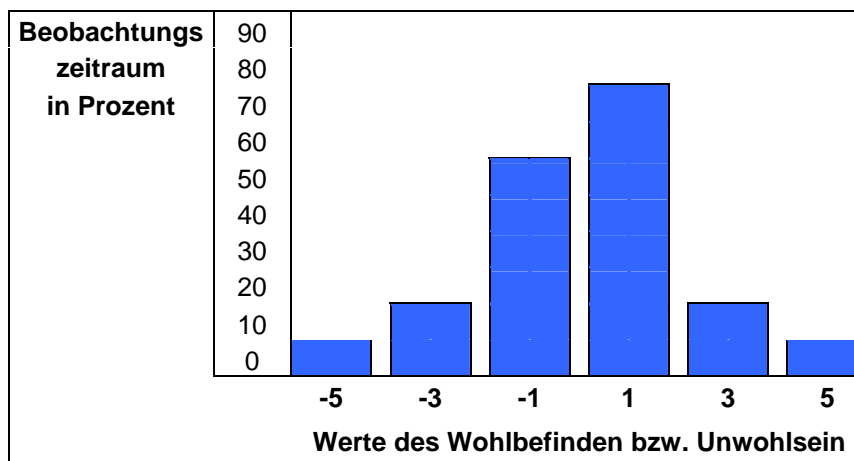


Abb. 1: Vorkommen von Wohlbefinden bzw. Unwohlsein (vgl. Innes 2004, 90)

Durch das Säulendiagramm kann dargestellt werden, welcher Wert des Wohlbefindens am häufigsten durch die Mapper beobachtet wurde. Das Ergebnis eines Wohlbefindlichkeitswert ist dadurch, z. B. für das Pflegeteam, ersichtlich (vgl. Innes 2004, 87-93).

In der weiteren Pflegeübersicht erfolgen neben der Personal Detractions und den Positiv Event Records auch Anmerkungen zur Pflege und Lebensqualität. In der Anmerkung zur Pflege und Lebensqualität finden sich ebenfalls Teile der Personal Detraction, die aber auch Rückschlüsse auf die Lebensqualität des beobachteten Bewohners bzw. der beobachteten Bewohnerin ermöglichen und deshalb bei der Zusammenstellung der individuellen Daten ihre Erwähnung in Bezug auf die Lebensqualität finden. Am fiktiven Beispiel von Frau Mustermann wird die Anmerkung zur Pflege und Lebensqualität beispielhaft dargestellt: Frau Mustermann hielt sich häufig im Flur auf, sie verbringt viel Zeit damit, Türen zu öffnen und zu schließen und in Schränke zu schauen. Sie bittet die Pflegenden oft um eine Tasse Kaffee, meist wird diese Bitte von den Pflegenden überhört bzw. nicht wahrgenommen. Immer wieder drängt sich Frau Mustermann in Aktivitäten, die gerade von Mitbewohnern und Mitbewohnerinnen durchgeführt werden. Hier ist eine Veränderung denkbar, würden auch für Frau Mustermann ausreichend Aktivitäten angeboten. Trotz ihrer Schwerhörigkeit scheint Frau Mustermann den Kontakt zu anderen Mitbewohnern und Mitbewohnerinnen zu suchen. Sie genießt den Kaffee und Kuchen am Nachmittag. Es entsteht der Eindruck, dass sie Süßes, wie z. B. Kuchen, mag und gerne noch ein Stück nehmen möchte. Frau Mustermann wurde dabei beobachtet, wie sie versuchte, Kuchenreste von anderen Tellern zu nehmen (vgl. Innes 2004, 87-93).

Im nächsten Teil des individuellen Pflegeberichts erfolgen die Anmerkungen zur Personal Detraction, bspw. leichtes Ignorieren: Bei vielen Gelegenheiten bittet Frau Mustermann um einen Kaffee, erhält jedoch keine Antwort auf ihre Bitte (vgl. Innes 2004, 87-93).

Anschließend werden im Bericht die PER und ihre Häufigkeit dargestellt. Zur Verdeutlichung erfolgt die Beschreibung des positiven Ereignisses: Frau Mustermann scheint eine ängstliche Frau zu sein. Ihre Schwerhörigkeit, trotz Hörgeräten, trägt erheblich dazu bei. Das Pflorgeteam kam ihrem Bedürfnis nach Sicherheit in Bezug auf die Schwerhörigkeit mittels spezieller Tafeln sowie mit Verständnis für die Empfindsamkeit von Frau Mustermann entgegen. So entstehen trotz der Schwerhörigkeit und der Ängstlichkeit lebhaftere Momente zwischen Frau Mustermann und den Pflegenden. Ebenfalls erfolgt die Deutung solcher positiven Ereignisberichte: Das Team erleichtert Interaktionen, bspw. mit den eingesetzten Tafeln. Dies führt zu Wohlbefinden von Frau Mustermann, da auch ihre Ängste abgebaut werden. Frau Mustermann erkennt dies als Unterstützung und bedankt sich oftmals bei den Pflegenden in dem sie z. B. sagt: „Jetzt geht es mir gut, vielen Dank“ (vgl. Innes 2004, 87-93).

Die individuelle Pflegeübersicht schließt mit allgemeinen Anmerkungen. Ähnlich wie bereits bei den Anmerkungen zur Pflege und Lebensqualität, werden hier die verschiedenen Eindrücke aus den einzelnen Kategorien von den Mappern verarbeitet. Bei den allgemeinen Anmerkungen werden Beobachtungen aufgegriffen und mit Verbesserungsvorschlägen für die weitere Planung verbunden, wie dieser Auszug einer allgemeinen Anmerkung verdeutlichen soll: Frau Mustermann räumt immer ihr Essen ab, so dass sich aus dieser Handlung evtl. ein Ausbau ihrer Aktivitäten ergeben würde. Frau Mustermann liebt, trotz ihrer Schwerhörigkeit, das Singen im Anschluss an die Kaffeenachmittage, so ist vorstellbar, dass sich aus dieser Vorliebe ein weiterer Beitrag zu ihrem Wohlbefinden ergeben könnte (vgl. Innes 2004, 87-93).

Die beispielhaften aufgezeigten Inhalte einer individuellen Pflegeübersicht sollen nochmals verdeutlichen wie die einzelnen Kategorien Optionen für die Pflegenden und bspw. auch für eine Einrichtung eröffnen. Ebenfalls ergeben sich Eindrücke darüber, inwieweit die Pflege und Versorgung sich auf die Qualität des Wohlbefindens von Bewohnern und Bewohnerinnen mit Demenz auswirken kann (vgl. Innes 2004, 87-93).

2.1.6 Rahmenbedingungen bei DCM

Auf die explizite Nennung der Rahmenbedingungen soll bei der Darstellung des DCM nicht verzichtet werden. Eine grundlegende Rahmenbedingung muss durch das Management einer Einrichtung geschaffen werden. Das Management sollte eine Strategie entwickeln, damit die Motivation, und hiermit verbunden die Überzeugung des Managements vom DCM, spürbar an die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen vermittelt werden kann. Deutlich wird durch ein zuvor geplantes Vorgehen auch die Priorität für die Mitarbeiter und

Mitarbeiterinnen. Bei der strategischen Planung muss vom Management überlegt werden, ob externe Mapper eingesetzt werden sollen, oder ob für Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen entsprechende Schulungen, die zu einer Lizenz zur Anwendung des DCM führen, eingesetzt werden. Beides ist in Bezug auf Kosten, Zeitraum und Akzeptanz abzuwiegen. Ebenso ist die Information von Bewohnern und Bewohnerinnen und Angehörigen oder des gesetzlichen Betreuers bzw. der gesetzlichen Betreuerin notwendig, um eine Einverständniserklärung zur Durchführung von DCM zu erhalten. Außerdem ist darauf zu achten, dass die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in die Planung von Beginn an miteingebunden werden. In der Literatur wird darauf hingewiesen, dass in einer Einrichtung, in der ein autoritärer Führungsstil mit einem geringen Grad an Selbstkontrolle für die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen vorherrscht, DCM eher negative Reaktionen auslöst (vgl. Müller-Hergl 1999, 100). Des Weiteren wird in der Literatur darauf hingewiesen, dass DCM das Abbilden der Qualität der Demenzpflege ermöglicht und somit auch eine qualitätssichernde Wirkung haben kann. Jedoch wird darauf aufmerksam gemacht, dass allein durch die Durchführung des DCM eine Veränderung der Qualität nicht möglich ist. Das Management sollte sich darüber bewusst sein, dass auch DCM nicht alle Probleme in der Einrichtung lösen kann und sollte deshalb bei der strategischen Planung ein Ziel vor Augen haben, das auf realistische Weise mit DCM erreicht werden kann (vgl. Scurfield-Walton 2004, 97-101). Nach Abschluss der Durchführung des DCM erfolgt ein Feedback. Dieses gibt Anregungen und Möglichkeiten, um die Qualität der Demenzpflege zu verbessern. Diese Anregungen können jedoch nur ihre Wirkung entfalten, wenn die dafür notwendigen Ressourcen von Seiten des Managements bereit gestellt werden.

Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen müssen sich vor allem offen zeigen für die Durchführung des DCM sowie für die daraus resultierenden Ergebnisse. In Veröffentlichungen von Modellprojekten wird darauf hingewiesen, dass sich einige Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen „beobachtet“ vorkommen. Dies kann durch ein Gespräch mit dem DCM Beobachter bzw. der DCM Beobachterin geklärt werden (vgl. Müller-Hergl 1999, 100-102). Die Spiegelung der eigenen pflegerischen Arbeit ist für Pflegende zu Beginn oft neues Terrain, das sie nur sehr ungern betreten. Die daraus resultierende Planung ist oftmals mit Veränderungen der routinierten Abläufe verbunden und verunsichert deshalb die Pflege. Hierbei sind qualifizierte und aufgeschlossene Pflegende notwendig sowie ein Management, das die Bedarfe erkennt und sich derer annimmt. Eine Autorin äußert sich positiv zum DCM, sieht jedoch Implementierungsmaßnahmen als eine notwendige Voraussetzung für den erfolgreichen Einsatz des DCM (vgl. Heller 2004, 54).

2.2 Darstellung des Instrumentes H.I.L.DE.

2.2.1 Rahmenbedingungen und Zielsetzung

Bei dem Heidelberger Instrument zur Erfassung von Lebensqualität bei Demenz (H.I.L.DE.) handelt es sich um ein Projekt, das vom Heidelberger Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg initiiert wurde und teilweise zusammen mit der Sektion Gerontopsychiatrie des Universitätsklinikums Heidelberg durchgeführt wird. Es wird vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gefördert (vgl. Becker et al. 2006, 350) und mit insgesamt 800.000 Euro finanziell unterstützt. Die Unterstützung durch das BMFSFJ macht deutlich, dass die Brisanz des Themas „Demenz“ auch auf Bundesebene erkannt und diskutiert wird. Die Zahl der an Demenz erkrankten Menschen in Deutschland wird weiter ansteigen und die adäquate Versorgung dieser Zielgruppe fällt somit auch in den Verantwortungsbereich der Bundespolitik. Der richtige Umgang mit der Krankheit soll durch die Anwendung von H.I.L.DE. gefördert werden (vgl. BMFSFJ 2008, 1). Das Forschungsprojekt hat eine Laufzeit von ca. sechs Jahren und startete im Juni 2003. Der Abschluss ist für Februar 2009 geplant. In diesem Zeitraum soll ein Instrument entwickelt werden, das die Erfassung von Lebensqualität bei demenzkranken Menschen, speziell von Bewohnern und Bewohnerinnen stationärer Altenhilfeeinrichtungen, in allen Stadien der Erkrankung ermöglicht. Das Instrument sollte zum einen wissenschaftlich fundiert sein und zum anderen praxistauglich sein, um eine größtmögliche Akzeptanz in den Altenhilfeeinrichtungen zu erreichen (vgl. Becker 2006, 3). Die Integration von Pflegewissenschaft und Praxis soll durch eine enge Kooperation mit überregionalen Altenhilfeeinrichtungen sichergestellt werden (vgl. Institut für Gerontologie 2008, 1).

2.2.2 Das zugrundeliegende Verständnis von Lebensqualität

Kognitive Einschränkungen sind charakteristisch für Menschen mit einer demenziellen Erkrankung und wirken sich u. a. auf die verbale Kommunikation aus, so dass sie ihre Wünsche und Bedürfnisse nur beschränkt äußern können, was im fortgeschrittenem Krankheitsstadium weiter zunimmt. Durch die verbalen Kommunikationsdefizite können Außenstehende nur begrenzt feststellen, inwieweit die Äußerungen der Demenzkranken auch ihr subjektives Erleben – positiver wie negativer Art – widerspiegeln. Dies birgt die Gefahr, dass Pflegende verunsichert sind, ob die Unterstützungsleistungen auch wirklich im Sinne des Bewohners und der Bewohnerin sind, denn eine optimale Betreuung aus Sicht der Demenzerkrankten lässt sich nur schwer ermitteln (vgl. Becker et al. 2005, 109). Aus diesem Grund hat in den letzten zehn Jahren die Untersuchung der Lebensqualität demenzkranker Menschen an Bedeutung gewonnen. Es gibt eine Vielzahl an internationalen Veröffentlichungen, aber auch im deutschsprachigen Raum wurden Beiträge zur Lebensqualität demenzkranker Menschen veröffentlicht. Leider gibt es bis dato kaum

deutschsprachige empirische Untersuchungen zum Themengebiet (vgl. Institut für Gerontologie 2008, 1).

Das dem Projekt H.I.L.DE. zugrunde liegende Verständnis von Lebensqualität leitet sich aus zwei Ansätzen ab, dem schwedischen „level of living – approach“ sowie dem amerikanischen „quality of life“ - Ansatz. Im level of living - approach wird Lebensqualität über das Vorhandensein von Ressourcen, z. B. Einkommen oder Bildung, definiert, die eine individuelle Gestaltung der Lebensverhältnisse – nach den persönlichen Bedürfnissen - ermöglichen und zur Selbstständigkeit beitragen. Selbstständigkeit wiederum führt zur Erhöhung subjektiven Wohlbefindens bzw. subjektiver Lebensqualität. Dies bedeutet, dass eine Umweltgestaltung für Menschen mit Pflegebedarf zum einen an ihren Bedürfnissen, aber auch an ihren Möglichkeiten erfolgen muss, und in Bezug auf die Erfassung von Lebensqualität differenziert betrachtet werden muss (vgl. Becker et al. 2006, 351). Das Modell der Lebensqualität nach Lawton, welches dem quality of life - Ansatz angehört, war ebenfalls eine wichtige Grundlage für die Entwicklung eines eigenen Verständnisses von Lebensqualität in H.I.L.DE.. Lawton definiert Lebensqualität als

„the multidimensional evaluation, by both intrapersonal and social-normative criteria, of the person-environment system of an individual in time past, current, and anticipated.“ (Lawton in Becker et al. 2005, 109)

Diese Definition entstand aus seinen empirischen Arbeiten über Lebensqualität demenzkranker Menschen (vgl. Kruse 2004, 3). Lawton geht von vier Dimensionen der Lebensqualität aus:

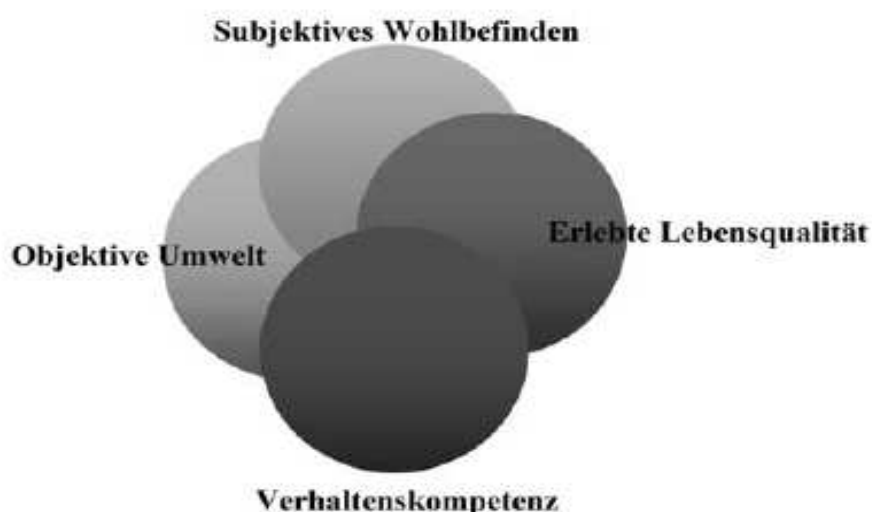


Abb. 2: Vier Dimensionen der Lebensqualität (Lawton in Becker et al. 2005, 109)

Dieses Modell unterscheidet zwischen objektiv vorhandener Umwelt und subjektiv erlebter bzw. subjektiv bewerteter Lebensbedingungen (erlebter Lebensqualität). Außerdem be-

nennt Lawton als weitere Dimensionen das seelische Wohlbefinden im Sinne von emotionaler Befindlichkeit (subjektives Wohlbefinden) sowie die Verhaltenskompetenz, die auf bestehenden Funktionen und Fähigkeiten beruht, welche ein selbständiges und eigenverantwortliches Leben ermöglichen (vgl. Kruse 2004, 4). Die Entwickler von H.I.L.DE. weisen darauf, dass die Wahrnehmungen und Bewertungen immer auch subjektiver Art sein können und für die Beurteilung der Lebensqualität von großer Bedeutung sind. Die Erfassung der objektiven räumlichen, sozialen und infrastrukturellen Umwelt muss durch die Perspektive der Betroffenen und des Betroffenen vervollständigt werden. Das Modell nach Lawton wurde durch Veenhofen noch erweitert bzw. spezifiziert. Er unterscheidet zwischen immateriellen Ressourcen, z. B. körperliche oder geistige Gesundheit, und materiellen Ressourcen, z. B. Einkommen, Lage der Wohnung, die zur Realisierung eines selbständigen Lebens von Bedeutung sind. Dies bedeutet, dass man zur Erfassung der Lebensqualität demenzkranker Menschen nicht nur die kognitiven Defizite berücksichtigen muss, sondern auch die Gesamtheit aller vorhandenen Ressourcen. Inwieweit die Ressourcen dann auch genutzt werden können, hängt jedoch von den bestehenden Lebensbedingungen ab. (vgl. Becker et al. 2006, 351-352).

Die dargestellten wissenschaftlich fundierten Konzepte zur Lebensqualität lassen erkennen, dass die Erfassung von Lebensqualität demenzkranker Menschen eine sehr differenzierte Analyse der Umwelt, der vorhandenen Ressourcen, aber auch des Erlebens und Verhaltens der Zielgruppe erfordert (vgl. Kruse 2004, 4). Das subjektive Erleben von Menschen mit Demenz ist eine wichtige Komponente, wenn man Lebensqualität nicht nur über äußere Rahmenbedingungen, z. B. Umwelt oder Pflege, definieren will (vgl. Institut für Gerontologie 2008, 1). Aus diesem Grunde wurde für H.I.L.DE. eine größere Anzahl an Dimensionen differenziert, die dann als Grundlage für die Entwicklung eines umfassenden Assessmentinstrumentes genutzt wurden (vgl. Becker et al. 2005, 109).

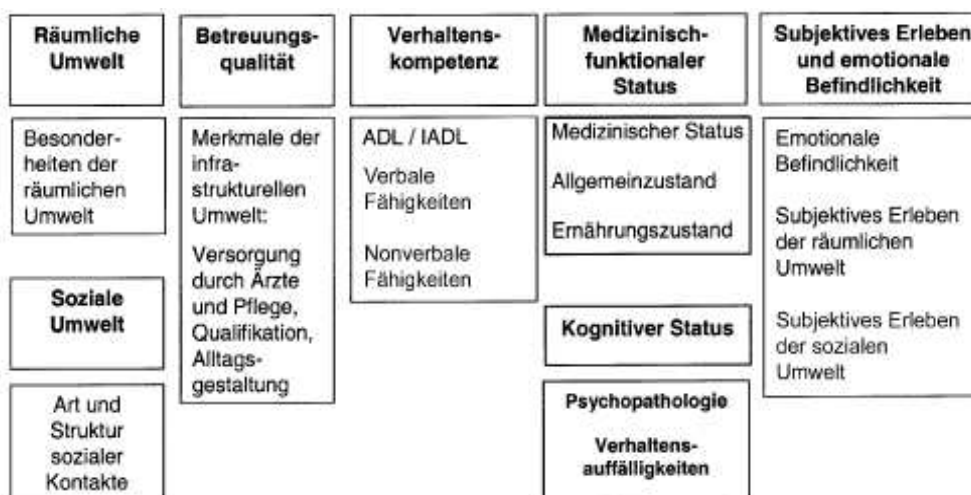


Abb. 3: Dimensionen der Lebensqualität in H.I.L.DE (vgl. Becker et al. 2005, 109)

Die Lebensqualität in H.I.L.DE. wird in acht Dimensionen differenziert: Räumliche Umwelt, soziale Umwelt, Betreuungsqualität, Verhaltenskompetenz, medizinisch-funktionaler Status, kognitiver Status, Psychopathologie und Verhaltensauffälligkeiten sowie subjektives Erleben und emotionale Befindlichkeit. Dies lässt erkennen, dass es sich in H.I.L.DE. um ein multidimensionales Verständnis von Lebensqualität handelt (vgl. Becker et al. 2005, 108, 119). Die einzelnen Dimensionen bzw. Merkmale von Lebensqualität dürfen jedoch nicht isoliert betrachtet werden. Es bestehen Abhängigkeiten zwischen den einzelnen Komponenten, die sich auch gegenseitig verstärken können (vgl. Becker et al. 2006, 352).

2.2.3 Die Operationalisierung der Dimensionen von Lebensqualität

Die verschiedenen Dimensionen von Lebensqualität waren Ausgangspunkt für die Entwicklung von H.I.L.DE., eines Instrumentes zur Erfassung der Lebensqualität demenzkranker Menschen. Es sollte jede der acht Dimensionen anhand eines Instrumentes erfasst werden, d. h. operationalisiert werden. Unter Operationalisierung versteht man, theoretische Begriffe – in diesem Falle die acht Dimensionen - so zu konkretisieren, dass man sie beobachten, messen und vergleichbar machen kann sowie in Instrumente transferieren kann (vgl. Bartholomeyczik 2004, 11). Somit kann H.I.L.DE. als ein Instrument mit mehreren Unterinstrumenten charakterisiert werden. Dadurch will man der Mehrdimensionalität von Lebensqualität und der sich daraus ergebenden Komplexität gerecht werden. Bei der Operationalisierung der Dimensionen wird zum einen auf bestehende Instrumente zurückgegriffen, zum anderen werden diese mit vom Institut für Gerontologie entwickelten Fragebögen und Checklisten kombiniert. Durch diese Operationalisierung der einzelnen Dimensionen sowie deren anschließende Erfassung und Auswertung kann auch eine Analyse der relativen Gewichtung der einzelnen Dimensionen erfolgen, was ein weiteres Forschungsanliegen im Projekt H.I.L.DE. darstellt (vgl. Institut für Gerontologie 2008, 2). Im folgenden werden nun die einzelnen Dimensionen und ihre Operationalisierung dargestellt. Diese Darstellung repräsentiert die erste Version von H.I.L.DE., die inzwischen nicht mehr aktuell ist. Jedoch ist die erste Fassung unserer Meinung nach Grundlage, um das weitere Vorgehen innerhalb des Projektes nachvollziehen zu können sowie auch für die weiteren Schritte in der Bachelorarbeit, so dass auf die Darstellung der ersten Version nicht verzichtet wurde.

Räumliche Umwelt

Gerade in Langzeitpflegeeinrichtungen ist die Gestaltung der räumlichen Umwelt eine wichtige Komponente, da Menschen mit Demenz sensorische Reize nur bedingt verarbeiten können. Sie reagieren sensibel auf Umweltmerkmale, so dass es eine zentrale Aufgabe ist, die Umwelt an die Bedürfnisse der Zielgruppe anzupassen, um eine optimale För-

derung der Lebensqualität gewährleisten zu können. Zur Erfassung der räumlichen Umwelt wurde eine deutsche Fassung der TESS - Skala verwendet. Dabei handelt es sich um ein Beobachtungsinstrument, welches unterschiedliche Umweltmerkmale speziell in institutionellen Settings untersucht. Hierbei werden Umweltmerkmale erfasst, die im Rahmen der Zielsetzung der Pflegeeinrichtung eine wichtige Rolle spielen. Zu nennen sind hier bspw. Sicherheit, Orientierung, Privatheit und Autonomie, die zentrale Komponenten bei der zielgruppenspezifischen Betreuung und Pflege von Demenzkranken darstellen (vgl. Becker et al. 2005, 111-112).

Soziale Umwelt

Bei der sozialen Umwelt handelt es sich vor allem um Struktur und Art der sozialen Kontakte zwischen den Bewohnern und Bewohnerinnen, den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen, den Angehörigen sowie den Besuchern und Besucherinnen. Dazu werden Interviews mit Pflegenden durchgeführt, die sich am Social Convoy Model von Kahn und Antonucci orientieren. Die Pflegenden müssen dabei die Personen nennen, die laut ihrer Sicht für den Bewohner und die Bewohnerin mit Demenz emotional am bedeutsamsten sind. Diese genannten Personen werden mit Hilfe von konzentrischen Kreisen nach ihrer emotionalen Bedeutung geordnet (vgl. Becker et al. 2005, 112). Dabei müssen die Pflegenden die Bezugspersonen, die für den Bewohner und die Bewohnerin am bedeutsamsten sind, dem innersten Kreis zuordnen, die anderen wichtigen Bezugspersonen werden je nach Relevanz in mittlere oder äußere Kreise eingetragen (vgl. Kruse 2004, 17; Becker et al. 2005, 112).

Betreuungsqualität

Hierbei spielen v. a. infrastrukturelle Merkmale der Altenhilfeeinrichtung eine zentrale Rolle. Über Interviews mit Pflegenden und Angehörigen wird bspw. die Versorgung durch Ärzte und Ärztinnen oder die Qualifikation der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen ermittelt. Im Mittelpunkt der Befragungen steht jedoch das Schmerzerleben. Für die Erfassung des Schmerzerlebens wurde die deutsche Version des in Amerika entwickelten PAINAD, die BESD, verwendet. Pflegende und Angehörige müssen dabei unterschiedliche Situationen anhand von fünf Beobachtungskategorien einschätzen (vgl. Becker et al. 2005, 113). Dabei handelt es sich um Atmung, negative Lautäußerungen, Gesichtsausdruck, Körpersprache und Reaktion auf Tröstung (vgl. Becker et al. 2005, 113; DGSS 2007, 1). Zusätzlich werden die Pflegenden und Angehörigen gefragt, ob der Bewohner bzw. die Bewohnerin momentan nach ihrer Einschätzung unter Schmerzen leidet und wie stark diese sind (vgl. Becker et al. 2005, 113).

Verhaltenskompetenz

Diese Dimension umfasst die körperlichen, verbalen und nonverbalen Fähigkeiten des Bewohners bzw. der Bewohnerin mit Demenz. Die körperlichen Fähigkeiten werden in H.I.L.DE. über die ADL-Kompetenz definiert, welche mit Hilfe des Barthel-Index erfasst wird. Die verbalen und nonverbalen Fähigkeiten werden anhand von Interviews mit den Pflegenden ermittelt (vgl. Becker et al. 2005, 113).

Medizinisch-funktionaler Status

Hier ist der allgemeinmedizinische und neurologische Status des Bewohners bzw. der Bewohnerin mit Demenz gemeint. Dabei werden u. a. der Ernährungszustand, Allgemeinzustand, Ausdrucksmotorik, Psychomotorik sowie Bewegungs- und Koordinationsstörungen anhand einer adaptierten Version der Heidelberger Neurologischen Soft – Signs - Skala erfasst. Zusätzlich erfolgt eine Demenzdiagnostik mit Hilfe der NINCDS-ADRDA-Kriterien. Dazu werden klinische Befunde, fremdanamnestic Angaben über die Symptomatik und den Verlauf sowie apparative Untersuchungsergebnisse herangezogen. Die ärztlichen Daten werden durch Informationen aus der Pflegedokumentation und den Interviews mit Angehörigen und Pflegenden ergänzt (vgl. Becker et al. 2005, 113-114).

Kognitiver Status

Unter dieser Dimension werden die kognitiven Fähigkeiten der betroffenen Person verstanden, z. B. Gedächtnis, Denken, verbale Flüssigkeit und das Wissen über die eigene Person. Die Erfassung des kognitiven Status kann nicht völlig getrennt von der Erfassung des medizinisch-funktionalen Status erfolgen, manche gerontopsychiatrischen Untersuchungen überschneiden sich in diesem Falle bzw. haben manche Ergebnisse der allgemeinmedizinischen Untersuchung auch Auswirkungen auf den kognitiven Status. Für die Erfassung des kognitiven Zustandes wird die CERAD - Testbatterie verwendet. Diese beinhaltet neben dem MMST zur Bestimmung des Demenzgrades weitere Tests, z. B. Aufgaben zur verbalen Flüssigkeit, dem Benennen von Gegenständen sowie Aufgaben zur verbalen und figuralen Merkfähigkeit. Zusätzlich soll noch der Uhrentest durchgeführt werden. Jedoch soll die Erfassung des kognitiven Status keine Belastung für den Bewohner bzw. die Bewohnerin mit Demenz darstellen. Aus diesem Grunde kann es – je nach Schweregrad der Demenz - durchaus vorkommen, dass nur Teile der CERAD-Testbatterie durchgeführt werden können. Zur weiteren Einschätzung dient die GDS, die Global Deterioration Scale, welche das Demenzstadium erfasst. Zudem wird auch Wissen über die eigene Person anhand des BAGI, dem Bielefelder Autobiografischem Gedächtnis-Inventar, überprüft. Dabei wird das semantische Wissen abgefragt, d. h. das Faktenwissen, sowie das episodische Gedächtnis, welches Detailwissen und Bildhaftigkeit um-

fasst. Anhand des BAGI können somit autobiografische Erinnerungen erfasst werden (vgl. Becker et al. 2005, 114).

Psychopathologie / Verhaltensauffälligkeiten

Die Psychopathologie umfasst die Erkennung nicht-kognitiver Symptome einer Demenz, wie bspw. Depressionen, Apathie, Wahn oder Halluzinationen. Verhaltensauffälligkeiten können ebenfalls als nicht-kognitive Symptome einer Demenz beschrieben werden, die u. a. die Bereiche Appetit, Schlaf oder Unruhe betreffen. Das Erkennen dieser Symptome erfolgt ebenfalls im Rahmen der ärztlichen gerontopsychiatrischen Untersuchung. Die Symptome werden mit dem NPI (Neuropsychiatric Inventory) in der Pflegeheimversion erfragt, welches ein weit verbreitetes und valides Instrument zur Erfassung nicht-kognitiver Symptome bei Demenzkranken darstellt. Die Daten werden durch direkte Befragung von Pflegenden gewonnen. Die einzelnen Symptombereiche – z. B. Affekt- und Antriebsstörungen bis hin zu abweichendem Sozialverhalten - werden durch den NPI gut voneinander abgegrenzt. Außerdem kann die Häufigkeit und Schwere der Symptome sowie der damit verbundene erhöhte pflegerische Aufwand bewertet werden. Ein besonderer Schwerpunkt bei der Erfassung dieser Dimension wird auf die Apathie gelegt, welche zu den häufigsten psychopathologischen Symptomen der Demenz gehört. Gleichzeitig hat Apathie auch Auswirkungen auf andere Dimensionen der Lebensqualität, wie z. B. auf die Verhaltenskompetenz, da Motivationsverlust bzw. Apathie auch zu einer Einschränkung der Alltagsfertigkeiten – der ADL - Kompetenz – führen kann. Der NPI erfasst Apathie zu wenig differenziert, aus diesem Grunde wird dafür die Apathy Evaluation Scale (AES) herangezogen, die in Kooperation mit dem Verfasser Robert Marin ins Deutsche übersetzt wurde und momentan die einzige reine Apathie-Skala in deutscher Sprache darstellt. Die AES erfasst durch 18 Unterpunkte kognitive, emotionale und Verhaltensaspekte der Apathie. Dazu wurden wie auch beim NPI Pflegenden zu ihrer Einschätzung des Bewohners bzw. der Bewohnerin befragt (vgl. Becker et al. 2005, 116).

Subjektives Erleben und emotionale Befindlichkeit

Diese Dimension nimmt in H.I.L.DE. einen Schwerpunkt ein. Hier geht es v. a. um die subjektiv erlebte räumliche und soziale Umwelt sowie die individuelle emotionale Befindlichkeit. Das subjektive Erleben der räumlichen Umwelt wird durch eine Analyse mimischer Reaktionen der Bewohner und Bewohnerinnen mit Demenz zu erfassen versucht. Das subjektive Erleben der sozialen Umwelt kann nur aufgrund einer genauen Beschreibung des sozialen Netzwerkes des Bewohners bzw. der Bewohnerin durch die Pflegenden erfolgen, was mit Hilfe des Social Convoy Model von Kahn und Antonucci geschieht. Die Erfassung des subjektiven Erlebens beruht auf der Annahme, dass ein differenziertes

emotionales Erleben auch in fortgeschrittenen Stadien der Demenz möglich ist bzw. erhalten bleibt. Auch wenn die Zielgruppe meist nicht mehr in der Lage ist, adäquat verbal zu kommunizieren, können Emotionen über die Mimik ausgedrückt werden (vgl. Becker et al 2005, 118). Diese Hypothese wurde bereits vor Beginn des Projektes durch eine andere Studie belegt. In dieser Studie wird auch festgehalten, dass eine Einschätzung des Wohlbefindens als globaler Indikator der emotionalen Befindlichkeit von Menschen mit Demenz verwendet werden kann. Allgemeines Wohlbefinden ist somit ein guter Indikator für positive Emotionen und trägt dadurch auch zur Steigerung der Lebensqualität bei (vgl. Bär et al. 2003, 455-456). Um die mimischen Reaktionen bzw. das Ausdrucksverhalten positiven oder negativen Emotionen adäquat zuordnen zu können, müssen Pflegende durch entsprechende Schulungen dafür sensibilisiert werden. Durch die gezielte Herstellung emotional positiver Situationen bzw. die Vermeidung negativer Situationen kann somit die Lebensqualität der Menschen mit Demenz verbessert werden. Die differenzierte Erfassung aller Ressourcen des Betroffenen bzw. der Betroffenen ist Grundlage, um darauf aufbauend gezielt auf Situationen Einfluss nehmen zu können (vgl. Becker 2006, 12). Im Projekt H.I.L.DE. werden die Pflegenden und Angehörigen per Interview aufgefordert, Situationen zu beschreiben, in denen der Bewohner bzw. die Bewohnerin mit positiven oder negativen Emotionen reagiert und in welcher Mimik bzw. in welchem Ausdruck sich diese emotionale Befindlichkeit widerspiegelt. Zusätzlich erfolgt eine Erfassung der Persönlichkeit anhand von zwei Skalen, die die Persönlichkeitsfaktoren Neurotizismus (Ängstlichkeit und Depression) sowie Extraversion (Fröhlichkeit und Geselligkeit) abbilden und den Pflegenden sowie den Angehörigen als Hilfestellung zur Erfassung der Persönlichkeit dienen. Diese Skalen stammen aus dem NEO-FPI-R, dem Freiburger Persönlichkeitsinventar. Dabei handelt es sich um eine Art Persönlichkeitstest, der vor allem in der Psychologie Anwendung findet (vgl. Becker et al. 2005, 118).

Neben der Fremdeinschätzung durch Pflegende und Angehörige wird auch ein Bewohnerinterview durchgeführt. Dem Bewohner bzw. der Bewohnerin werden zunächst standardisierte, einrichtungsunabhängige Bilder vorgelegt, bei denen davon ausgegangen werden kann, dass sie bei den meisten Menschen spezifische Emotionen hervorrufen. Es handelt sich dabei um Bilder aus dem International Affective Picture System (IAPS), das bereits bei anderen Forschungsprojekten eingesetzt wurde und auch für Menschen mit Demenz geeignet ist (vgl. Becker et al. 2005, 118). Anhand der Bilder kann ein individuelles mimisches Ausdrucksmuster des Bewohners bzw. der Bewohnerin mit Demenz ermittelt werden. Dieses Ausdrucksmuster dient als Grundlage für die Beurteilung der mimischen Reaktion, welche durch einrichtungsabhängiges Bildmaterial hervorgerufen wird. Dabei werden dem Bewohner bzw. der Bewohnerin Fotografien von Räumen aus der jeweiligen

Einrichtung gezeigt, z. B. das eigene Zimmer, ein Aufenthaltsraum, die Gemeinschaftsküche und auch bestimmte Lieblingsräume bzw. -plätze (vgl. Kruse 2004, 10). Aus einer anderen Quelle konnte entnommen werden, dass die Bewohner und Bewohnerinnen zu für sie relevante Orte der Pflegeeinrichtung geführt werden und dadurch emotionale Reaktionen stimuliert und erfasst werden (vgl. Becker et al. 2005, 118). Teilweise werden sie auch in festgelegten Situationen, z. B. bei Mahlzeiten, beobachtet (vgl. Kruse 2004, 10). Der Vorteil von bildlichem Material zur Stimulierung von emotionalen Ausdrucksmustern liegt darin, dass selbst Personen im fortgeschrittenem Demenzstadium - unabhängig von ihren verbalen Fähigkeiten – emotionale Reaktionen zeigen können. Außerdem kann das Bildmaterial standardisiert eingesetzt werden, was eine Verletzung der Privatsphäre verhindert, denn negative Emotionen werden durch unpersönliches Bildmaterial mit großer Wahrscheinlichkeit weniger intensiv hervorgerufen als mit persönlichen Bildern. Auf diese Problematik muss gerade aus ethischer Sicht sehr intensiv geachtet werden, da Menschen mit Demenz eine erhöhte Vulnerabilität besitzen und deshalb in der Regel nicht in der Lage sind, eine informierte Zustimmung zu der Untersuchung zu geben, sondern dies durch Angehörige erfolgt (vgl. Kruse 2005a, 231).

Die emotionalen Reaktionen auf die einzelnen Bilder werden per Videokamera aufgezeichnet, um zu einem späteren Zeitpunkt eine differenzierte Analyse durchführen zu können. Zur objektiven Erfassung des emotionalen Erlebens anhand der Videoaufnahmen wurde in der ersten Projektphase das Facial Action Coding System (FACS) sowie die Apparent Affect Rating Scale (AARS) verwendet (vgl. Becker et al. 2005, 118). Bei dem FACS handelt es sich um ein Kodiersystem, mit dem alle mimischen Bewegungen erfasst werden können. Anhand der Analyse von mimischen Ausdrucksmustern können Aussagen über die subjektiv erlebte Umwelt getroffen werden. Das FACS und das damit verbundene Verfahren wurde bereits in einer Vorstudie verwendet und erprobt (vgl. Bär et al. 2003, 456). Die AARS hat im Gegensatz zu FACS den Vorteil, dass sie in Bezug auf die Zielsetzung von H.I.L.DE. praktikabler, weniger aufwändig und für Pflegende schneller zu erlernen ist als das FACS, so dass im Verlauf des weiteren Projektes nur noch die AARS verwendet wurde. Gleichzeitig können mit AARS wesentliche Unterscheidungskriterien für „Apathie“ und „Wohlbefinden“ dargestellt werden, die in FACS keine Berücksichtigung finden (vgl. Becker et al. 2005, 118). Durch die Methode der Verhaltensbeobachtung durch die AARS können die Daten aus den im Vorfeld stattgefundenen Interviews mit Pflegenden und Angehörigen validiert werden. Dazu werden Aussagen aus den Interviews mit den mimischen Reaktionen aus den Bildstimulationen auf ihre Übereinstimmung verglichen (vgl. Institut für Gerontologie, 2008, 3).

Fazit zur Operationalisierung der Dimensionen von Lebensqualität

Die dargestellten Dimensionen und deren Operationalisierung durch entsprechende Instrumente ergeben zusammen das Instrument H.I.L.DE.. H.I.L.DE. kann somit umfassende Informationen über die Lebensqualität von Bewohner und Bewohnerinnen mit Demenz ermitteln, wobei dies sowohl durch Fremdeinschätzung von Pflegenden und Angehörigen geschieht, als auch durch die Perspektive der demenzkranken Person selbst (vgl. Becker et al. 2005, 119). Es kristallisierten sich bei der Entwicklung von H.I.L.DE drei übergeordnete, wesentliche Komponenten heraus, welche in folgender Abbildung grafisch dargestellt und farblich hervorgehoben sind:

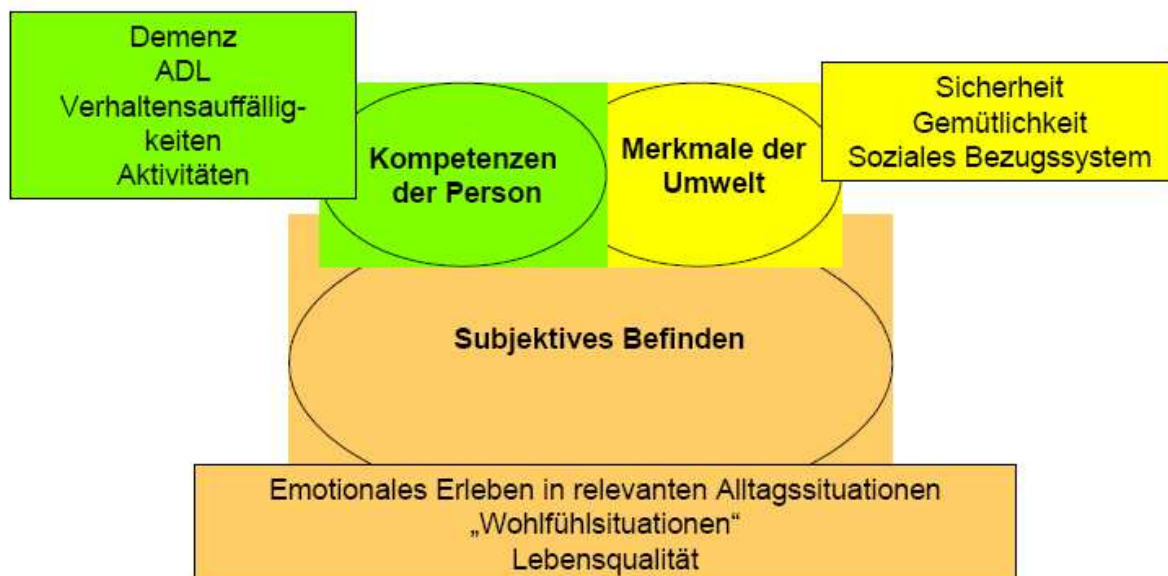


Abb. 4: Komponentenmodell der Lebensqualität (vgl. Becker 2006, 7)

Die Verhaltenskompetenzen des Bewohners bzw. der Bewohnerin mit Demenz werden durch den Demenzgrad, die Fähigkeiten in den ADL's, die Teilnahme an Aktivitäten und individuelle Verhaltensauffälligkeiten beeinflusst. Die objektiven und subjektiven Umweltmerkmale tragen ebenfalls zur Bestimmung der Lebensqualität bei. Hierbei sind z. B. die Dekoration der Einrichtung, das soziale Bezugssystem der Bewohner und Bewohnerinnen oder deren Lieblingsplätze zu nennen. Neben diesen beiden Komponenten spielt das subjektive Befinden des Bewohners bzw. der Bewohnerin eine wesentliche Rolle, das sich über emotionales Erleben und Wohlbefinden als Indikator für Lebensqualität widerspiegelt. Dieser dritten Komponente wurde im weiteren Entwicklungsprozess von H.I.L.DE. besondere Aufmerksamkeit geschenkt (vgl. Becker 2006, 6-7).

2.2.4 Weiterentwicklung von H.I.L.DE.

Wie aus der folgenden Abbildung ersichtlich ist, gliedert sich das Projekt H.I.L.DE. in mehrere Phasen. Unter Punkt 2.2.2 und 2.2.3 wurden die theoretische Fundierung, die Dimensionen der Lebensqualität sowie die Erstellung des ersten Instrumentes dargestellt.

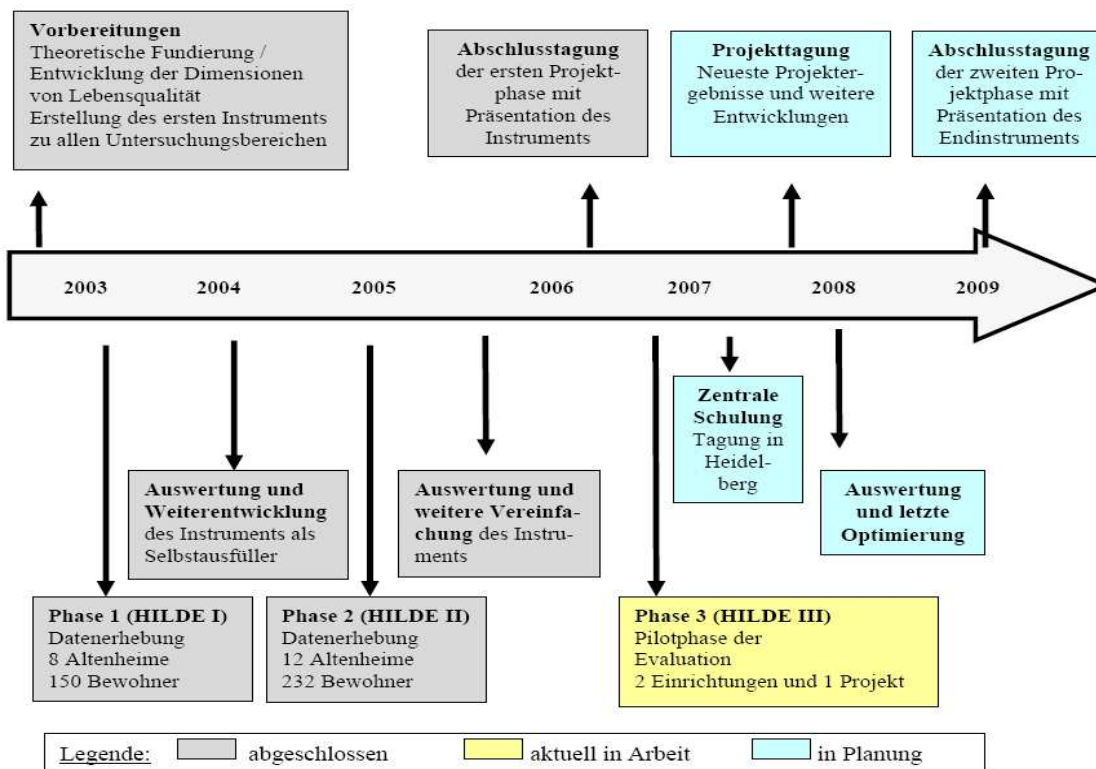


Abb. 5: Projektphasen im Überblick (vgl. Becker 2006, 11)

Dieses noch sehr aufwändige Instrument wurde nun in Phase 1 in acht stationären Altenhilfeeinrichtungen erprobt. Die Daten zur Lebensqualität der Bewohner und Bewohnerinnen mit Demenz wurden anhand von Interviews mit Pflegenden und Angehörigen sowie den Bewohnern und Bewohnerinnen erhoben. Diese Gespräche wurden von den Projektmitarbeitern und -mitarbeiterinnen selbst durchgeführt. Anhand dieser gewonnenen Datenbasis konnte H.I.L.DE. vereinfacht und weiterentwickelt werden. Die vorher offene Form der Interviews erwies sich vor allem bei der Auswertung als sehr aufwendig, so dass bei der neuen Version von H.I.L.DE. vorformulierte Antwortmöglichkeiten auf eine Frage vorgegeben wurden. Diese Antwortmöglichkeiten wurden aus dem Datenmaterial anhand von Kategorienbildungen gewonnen. Durch diese Vereinfachung der Erhebungsförm mussten die Projektmitarbeiter und -mitarbeiterinnen die Interviews nicht mehr selbst durchführen. Die Pflegenden konnten somit nach entsprechender Schulung die Beurteilung jedes Bewohners bzw. jeder Bewohnerin selbst durchführen. Der Erhebungsaufwand reduzierte sich dadurch von zwei Tagen auf eine bzw. eineinhalb Stunden pro Bewohner bzw. Bewohnerin. Diese Fragebogenversion ist zudem leichter in den Pflegealltag integ-

rierbar, denn für die Interviews mit den Projektmitarbeitern und -mitarbeiterinnen mussten sich die Pflegenden neben dem täglichen Pflegealltag Zeit nehmen. Weiterhin wurden die Videoaufnahmen während der Interviews mit den Bewohnern und Bewohnerinnen weggelassen, da diese im Pflegealltag kaum praktikabel sind und wahrscheinlich zur Ablehnung bei den Pflegenden geführt hätten. Die zweite Version von H.I.L.DE. untergliederte sich dann in zwei Bereiche, die gerontopsychiatrische Diagnostik sowie einem Beobachtungsbogen. Dieser Beobachtungsbogen beinhaltet die Schmerzerfassung, die Aktivitäten des täglichen Lebens, Fragen an die Angehörigen, die Erfassung der räumlichen Umwelt sowie das subjektive Befinden bzw. das emotionale Erleben. Der Beobachtungsbogen wird von Pflegenden ausgefüllt, die gerontopsychiatrische Untersuchung und Diagnostik wird von psychiatrischen Fachkräften durchgeführt. Aus der Literatur geht jedoch nicht hervor, welche Qualifikation diese psychiatrischen Fachkräfte haben. Die Neufassung des Instrumentes wurde in Phase 2 erneut im Pflegealltag eingesetzt und in zwölf stationären Altenhilfeeinrichtungen erprobt. Im Anschluss erfolgte eine weitere Auswertungsphase, die Grundlage für eine erneute Überarbeitung und Straffung von H.I.L.DE. war. Diese vorläufige Endfassung wurde im Mai 2006 auf der Abschlusstagung der ersten Förderphase vorgestellt. Inhalt der Tagung waren die einzelnen Projektergebnisse sowie die Präsentation von H.I.L.DE. selbst (vgl. Becker 2006, 7-9).

Im Mittelpunkt der zweiten Förderphase, die von Juni 2006 bis Februar 2009 andauert, steht weniger die Verbesserung der inhaltlichen Aspekte im Vordergrund, sondern mehr die Praktikabilität im Pflegealltag. Wichtige Voraussetzung dafür ist eine große Anzahl an kooperierenden Pflegeeinrichtungen, denn nur durch die Rückmeldung der in der Pflegepraxis tätigen Pflegenden kann die Handhabbarkeit von H.I.L.DE. verbessert werden. Durch eine umfangreiche, zentrale Schulung in Heidelberg sollen die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen interessierter Einrichtungen zur Anwendung von H.I.L.DE. befähigt werden. Zusätzlich sollen die Pflegenden einen Evaluationsbogen nach dem Einsatz von H.I.L.DE. ausfüllen, der es ermöglicht, Vorteile und Verbesserungsbedarfe des Instrumentes zu erkennen. Aktuell werden in einer Pilotstudie der Evaluationsbogen und nochmals die Gütekriterien von H.I.L.DE. getestet. Dazu müssen die teilnehmenden Pflegenden ein recht aufwändiges Verfahren anwenden, weil die Beobachtungen eines Bewohners bzw. einer Bewohnerin von zwei Pflegenden durchgeführt werden müssen. Dieses Studiendesign ermöglicht es jedoch, die Zuverlässigkeit und die Stabilität der Bewohnerdaten durch H.I.L.DE. zu überprüfen. Anhand der Ergebnisse dieser Pilotstudie wird das Instrument einer letzten Veränderung unterzogen. Im weiteren Verlauf wird dann, voraussichtlich Ende Februar 2009, die Gesamtdatenerhebung beginnen (vgl. Becker 2006, 9-10).

2.2.5 Aktuelle inhaltliche Struktur von H.I.L.DE.

Die aktuelle, überarbeitete inhaltliche Struktur von H.I.L.DE. beinhaltet sechs Komponenten, welche von den Pflegenden selbständig erfasst, beurteilt und ausgewertet werden. Zunächst wird der Bewohner bzw. die Bewohnerin einer Kompetenzgruppe zugeordnet. Danach erfolgt die Erfassung von fünf Inhaltsbereichen: Medizinische Versorgung und Schmerzerleben, räumliche Umwelt, Aktivitäten, soziales Bezugssystem und emotionales Erleben. Zu jedem Inhaltsbereich lassen sich anhand der Einschätzung durch Pflegende Kennwerte des einzelnen Bewohners bzw. der einzelnen Bewohnerin errechnen (vgl. Becker 2006, 14).

Kompetenzgruppenbestimmung

Zur Ermittlung der Kompetenzen von Menschen mit Demenz wird häufig der Demenzgrad als „Messlatte“ verwendet, der über den MMST ermittelt wird. Dennoch können Bewohner und Bewohnerinnen mit dem gleichen Demenzgrad unterschiedliche Verhaltensweisen zeigen, so dass allein der Demenzgrad, der das Gedächtnis und das Denken beeinflusst, zur Erfassung der Kompetenzen nicht ausreicht. Dieser Tatsache trägt H.I.L.DE. Rechnung, in dem es weitere verhaltensrelevante Merkmale der Bewohner und Bewohnerinnen berücksichtigt. Dazu gehören neben dem Demenzgrad die körperlichen Fähigkeiten und die Selbständigkeit in Alltagsaktivitäten sowie spezifische Verhaltensauffälligkeiten bzw. psychopathologische Symptome, wie z. B. Depression oder Unruhe (vgl. Becker 2006, 14; Becker et al. 2006, 352). Diese drei individuellen Personenkompetenzen waren Grundlage, um aus der Gesamtstichprobe von 362 Bewohnern und Bewohnerinnen vier verschiedene Bewohnergruppen zu identifizieren, die ein spezifisches Muster dieser drei Merkmale aufwiesen. Anhand einer Clusteranalyse mit Kreuzvalidierung als statistisches Auswertungsverfahren konnten vier verschiedene Bewohnergruppen identifiziert werden, welche sich innerhalb der Gruppe in den drei Merkmalen sehr ähnlich sind, jedoch zwischen den Gruppen deutliche Unterschiede erkennbar sind. Diese folgenden vier Gruppen werden in H.I.L.DE. als Kompetenzgruppen bezeichnet, da sie die Fähigkeiten der Bewohner und Bewohnerinnen in den einzelnen Merkmalsbereichen widerspiegeln und ein Kompetenzprofil abbilden können (vgl. Becker 2006, 14-15).

Gehört ein Bewohner bzw. eine Bewohnerin der Kompetenzgruppe an, die als leicht demenzkrank (LD) bezeichnet wird, zeichnet er bzw. sie sich durch ganz bestimmte Charakteristika aus. Der Bewohner bzw. die Bewohnerin hat kaum Verhaltensauffälligkeiten. Er bzw. sie hat leichte Defizite im Gedächtnis und im Denken sowie bei den körperlichen Fähigkeiten bzw. der Selbständigkeit in den Alltagsaktivitäten. Die Personen des zweiten Clusters, das als mittelgradig demenzkrank (MD) bezeichnet wird, haben in Teilen

erhaltene alltagspraktische Kompetenzen, mittelgradige kognitive Einbußen sowie nicht-kognitive Symptome, z. B. gedrückte Stimmung oder Traurigkeit. Es treten jedoch keine extremen Verhaltensauffälligkeiten auf. Die Bewohner und Bewohnerinnen der dritten Kompetenzgruppe, die als schwer demenzkrank mit somatischen Einschränkungen (SD-S) bezeichnet wird, zeichnen sich durch ein mittleres Maß an Verhaltensauffälligkeiten aus, sie haben jedoch deutlich ausgeprägte Defizite in ihrer Alltagsgestaltung sowie im kognitiven Bereich. Im Vordergrund stehen hier somit die somatischen Symptome. Zu der vierten Kompetenzgruppe werden alle Bewohner und Bewohnerinnen zugeordnet, die als schwer demenzkrank mit psychopathologischen Verhaltensauffälligkeiten (SD-P) charakterisiert werden können. Bewohner und Bewohnerinnen, die dieser Kompetenzgruppe angehören, können als hoch belastet beschrieben werden. Sie haben große kognitive Defizite und zeigen auch erhebliche Verhaltensauffälligkeiten. Ihre Selbständigkeit in den ADL's scheint im Verhältnis zu den zwei anderen Merkmalen nur wenig eingeschränkt zu sein (vgl. Becker 2006, 15-18; Becker et al. 2006, 353-354). Diese vier Kompetenzgruppen werden bei H.I.L.DE. sehr detailliert beschrieben, so dass die Pflegenden eine Entscheidungshilfe bei der Zuordnung der Bewohner und Bewohnerinnen zu der jeweiligen Kompetenzgruppe haben. Es müssen auch nicht alle Merkmale vollständig erfüllt sein, der Bewohner bzw. die Bewohnerin wird der Kompetenzgruppe zugeordnet, die den individuellen Merkmalen am meisten ähnelt (vgl. Becker 2006, 15).

Durch die Clusterung in vier Kompetenzgruppen kann ein individuelles Kompetenzprofil ermittelt werden, das Grundlage für die weitere Planung der Pflege ist. Für diese vier Gruppen lassen sich spezifische Bedarfe und Wertigkeiten ableiten (vgl. Becker 2006, 15). Gleichzeitig bestehen zwischen den Kompetenzgruppen auch Unterschiede im emotionalen Erleben sowie in der allgemeinen Lebenszufriedenheit. Vor allem die Gruppe der schwer Demenzkranken mit psychopathologischen Verhaltensauffälligkeiten (SD-P) erlebt viel häufiger negative emotionale Situationen, wie aus der Stichprobe von 362 Bewohnern und Bewohnerinnen entnommen werden konnte. Positive Situationen werden in allen Kompetenzgruppen häufiger erlebt als negative, jedoch ist das Verhältnis von positivem und negativem emotionalen Erleben zwischen den Kompetenzgruppen sehr unterschiedlich (vgl. Becker et al. 2006, 355). Indem jeder Bewohner und jede Bewohnerin einer Kompetenzgruppe zugeordnet wird, besteht die Gefahr, dass dadurch ein Schubladendenken gefördert wird. Die Verfasser von H.I.L.DE. weisen jedoch explizit daraufhin, dass dies nicht Ziel der Bestimmung von Kompetenzgruppen ist. Jedoch ist es im Hinblick auf die knappen Ressourcen im Gesundheitswesen recht unrealistisch, ein individuelles Kompetenzprofil jedes einzelnen Bewohners und jeder einzelnen Bewohnerin zu erstellen. Die Kompetenzgruppen sind als Referenzrahmen zu betrachten. Jede Gruppe hat für

sich spezifische Defizite und benötigt entsprechende Pflegeinterventionen, die sich aus der Zugehörigkeit zu einer Kompetenzgruppe ableiten lassen. Die Kompetenzgruppe ist somit zur Beurteilung der Lebenssituation und des emotionalen Erlebens nützlich und kann damit auch realistische Erwartungen an individuelle Interventionsmaßnahmen wecken. Dennoch müssen Pflegemaßnahmen immer im Hinblick auf den einzelnen Menschen mit Demenz diskutiert werden und entsprechend den finanziellen, pflegeprofessionellen und strukturellen Rahmenbedingungen geplant werden (vgl. Becker 2006, 18-19).

Medizinische Versorgung und Schmerzerleben

Nach der Kompetenzgruppenbestimmung erfolgt die Erfassung der physischen Kompetenzen des Bewohners bzw. der Bewohnerin mit Demenz, welche ebenfalls die Güte der Lebensqualität beeinflussen können. Im Mittelpunkt steht hier das Schmerzerleben, wobei in H.I.L.DE. das Kriterium für gute Lebensqualität absolute Schmerzfreiheit ist. Das Schmerzerleben der Bewohner und Bewohnerinnen wird von den Pflegenden anhand vorgegebener Beobachtungskriterien erfasst, zugleich wird anhand eines Schemas die Schmerzlokalisierung bildlich festgehalten. Daneben können individuelle Besonderheiten schriftlich, in offener Form, festgehalten werden. Die gewonnenen Informationen beruhen auf objektiven Kriterien, so dass damit für die Pflegenden eine gute Argumentationsgrundlage geschaffen wurde, welche auch Sicherheit in der Kommunikation mit Hausärzten und Hausärztinnen vermittelt. Eine kontinuierliche Betreuung durch einen Haus- und Facharzt bzw. durch eine Haus- und Fachärztin ist in H.I.L.DE. eine wichtige Voraussetzung für die optimale Betreuung eines Menschen mit Demenz. Da es sich um eine fortschreitende Erkrankung handelt, ist es wichtig, dass bei der Einschätzung der Lebensqualität auf aktuelle Befunde zurückgegriffen werden kann, um bspw. die Medikation dem momentanen Gesundheitszustand anpassen zu können. Da auf regelmäßige Arztkonsile in H.I.L.DE großen Wert gelegt wird, wird in der Dokumentation das letzte Befunddatum vermerkt und – bei entsprechend langer Zeitspanne – zu einer erneuten Terminvereinbarung aufgefordert (vgl. Becker 2006, 19-20).

Räumliche Umwelt

Hierbei werden objektive Umweltmerkmale des Wohnbereiches und des Bewohnerzimmers anhand einer Checkliste erfasst. Für die Lebensqualität entscheidend sind die Merkmale „Sicherheit und Orientierung“ sowie „Häuslichkeit und Gemütlichkeit“, wie sich aus vorangegangenen Entwicklungsphasen herauskristallisierte. Aus dieser Erfassung errechnen sich Summenwerte, die als Kennwerte der objektiven Umweltqualität in das zu erstellende Lebensqualitätsprofil des Bewohners bzw. der Bewohnerin einfließen. Neben den objektiven Umweltmerkmalen werden auch subjektive Umweltmerkmale erfasst, wo-

bei hier die Aspekte „maximaler Bewegungsradius“ und „Lieblingsplätze bzw. unbeliebte Plätze“ berücksichtigt werden. Der Bewegungsradius beeinflusst maßgeblich die Erlebensvielfalt der Bewohner und Bewohnerinnen. Dementsprechend wichtig ist es für die Pflegenden zu wissen, welche Orte der Bewohner bzw. die Bewohnerin regelmäßig aufsucht und wie weit diese Orte von seinem bzw. ihrem Zimmer entfernt sind. Der Ort, der am weitesten vom Zimmer entfernt ist, definiert den Kennwert für den erfahrenen Umweltausschnitt des Bewohners bzw. der Bewohnerin. Ebenfalls wichtig für die Erfassung der subjektiven Umweltmerkmale sind die Orte, die die Person mit Demenz besonders gerne oder sehr ungerne aufsucht. Die Anzahl der subjektiv bedeutsamen Plätze sowie die Häufigkeit, mit der der Bewohner bzw. die Bewohnerin die Orte frequentiert, sind somit neben dem maximalen Bewegungsradius Kennwerte für die subjektive Umweltqualität (vgl. Becker 2006, 20-21).

Aktivitäten des Bewohners bzw. der Bewohnerin

Hier werden zum einen die von der Einrichtung angebotenen und angeleiteten Aktivitäten erfasst, als auch die vom Bewohner bzw. von der Bewohnerin selbständig ausgeübten Aktivitäten. Es sollen hier jedoch nicht nur Häufigkeit und Anzahl der ausgeübten Tätigkeiten erfasst werden. Ebenso wichtig ist, ob der Bewohner bzw. die Bewohnerin bei der momentanen Aktivität Freude hat oder nicht bzw. ob ihm bzw. ihr eine bestimmte Tätigkeit, die er bzw. sie momentan nicht durchführt, Freude bereiten könnte. Durch diese Form der Erhebung wird die Reflexion der Pflegenden in Bezug auf den Gewinn der Aktivität für den Bewohner bzw. die Bewohnerin angeregt, die Handlungsbedarf zur Förderung der Lebensqualität erkennen lässt (vgl. Becker 2006, 21-22).

Soziales Bezugssystem

Das soziale Bezugssystem spielt innerhalb der sozialen Umweltmerkmale eine große Rolle. Zur Erfassung des sozialen Netzes sollen die Pflegenden die Anzahl und Häufigkeit der persönlichen Kontakte des Menschen mit Demenz ermitteln. Diese Kontakte können familiärer, freundschaftlicher oder beruflicher Art, z. B. zu einem Pflegenden bzw. zu einer Pflegenden oder einem Arzt bzw. einer Ärztin, sein. Da solche Beziehungen sowohl negative wie auch positive Emotionen hervorrufen können, sollen sie von den Pflegenden, je nach Wertigkeit, als positiv oder negativ bedeutsam eingestuft werden. Dadurch ergibt sich für die Pflegenden entsprechender Handlungsbedarf. Kontakte, die positive Emotionen hervorrufen, können intensiviert werden. Kontakte, die negative Emotionen hervorrufen, sind ebenfalls wichtig, da auch sie einen sozialen Anregungsgehalt haben, sie können jedoch für den Bewohner bzw. die Bewohnerin sehr belastend sein. Diese Beziehung sollte von den Pflegenden so modifiziert werden, dass die emotionale Belastung für den

Menschen mit Demenz reduziert wird, die Beziehung an sich aber erhalten bleibt. Bei der Erfassung der Beziehungen spielen in H.I.L.DE. auch bereits verstorbene Menschen eine wichtige Rolle. Sie werden oft sehr stark vermisst oder die Bewohner und Bewohnerinnen warten vergeblich auf sie. Diese Personen gehören ebenfalls zum sozialen Bezugssystem des Demenzkranken bzw. der Demenzkranken und sind für seine bzw. ihre subjektive Realität bedeutsam, die ernst genommen werden muss. Eine adäquate Förderung der Lebensqualität muss sich schließlich an der subjektiven Realität der Bewohner und Bewohnerinnen orientieren (vgl. Becker 2006, 22).

Emotionales Erleben

Dieser Erfassungsbereich stellt bei H.I.L.DE. auch in der aktuellen Version die zentralste Rolle dar, da die Erfassung der Emotionen ausschlaggebend für die subjektiv erlebte Lebensqualität ist, wie sich auch aus dem zugrundeliegenden Verständnis von Lebensqualität ableiten lässt. Zur Erhebung des subjektiven Erlebens wird nicht nur eine Einschätzung und Beurteilung der Bewohner und Bewohnerinnen durch die Pflegenden vorgenommen, sondern auch eine direkte Beobachtungen. Im Zentrum der Beobachtungen stehen konkrete Alltagssituationen, die sich zur Erfassung von Stimmungslagen bzw. Emotionen und subjektivem Erleben am Besten eignen. Um die Beobachtungen objektiv und kompetent durchführen zu können, liegt dem H.I.L.DE. - Instrument ein Merkblatt zur Emotionalität bei. Hier sind Erkennungsmerkmale für gezeigte Emotionen aufgelistet, wie z. B. Mimik, Gestik, Lautäußerungen oder Körperhaltung, die entsprechend zugeordnet werden sollen. Neben den allgemeinen Erkennungszeichen sollen die Pflegenden auch typische Merkmale des Bewohners bzw. der Bewohnerin in bestimmten Stimmungslagen dokumentieren. Auch der Gesamteindruck zur Persönlichkeit des Demenzkranken bzw. der Demenzkranken, den Pflegenden erfassen sollen, spielt eine wichtige Rolle, denn die Persönlichkeit hat starken Einfluss auf das Erleben und den Ausdruck von Emotionen. Die Erfassung von Gefühls- und Verhaltensneigungen kann auch als Grundlage für den teaminternen Austausch genutzt werden sowie für Diskussionen, um eine individuelle Pflege gewährleisten zu können. Der Gesamteindruck kann auch bei der Einarbeitung neuer Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen hilfreich sein (vgl. Becker 2006, 22-23).

Das Wissen über subjektives – negatives wie positives – Erleben in Alltagssituationen, wie z. B. Pflege oder soziale Aktivitäten, trägt in hohem Maße zur Erhaltung und Förderung der Lebensqualität demenzkranker Menschen bei. Aus diesem Grunde werden in H.I.L.DE. – ähnlich wie beim sozialen Bezugssystem – typische emotional bedeutsame Alltagssituationen erfasst. Die gewonnenen Informationen können genutzt werden, um emotional positive Alltagssituationen zu fördern bzw. häufiger herbeizuführen und negativ

erlebte Alltagssituationen zu vermeiden. Dieser Inhaltsbereich von H.I.L.DE. verfolgt das Ziel, die Reflexion von Strategien im Umgang mit den Bewohnern und Bewohnerinnen zu fördern, Ideen anzuregen und dadurch neue Unterstützungsmöglichkeiten zu entwickeln. Die Pflegenden sollen zunächst die Bewohner und Bewohnerinnen in verschiedenen, für den Pflegealltag relevante und wiederkehrende, Situationen beobachten und ihre Stimmung notieren. Dabei soll zunächst der Gesamteindruck als positiv, negativ oder neutral beurteilt werden. Danach erfolgt eine Feinbeurteilung der Stimmungslage, wie z. B. Traurigkeit, Freude oder Ärger. Auch wechselnde Stimmungslagen sollen mit H.I.L.DE. erfasst werden. Neben der Fremdbeurteilung durch die Pflegenden wird der Bewohner bzw. die Bewohnerin auch selbst gefragt, wie er bzw. sie sich fühlt und wie zufrieden er bzw. sie ist. Nicht alle Bewohner und Bewohnerinnen sind in der Lage, diese Frage zu beantworten, jedoch zeigte sich aus vorangegangenen Untersuchungsphasen von H.I.L.DE., dass trotz der Demenzerkrankung viele Bewohner und Bewohnerinnen in der Lage sind, eine entsprechend formulierte Frage zu beantworten, dieses Potential aber häufig nicht genutzt wird (vgl. Becker 2006, 24-25).

Auswertung der Ergebnisse und deren Konsequenz für das pflegerische Handeln

Für jeden der fünf erfassten Inhaltsbereiche werden entsprechende Kennwerte dokumentiert. Es werden zwar alle Bewohner und Bewohnerinnen auf gleiche Art und Weise mit H.I.L.DE. erfasst, die Qualität der Lebensumstände des einzelnen Bewohners bzw. der einzelnen Bewohnerin gewinnt jedoch erst an Aussagekraft, wenn diese mit den Referenzwerten der entsprechenden Kompetenzgruppe verglichen wird. Somit können die individuellen Kennwerte durch die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Kompetenzgruppe wiederum relativiert werden. Ein solcher Abgleich von individuellen, konkreten Kennwerten mit den Referenzwerten der Kompetenzgruppe ermöglicht eine qualitative Bewertung vorgefundener Verhältnisse sowie eine Abschätzung möglicher Entwicklungspotentiale, die sich am Kompetenzniveau orientieren. Dadurch kann die Pflege und Betreuung an den Kompetenzen und Möglichkeiten der Person mit Demenz ausgerichtet werden und die Erwartungshorizonte für entsprechende Maßnahmen können realistisch eingeschätzt werden. Gleichzeitig wird der Bewohner bzw. die Bewohnerin nicht über- oder unterfordert, wodurch eine adäquate Förderung der Lebensqualität möglich ist. Gleichzeitig wird darauf hingewiesen, dass die Kennwerte nicht als direkter Maßstab für die Pflegequalität einer Einrichtung verwendet werden können. Auch die Referenzwerte sind keine absoluten Qualitätskriterien, aus denen abgeleitet werden kann, dass ein Interventionsbedarf oder genügend Lebensqualität besteht. Interventionsbedarfe müssen immer im Hinblick auf den individuellen Menschen mit Demenz abgeleitet werden, wobei hier die Erfahrung und die Fachexpertise der Pflegenden entscheidend ist. Der Bedarf für eine Verbesserung

der Lebensqualität soll somit nicht durch H.I.L.DE., sondern durch das Fachwissen der Pflegenden erkannt werden, denn die individuellen Bedürfnisse dürfen durch ein standardisiertes Instrument wie H.I.L.DE. nicht verloren gehen. Ein Bewohner bzw. eine Bewohnerin, der bzw. die laut H.I.L.DE. einen sehr begrenzten Bewegungsradius hat, muss nicht unbedingt eine schlechtere Lebensqualität haben als ein Bewohner bzw. eine Bewohnerin mit großem Bewegungsradius. Standardisierte Beurteilungskriterien stellen zwar eine Hilfe für die Pflegenden dar, sie können jedoch der Individualität eines einzelnen Menschen mit Demenz nicht gerecht werden. Entscheidend für die Einleitung von Interventionsmaßnahmen ist somit das Fachwissen sowie die Erfahrung der Pflegekräfte (vgl. Becker 2006, 19, 25-26).

2.2.6 Formale Struktur von H.I.L.DE.

Das aktuelle Instrument umfasst zwei Teile, ein Erfassungsheft und ein Auswertungsheft. Im Erfassungsheft werden alle fünf Inhaltsbereiche für jeden einzelnen Bewohner bzw. für jede einzelne Bewohnerin gleich - unabhängig von seiner bzw. ihrer Kompetenzgruppe - erfasst. Sämtliche Beobachtungen und Informationen werden im Erfassungsheft eingetragen und die Kennwerte der einzelnen Bereiche als Summen notiert. In das Auswertungsheft werden alle ermittelten Kennwerte bzw. Summen übertragen, wobei hier keine Gesamtsumme errechnet wird, sondern ein Profil erstellt wird, das die Lebensqualität in den unterschiedlichen Inhaltsbereichen abbildet. Für die Auswertung muss der Bewohner bzw. die Bewohnerin einer Kompetenzgruppe zugeordnet sein. Das Auswertungsheft besteht deshalb aus vier verschiedenen Vorlagen, in denen die Mittelwerte der jeweiligen Kompetenzgruppe sowie die Streuung aller bisherigen gefundenen Werte aus früheren Datenerhebungen auf einem Strahl dargestellt sind. Dadurch kann eine positive oder negative Abweichung der Kennwerte des Bewohners bzw. der Bewohnerin festgestellt werden. Die Lebensverhältnisse der Bewohner und Bewohnerinnen können somit verglichen und in entsprechender Relation interpretiert werden (vgl. Becker 2006, 26).

Momentan steht noch kein Handbuch zur Durchführung von H.I.L.DE. zur Verfügung, so dass die Einweisung durch die Projektmitarbeiter und Mitarbeiterinnen erfolgt. Ziel der aktuellen Projektphase ist, ein Manual zu entwickeln, damit die Anwendung von H.I.L.DE. selbständig durch die Pflegenden erfolgen kann. Weiterhin soll ein Planungsheft entwickelt werden, in dem alle ermittelten Veränderungs- und Interventionsmaßnahmen dokumentiert werden sollen (vgl. Becker 2006, 26).

2.2.7 Fazit zur Darstellung des Instrumentes H.I.L.DE.

Im Zentrum des Instrumentes H.I.L.DE. steht die Erfassung der Lebensqualität von Menschen mit Demenz in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen. Es wurde eine multidimensionale Sicht auf die Lebensqualität theoretisch entwickelt, die im Anschluss durch spezifische, in der Praxis bereits erprobte, Instrumente operationalisiert wurde. Es handelt sich um ein sehr umfangreiches Instrument, welches viele Einzelassessments enthält. (vgl. Dialogzentrum Demenz 2007, 58-59). Durch die Berücksichtigung verschiedener Perspektiven aus dem Pflegealltag kommt den Pflegenden stationärer Einrichtungen eine bedeutende Rolle in H.I.L.DE. zu, da sie täglich mit der Zielgruppe der Menschen mit Demenz arbeiten. Berücksichtigt wird auch die Perspektive der Angehörigen (vgl. Institut für Gerontologie 2008, 2). Im Mittelpunkt von H.I.L.DE. steht neben der objektiven Bewertung von Lebensqualität die Erfassung der emotionalen Befindlichkeit von Menschen mit Demenz als subjektiver Ausdruck für die Lebensqualität. Man geht davon aus, dass selbst Personen in weit fortgeschrittenem Stadium der Demenz in der Lage sind, emotional differenziert auf bestimmte Situationen zu reagieren. Auch wenn die verbale Kommunikation eingeschränkt ist, können sie Emotionen immer noch nonverbal über den mimischen Ausdruck kommunizieren. Dadurch kann H.I.L.DE. in allen Stadien einer Demenz angewendet werden. Die subjektive Sicht der Bewohner und Bewohnerinnen bei der Erfassung der Lebensqualität spielt somit eine bedeutende Rolle. Durch dieses Potential der nonverbalen Kommunikation kann insgesamt eine vermehrte Orientierung an den Ressourcen der Demenzerkrankten gefördert werden. Die differenzierte Erfassung der Komponenten für die Lebensqualität sowie die vermehrte Berücksichtigung der individuellen Ressourcen von Menschen mit Demenz ermöglicht zielgerichtete Interventionsmaßnahmen zur Förderung der Lebensqualität. (vgl. BMFSFJ 2006, 36-38). Das Instrument befindet sich momentan noch in der Entwicklungs- bzw. Überprüfungsphase, mit einer Veröffentlichung ist Ende Februar 2009 zu rechnen. H.I.L.DE. ist das erste Instrument, das in dieser Komplexität in Deutschland bislang entwickelt wird. Bisher ist nur positive Resonanz zu erkennen, sowohl von Seiten der Bundespolitik als auch von den Pflegenden selbst; inwieweit das Instrument jedoch wirklich praxistauglich ist, wird sich erst vollständig nach der Veröffentlichung zeigen (vgl. Dialogzentrum Demenz 2007, 59).

3 Instrumente in der Pflege

3.1 Begriffsbestimmung und Einordnung

Seit einigen Jahren erfährt die Qualitätsthematik in Deutschland eine rasante Entwicklung. Inzwischen kann man davon ausgehen, dass nahezu alle Berufsgruppen und Institutionen des deutschen Gesundheitswesens sich mit dem Thema Qualitätsentwicklung auseinandersetzen (vgl. Elsbernd 2007a, 6-8). Es gibt inzwischen eine Vielzahl an Instrumenten in

der Pflege, die in der Literatur meist den Qualitätssicherungs- bzw. Qualitätsentwicklungsinstrumenten zugeordnet werden. Zu nennen wären hier bspw. die nationalen Expertenstandards, Praxisstandards, Pflegevisiten, Qualitätszirkel, Pflegekonzepte oder Assessmentinstrumente, die entweder der externen oder internen Qualitätssicherung bzw. –entwicklung zugeordnet werden können (vgl. Igl, Klie 2002, 8).

Durch das deutsche Pflege - Weiterentwicklungsgesetz, welches am 1. Juli 2008 in Kraft trat, sind die stationären und ambulanten Altenpflegeeinrichtungen gesetzlich dazu verpflichtet, die nationalen Expertenstandards einzuführen (vgl. BMG 2008c, 5). In diesem Zusammenhang haben auch die standardisierten Assessmentinstrumente an Bedeutung gewonnen. Sie sind zunehmend Gegenstand der Diskussion sowohl auf nationaler wie auch auf internationaler Ebene, auch die Zahl der Veröffentlichungen zum Thema nimmt zu (vgl. Bartholomeyczik 2007, 211). Assessmentinstrumente sind in Deutschland erstmals verstärkt 1995 durch die Einführung der Pflegeversicherung in den Fokus der Pflege gerückt. International gesehen haben Assessments teilweise längst Pflichtcharakter gewonnen. In den USA sind sie in Langzeitpflegeeinrichtungen bereits per Gesetz seit 1990 verpflichtend durchzuführen (vgl. Bartholomeyczik, Gordon 2001, 125). Die WHO hat die Durchführung von Assessments als Kernaufgabe der Pflege bereits in den 1970er Jahren definiert (vgl. Rappold 2007, 205). Seit der Einführung der Pflegeversicherung in Deutschland werden überprüfbare Qualitätskriterien gefordert sowie auch ein nachvollziehbarer Pflegeprozess. Bislang erfolgt die Überprüfung des Pflegeprozesses jedoch fast ausschließlich über die Pflegedokumentation, jedoch ist die Grundlage für den Pflegeprozess zunächst ein entsprechendes Assessmentinstrument (vgl. Bartholomeyczik, Halek 2004, 131).

Es ist festzustellen, dass keine eindeutige Definition des Begriffs „Assessment“ vorliegt. Der Begriff Assessment wird häufig synonym für standardisierte Assessmentinstrumente verwendet (vgl. Bartholomeyczik 2007, 212). Aus anderen Veröffentlichungen wird ersichtlich, dass der Begriff teilweise mit unterschiedlicher Bedeutung für die Pflege verwendet wird. Im klinischen Wörterbuch wird ein Assessment folgendermaßen beschrieben:

„[...] standardisierte und dokumentierte Einschätzung und Beurteilung des Patienten auf Grundlage der Daten, die durch Kommunizieren, Sammeln und Prüfen von Informationen nach standardisierten Schemata gewonnen werden; dient unter anderem der Beurteilung der Selbstständigkeit, der Erfassung des Dekubitusrisikos, des Sturzrisikos etc. [...].“ (Pschyrembel 2007, 163)

Der Katholische Krankenhausverband Deutschlands e.V. (KKVD) hat zusammen mit dem Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. für ein Projekt folgende Arbeitsdefinition zu Assessments festgelegt:

„Unter einem Assessment verstehen wir (die Autoren) ein kriterienorientiertes und strukturiertes Erhebungsverfahren zur Ausweisung und nachvollziehbaren Einschätzung eines Patientenzustandes. Es dient der Ermittlung eines individuellen Hilfebedarfs und der Bestimmung der daraus resultierenden notwendigen pflegerischen Unterstützung.“(KKVD 2001, 52)

Diese beiden Beschreibungen richten ihren Fokus zwar auf die Zielgruppe der Patienten und Patientinnen im Krankenhaus, sie lassen sich aus unserer Sicht jedoch auch ohne Schwierigkeiten auf den Altenpflegebereich übertragen. Aus den Beschreibungsversuchen wird ersichtlich, dass es sich um ein komplexes methodisches Verfahren handelt, dass der Einschätzung des Gesundheitszustandes sowie der Ressourcen eines Patienten und einer Patientin bzw. eines Pflegeempfängers und einer Pflegeempfängerin der Altenhilfe dient (vgl. KKVD 2001, 52). In der Literatur wird der Begriff Assessmentinstrument häufig in Bezug auf eine Sammlung von Daten und deren anschließende Bewertung bzw. Messung des Gesundheitszustandes einer Person verwendet. Ein Assessmentinstrument kann auch die Durchführung des Pflegeprozesses unterstützen (vgl. Bartholomeyczik, Gordon 2001, 111, 203), wie folgende, aus der Geriatrie stammende, Definition verdeutlicht:

„Mit dem Begriff «multidimensionales geriatrisches Assessment» wird ein interdisziplinärer, diagnostischer Prozess beschrieben, der mehrere Gesundheitsdimensionen berücksichtigt und in dem versucht wird, die körperlichen, psychischen, sozialen, funktionellen und ökonomischen Defizite bzw. Ressourcen von älteren, gebrechlichen Menschen aufzudecken, um einen integrierten Behandlungsplan mit langzeitiger Nachbetreuung zu erstellen.“ (Grob 2005, 1280)

Aus den Definitionen und Beschreibungen lässt sich ebenfalls ableiten, dass es sich bei einem Assessmentinstrument um ein umfassendes, ganzheitliches Erhebungs- bzw. Einschätzungsinstrument handeln kann, welches z. B. den Grad bzw. das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit ermittelt. Hier zu nennen ist bspw. das Resident Assessment Instrument (RAI), ein multidisziplinäres Assessmentverfahren. Diese umfassenden Assessmentinstrumente werden v. a. in der Langzeitpflege verwendet. Sie ermöglichen eine Unterstützung im Bereich der Pflegediagnostik bzw. sind als eine Komponente im gesamten Pflegeprozess anzusehen (vgl. Müller-Staub 2006, 22). Die Pflegebedürftigkeit wird über die Pflegeprobleme definiert (vgl. Wingenfeld in Halek 2003, 32). Diese gestalten sich, je nach gesellschaftlicher und pflegerischer Auffassung, sehr unterschiedlich. Auf einer In-

tensivstation stehen andere Pflegeprobleme im Vordergrund als im Langzeitpflegebereich. Gleichzeitig gibt es aber auch Assessmentinstrumente, die nur Teildimensionen erfassen, wie z. B. der Barthel-Index. Sie geben einen Überblick über einzelne, wichtige Aspekte der Pflegebedürftigkeit. Am längsten ist der Einsatz von standardisierten Instrumenten bei der Erfassung von Teildimensionen verbreitet, v. a. im Bereich der Risikodiagnostik (vgl. Bartholomeyczik, Hunstein 2006, 315). Es wird häufig ein Risiko identifiziert und gemessen, z. B. das Risiko eines Dekubitus oder einer Mangelernährung. Die Potentiale eines Risikos werden oftmals durch einen Gesamtsummenscore dargestellt (vgl. Fillibeck et al. in DNQP 2006, 67-70). Teilweise werden Assessmentinstrumente, die nur Teildimensionen erfassen, auch als Screeninginstrumente bezeichnet. Diese Unklarheit bei der Zuordnung der Instrumente ist darauf zurückzuführen, dass es keine eindeutige Definition von Screening und Assessment gibt, so dass man die Begriffe auch nicht eindeutig voneinander abgrenzen kann. Seit kurzem sind jedoch Bestrebungen erkennbar, die beiden Begriffe zu differenzieren (vgl. Bartholomeyczik, Schreier 2004, 76-77). Screenings ermöglichen eine erste grobe, jedoch sehr schnelle Einschätzung. Sie sind v. a. aus der Medizin bekannt und sind Assessmentinstrumenten vorgeschaltet. Durch ihre Anwendung werden bestimmte Zielgruppen herausgefiltert, bei denen anschließend ein umfangreiches Assessment durchgeführt werden soll (vgl. Bartholomeyczik, Schreier 2004, 75, 77).

Eine weitere theoretische Einordnungsmöglichkeit für Assessmentinstrumente besteht durch die Unterscheidung in zustandsbezogene und handlungsbezogene bzw. aufwandsbezogene Pflegemessinstrumente. Assessmentinstrumente zählen zu den zustandsbezogenen Pflegemessinstrumenten, die bspw. die Pflegebedürftigkeit erfassen können. Ihre Hauptaufgabe ist die Erfassung des individuellen Zustands einer Person mittels einer Datensammlung und Auswertung derselben. Sie sind Grundlage für die Pflegediagnostik und können im gesamten Pflegeprozess genutzt werden. Zu den handlungsbezogenen Instrumenten können die Instrumente gezählt werden, die sich am Bedarf an Pflegeleistungen orientieren wie bspw. das Leistungserfassungsprogramm (LEP). Sie erfassen retrospektiv die vollzogene pflegerische Handlung (vgl. Abt-Zegelin et al. 2001, 193-194), stellen somit die bereits geleistete Arbeit in Zeitwerten dar. Assessmentinstrumente dagegen bieten qualitative oder quantitative Ergebnisse, aus denen - mit hermeneutischen Verständnis - Probleme und Ressourcen für den Pflegeempfänger bzw. die Pflegeempfeängerin abgeleitet werden können. Die Ergebnisse müssen interpretiert werden bzw. muss deren Bedeutung aus der Sicht des Betroffenen abgeleitet werden. Ein erfasstes Dekubitusrisiko hat bspw. in der Palliativpflege eine andere Bedeutung als auf einer unfallchirurgischen Abteilung (vgl. Schrems 2007, 220).

In dem Kontext der Unterscheidung zwischen handlungsbezogenen und zustandsbezogenen Messinstrumenten ist es wichtig, die Begriffe Pflegebedürftigkeit und Pflegebedarf eindeutig voneinander abzugrenzen. Die Definition dieser zwei Begriffe soll eine oft fälschlicherweise synonyme Verwendung der Begriffe vermeiden (vgl. Abt-Zegelin et al. 2001, 174-177). In der deutschen Pflegewissenschaft hat sich die Definition der Pflegebedürftigkeit nach Henderson durchgesetzt. Sie wird beschrieben als eine:

„[...] deskriptive Größe, in die Einschränkungen eines Menschen, seine Potenziale und Ressourcen des sozialen Umfelds mit einfließen. Sie ist ein Teil einer möglichen umfassenden Hilfebedürftigkeit eines Menschen und beschreibt «nur» die pflegerischen Probleme.“ (Halek 2003, 32)

Davon zu unterscheiden ist der Begriff des Pflegebedarfs, bei welchem vor allem die Interventionen im Mittelpunkt stehen, die zur Kompensation der Pflegeprobleme erforderlich sind. Der Pflegebedarf bezeichnet die Gesamtheit aller pflegerischen Maßnahmen, die zur Erreichung der aufgestellten Pflegeziele notwendig sind (vgl. Halek 2003, 32-33). Trotz der klaren Unterscheidungsmöglichkeit der beiden Begriffe, werden sie oftmals fälschlicherweise synonym verwendet (vgl. Abt-Zegelin et al. 2001, 175). Als Beispiel kann hier der momentan noch aktuelle gesetzliche Begriff der Pflegebedürftigkeit im § 14 (1) SGB XI genannt werden. Er nimmt eine Sonderstellung neben den gängigen Definitionen von Pflegebedürftigkeit ein, da er mehr auf die Erhebung des Pflegebedarfs als auf die Pflegebedürftigkeit abzielt.

„ (1) Pflegebedürftig im Sinne des Buches sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, [...] in erheblichem oder höherem Maße (§15) der Hilfe bedürfen.“ (vgl. BMG 2008d, 1)

Aus der Definition wird ersichtlich, dass der gesetzliche Pflegebedürftigkeitsbegriff mehr den Pflegebedarf repräsentiert als die Pflegebedürftigkeit und daher mehr die Pflegeleistungen abbildet. Der Fokus liegt mehr auf den erfolgten Interventionen bei den Verrichtungen des täglichen Lebens und nicht auf der Pflegebedürftigkeit im Sinne einer Erhebung der Einschränkungen von Kompetenzen und dem Vorhandensein von Ressourcen und Potentialen (vgl. Bartholomeyczik 2004, 12-14). Am Begriff der Pflegebedürftigkeit im SGB XI wird aufgrund der bereits dargestellten Problematik schon lange Kritik geübt. Inzwischen herrscht auch in der Politik Einigkeit darüber, dass der Begriff der Pflegebedürftigkeit überarbeitet werden muss und eine entsprechende Adaption des Begutachtungsinstrumentes notwendig ist. Vor diesem Hintergrund wurde vom Bundesministerium für Gesundheit im November 2006 eine wissenschaftliche Studie initiiert, die sich mit einer um-

fassenden nationalen und internationalen Recherche sowie Analyse und Bewertung von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Begutachtungs- bzw. Einschätzungsinstrumenten beschäftigen sollte. Auf Grundlage dieser Studie sollte eine Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes und eine Angleichung des Begutachtungsverfahrens erfolgen. Inzwischen wurde ein neues Begutachtungsverfahren entwickelt, das sich momentan in der Erprobungsphase befindet und im November 2008 veröffentlicht werden soll (vgl. Büscher, Gansweid, Wingenfeld 2008, 4, 129). Eine neue Definition von Pflegebedürftigkeit liegt jedoch noch nicht vor bzw. wurde noch nicht vorgestellt. Die neue Definition lässt hoffen, dass die Unterscheidung zwischen Pflegebedürftigkeit und Pflegebedarf auch auf politischer Ebene klarer wird. Pflegebedürftigkeit und Pflegebedarf sind nicht gleichzusetzen, zwischen ihnen besteht auch nur bedingt ein Zusammenhang. Der Grad der Pflegebedürftigkeit ist nicht automatisch gleichzusetzen mit der Höhe des Pflegebedarfs (vgl. Berthou 2004, 33). Eine Möglichkeit, um ein Assessmentinstrument richtig einordnen zu können, besteht somit durch die Prüfung, ob ein zustands- oder aufwandbezogenes Pflegemessinstrument vorliegt.

3.2 Möglichkeiten durch die Anwendung von standardisierten Assessmentinstrumenten

Bei der bisherigen Darstellung von pflegerischen Assessmentinstrumenten wurden standardisierte Assessmentinstrumente dargestellt. Damit gemeint ist keine freie bzw. qualitative Form der Erfassung eines Problems, von Ressourcen bzw. Potentialen, sondern eine Vorgehensweise mit strukturierten Vorgaben. Im einfachsten Fall kann dies eine Art Checkliste oder Skala sein. Der große Nachteil bzw. die häufigste Kritik aus der Pflegepraxis bei der Anwendung von standardisierten Assessmentinstrumenten bezieht sich auf den vermeintlichen Verlust an Individualität des Pflegeempfängers bzw. der Pflegeempfängerin (vgl. Bartholomeyczik 2004, 15). Das individuelle Erleben und die persönliche Wahrnehmung von Pflegeempfängern und Pflegeempfängerinnen geht durch standardisierte Instrumente verloren (vgl. Bartholomeyczik, Halek 2004, 10), individuelle Bedürfnisse werden kategorisiert und systematisiert (vgl. Friebe 2003, 17). Oft werden Assessmentinstrumente in der Pflegepraxis unreflektiert sowie ohne entsprechendes Fachwissen durchgeführt. Die Einschätzungsergebnisse bleiben oft ohne entsprechende Konsequenzen für das weitere Pflegehandeln (vgl. Bartholomeyczik, Hunstein 2006, 316).

Gleichzeitig sind auch viele Vorteile zu nennen. Ein standardisiertes Assessmentinstrument kann insgesamt als Komponente zur Verbesserung des Pflegeprozesses bezeichnet werden. Assessmentinstrumente liefern Informationen, die für die Pflegediagnostik im Rahmen des Pflegeprozesses von Bedeutung sind. Die aus dem Assessmentinstrument

stammenden Informationen können hilfreich sein, um eine korrekte Pflegediagnose stellen zu können (vgl. Bartholomeyczik 2004, 15-17). Die Pflegediagnostik beruht auf umfangreichen Informationen, die durch das Assessmentinstrument schriftlich fundiert sind, sie kann dadurch verbessert werden. (vgl. Bartholomeyczik, Hunstein 2006, 315). Ein Assessmentinstrument kann auch als Leitfaden für eine individuelle Pflegeplanung genutzt werden. Es bildet die Grundlage dafür, wie die Pflege geplant, durchgeführt und evaluiert wird. Neben der Verbesserung des Pflegeprozesses ist der Einsatz von standardisierten Assessmentinstrumenten auch deshalb für die Pflegepraxis lohnenswert, weil die pflegerische Arbeit dadurch nachweisbar und transparent wird. Die ausgeführte Pflege kann durch die Daten des Assessmentinstrumentes begründet werden und bietet somit auch eine Sicherheit gegenüber rechtlichen Ansprüchen. Die entstandene Transparenz pflegerischer Tätigkeiten kann auch für ein fundiertes Personalbemessungssystem benutzt werden, so dass standardisierte Assessmentinstrumente auch Werkzeug für das Management zur Personalplanung sein können (vgl. Bartholomeyczik, Hunstein 2006, 316).

Der vermehrte Einsatz von EDV in der Pflege kann auch für standardisierte Assessmentinstrumente genutzt werden. Sie liefern strukturierte Daten, die durch die Anwendung von EDV-gestützten Programmen gespeichert und ausgewertet werden können. EDV-gesteuerte Assessmentinstrumente können zum einen für die Pflegeplanung eingesetzt werden, zum anderen können die Pflegeergebnisse im Rahmen des gesamten Pflegeprozesses leichter evaluiert werden (vgl. Abt-Zegelin et al. 2001, 194). Standardisierte Assessmentinstrumente in elektronischer Form können aber auch bspw. im Rahmen des Entlassungsmanagements eingesetzt werden. Sie können als Übergabe- bzw. Überleitungsinstrument verwendet werden. Es besteht außerdem die Möglichkeit, den Verlauf von chronischen Krankheiten mittels standardisierter Assessmentinstrumente abzubilden. Wichtig ist jedoch, dass die Software so konstruiert ist, dass sie auch das zugrundeliegende Pflegeverständnis in der Einrichtung inhaltlich wiedergeben kann, denn der Nutzer muss sich der Software anpassen. Die standardisierte Erfassung einzelner Teildimensionen bzw. die umfassende Einschätzung der Pflegebedürftigkeit per EDV kann außerdem für Vergleiche nutzbar gemacht werden. Es können bspw. Erfolge von Disease Management Programmen überprüft bzw. Ergebnisse verglichen werden (vgl. Bartholomeyczik 2004, 16-17). Diese Daten aus den Assessmentinstrumenten ermöglichen auch eine Vergleichbarkeit im Sinne einer Evaluation der Pflegequalität. Vergleiche zwischen den einzelnen Einrichtungen im Rahmen des Qualitätsmanagements oder auch regionale Vergleiche sind dadurch denkbar. Voraussetzung wäre jedoch die Anwendung des gleichen standardisierten Assessmentinstrumentes (vgl. Bartholomeyczik, Hunstein 2006, 316; Bartholomeyczik 2004, 16-17; Abt-Zegelin et al. 2001, 194). Im Fokus der Qualitätsentwick-

lung steht jedoch nicht nur die Einrichtung oder die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in der Pflege, sondern auch der Pflegeempfänger bzw. die Pflegeempfängerin. Für ihn bzw. sie hat die Durchführung eines Assessmentinstruments u. a. den Vorteil, dass unnötige pflegerische Interventionen im weiteren Verlauf verhindert werden oder Defizite aufgedeckt werden, auf die durch entsprechende pflegerische Interventionen reagiert werden kann. Ebenfalls kann die Verabreichung von Medikamenten aufgrund eines Assessmentergebnisses verändert bzw. verringert werden, da Zusammenhänge eines komplexen Verhaltens eines Pflegeempfängers bzw. einer Pflegeempfängerin eher sichtbar gemacht werden können (vgl. Gunzelmann, Oswald 2005, 247).

Auch die Zusammenarbeit zwischen Pflegewissenschaft und Pflegepraxis kann durch die Anwendung von standardisierten Assessmentinstrumenten eine Verbesserung erfahren. Eine gegenseitige Ideenregung sowie ein fachlicher Austausch ist denkbar. Die Pflegewissenschaft kann die Daten aus den Assessmentinstrumenten im Rahmen ihrer Forschungsbestrebungen einsetzen, die Pflegepraxis wird auf den Nutzen und die Einsatzmöglichkeiten von Assessmentinstrumenten aufmerksam und neugierig gemacht (vgl. Bartholomeyczik, Hunstein 2006, 316-317; Bartholomeyczik 2004, 16). Standardisierte Assessmentinstrumente der Pflege können auch als Instrument für die Forschung anderer Disziplinen genutzt werden. Sie können bspw. epidemiologische Daten liefern, die für die Gesundheitsberichterstattung verwendet werden können (vgl. Bartholomeyczik, Hunstein 2006, 316).

3.3 Anforderungen an ein Assessmentinstrument

Aufgrund der unterschiedlichen Zielsetzung, die durch ein Assessmentinstrument in der Pflege verfolgt werden kann, ergeben sich natürlich unterschiedliche Anforderungen an ein solches Instrument. So wird die Erfüllung folgender Anforderungskriterien als notwendig erachtet, wenn es sich um ein umfassendes pflegerisches Assessmentinstrument zur Messung der Pflegebedürftigkeit handelt:

- „Berücksichtigung von ethischen, wirtschaftlichen und berufspraktischen Aspekten
- Standardisierung
- Integrierbarkeit in die Pflegeplanung
- Vollständigkeit und Praktikabilität
- Kernkomponenten und Zusatzmodule
- Bündelung von Informationen
- Definition von Pflegebedürftigkeit“

(Bartholomeyczik, Halek 2004, 138)

Auch die Nationale Pflegeassessmentgruppe Deutschland hat Anforderungen veröffentlicht, die sich jedoch speziell auf ein Assessmentverfahren zur Feststellung des Ernährungszustands beziehen. Sie fordert zum einen die Erfassung spezifischer Probleme, die evtl. Einfluss auf die Ernährung haben. Außerdem fordert sie, dass ein Assessmentinstrument als Grundlage für die weitere Gestaltung des Pflegeprozesses geeignet ist und interdisziplinär genutzt werden kann. Sie sieht es auch als notwendig, dass ein Assessmentinstrument standardisiert, effizient, umfassend, schnell und einfach anzuwenden ist (vgl. Nationale Pflegeassessmentgruppe 2005, 5). Diese Anforderungen an ein Assessmentinstrument stimmen tendenziell mit den Anforderungen von Bartholomeyczik und Halek überein. Dies liegt wahrscheinlich daran, dass die Pflegeassessmentgruppe von Prof. Dr. Bartholomeyczik geleitet wird und auch Halek dort mitarbeitet. Zusätzlich fordert die nationale Pflegeassessmentgruppe aber noch, dass das Instrument methodisch getestet ist und somit hinsichtlich ihrer Validität, Sensitivität, Spezifität und Reliabilität überprüft wurde (vgl. Nationale Pflegeassessmentgruppe 2005, 5). Die Arbeitsgemeinschaft Qualität und Outcome am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke fordert, dass die Inhalte eines Assessments theorie- und empiriebasiert sein müssen. Des Weiteren sollten sie auf Reliabilität, Validität und Praktikabilität geprüft sein (vgl. Bartholomeyczik, Hunstein 2006, 317). Die genannten Anforderungskriterien beziehen sich zwar immer auf spezifische Assessmentinstrumente, sie können jedoch aus unserer Sicht durchaus allgemein auf jegliche Art von Assessmentinstrumente übertragen werden.

Fazit zu Assessmentinstrumenten in der Pflege

Es ist festzustellen, dass zum Begriff „Assessment“ keine eindeutige Definition vorliegt. Aus der Literatur geht nicht eindeutig hervor, welche Kriterien zu der Einschätzung führen könnten, dass es sich um ein Assessmentinstrument handelt. Es finden sich keine klaren Zuordnungsmöglichkeiten. Trotzdem überwiegt in der Literatur die Aussage, dass es sich um ein umfassendes Einschätzungsinstrument handelt, welches zur systematischen Sammlung von Daten und deren Bewertung genutzt wird, die wiederum notwendig sind, um weitere Schritte im Pflegeprozess durchführen zu können. Ein Assessmentinstrument ist somit ideal im Rahmen des Pflegeprozesses einsetzbar, es stellt eine Grundlage für die Pflegediagnostik dar und macht pflegerisches Handeln begründbar sowie transparent. Assessmentinstrumente tragen somit auch zur Qualitätssicherung bzw. –entwicklung in der Pflege bei (vgl. Reuschenbach 2008, 295-298).

Die Möglichkeiten, die sich durch die Anwendung eines standardisierten Assessmentinstrumentes für die Pflegenden und auch für den Pflegeempfänger bzw. die Pfl-

geempfängerin bieten, werden durch die zunehmende Implementierung von Expertenstandards und den damit verbundenen Assessmentinstrumenten in der Praxis immer mehr erkannt. Jedoch gibt es auch Anforderungen von Seiten der Pflegewissenschaft, die Assessmentinstrumente erfüllen müssen, damit sie als „gute“ Assessmentinstrumente bezeichnet werden können und für die Pflegepraxis empfohlen werden können.

„Standardisierte Instrumente in der Pflege können eine wichtige Rolle dabei spielen, pflegerisches Denken und Handeln transparent und bewertbar zu machen. Voraussetzung ist, dass die Instrumente wissenschaftlich getestet und praktikabel sind. Außerdem müssen die Anwender entsprechend geschult sein.“ (Bartholomeyczik, Hunstein 2006, 317)

4 Analyse und Diskussion der Instrumente DCM und H.I.L.DE. anhand ausgewählter Kriterien

4.1 Zielsetzungen von Assessmentinstrumenten im Vergleich zu DCM und H.I.L.DE.

In Punkt 3.1 wurde anhand der Aussagen aus der Literatur eine Begriffsbestimmung zum Thema Assessmentinstrumente in der Pflege vorgenommen. Durch unterschiedliche Definitionen und Beschreibungen wurde unter anderem versucht, die Anforderungen an Assessmentinstrumenten in der Pflege zu verdeutlichen. Bevor jedoch Anforderungen formuliert werden, müssen zunächst die Ziele von Assessmentinstrumenten bekannt sein. Aus diesem Grunde erfolgt an dieser Stelle zunächst die explizite Darstellung der Ziele von Assessmentinstrumenten, die anschließend in Bezug zu den Zielen der Instrumente DCM und H.I.L.DE. vergleichend betrachtet werden. Anhand der Ziele können schließlich mögliche Anforderungskriterien für die anschließende Analyse und Diskussion der beiden Instrumente ausgewählt werden.

In der Beschreibung des Psychrembel wird darauf verwiesen, dass durch die Erfassung der Daten, z. B. mittels Kommunikation, der Zustand und die möglichen Pflegeprobleme des Pflegeempfängers und der Pflegeempfängerin erhoben werden sollen. Die Anwendung von Assessmentinstrumenten verfolgt das Ziel einer individuellen Erfassung von Daten eines Pflegeempfängers und einer Pflegeempfängerin (vgl. Psychrembel 2007, 163). Dadurch kann auf der Grundlage der gewonnenen Datenbasis eine individuelle Pflegeplanung erstellt werden. Ein weiteres Ziel, das häufig von Pflegenden als ein originäres Ziel in der Pflege benannt wird, ist die individuelle Pflege. Durch den Einsatz von Assessmentinstrumenten können individuelle Daten erfasst werden, die eine individuenzentrierte Gestaltung des Pflegeprozesses ermöglichen und somit die Basis für eine indi-

viduelle Pflege darstellen (vgl. Lindpaintner 2007, 185). Diese Erfassung individueller Informationen sollte nicht nur Defizite beinhalten, sondern v. a. Ressourcen des Pflegeempfängers bzw. der Pflegeempfangenerin. Neben einer individuellen Informationssammlung kann ein Assessmentinstrument auch für eine systematische Einschätzung der Situation des Pflegeempfängers bzw. der Pflegeempfangenerin genutzt werden. (vgl. Fierz et al. 2007, 182). Die Anwendung von Assessmentinstrumenten kann auch zur Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung beitragen. Dieses Ziel wird nicht explizit in den Beschreibungen und Definitionen genannt, lässt sich aber aus den Aussagen aus der Literatur ableiten (vgl. Reuschenbach 2008, 295-297). Die individuelle Pflege wird ebenfalls unter dem Aspekt der Qualität der Pflege und Versorgung betrachtet. Dabei geht es v. a. um die Ergebnisqualität. Die Auswirkungen der Pflegequalität auf den Pflegeempfänger bzw. die Pflegeempfangenerin stehen im Vordergrund (vgl. Bölicke, Steinhagen-Thiessen 2002, 186). Neben der Möglichkeit einer individuellen Pflege als Qualitätsmerkmal haben Assessmentinstrumente auch das Ziel, das Pflegehandeln nachvollziehbar und begründbar zu machen (vgl. Reuschenbach 2008, 295-297). Sie legen den Grundstein für eine evidenzbasierte Pflege (vgl. Fierz et al. 2007, 182). Es wird somit ersichtlich, dass Assessmentinstrumente ihren Beitrag zur Qualitätssicherung und -entwicklung leisten. Assessmentinstrumente werden deshalb auch - so fern sie geeignet sind - im Rahmen der nationalen Expertenstandards des DNQP empfohlen. Durch die Erfassung individueller Daten, die im weiteren Pflegeprozess verwendet werden, legen Assessmentinstrumente einen Grundstein für den gesamten Pflegeprozess und ermöglichen im weiteren Verlauf des Pflegeprozesses eine Überprüfung der erzielten Ergebnisse (vgl. Lindpaintner 2007, 185).

Die Ziele, die durch den Einsatz von Assessmentinstrumenten dargestellt wurden, zeigen Schwerpunkte auf. Die Unterstützung einer individuellen Pflege und der Beitrag zur Qualitätssicherung bzw. -entwicklung können als Hauptmerkmale für die Ziele der Assessmentinstrumente in der Pflege identifiziert werden (vgl. Bölicke, Steinhagen-Thiessen 2002, 186), wie folgendes Zitat verdeutlicht:

„Das Pflegeassessment [...] dient dazu, den Grundstein für eine exzellente klinische Praxis zu legen. Alle folgenden Schritte des Pflegeprozess, sowie die Qualität der Pflege insgesamt, hängen von der Güte ihrer Situationseinschätzung ab.“
(Brobst et al. 2007, 83)

Das DCM kann als ein Instrument klassifiziert werden, welches das Ziel einer individuellen Pflege verfolgt. Eine individuelle Pflege wird im Sinne des DCM dann erbracht, wenn sich der Pflegeempfänger und die Pflegeempfangenerin wohl fühlt (vgl. Strunk-Richter 2001, 466). Diese Individualität der Pflege soll bei DCM bspw. mittels Beobachtung und dem Kodieren von Verhaltensweisen und Interventionen, die zum Wohlbefinden der beobach-

teten Person mit Demenz beitragen, erfasst und dadurch evaluiert werden (vgl. Riesner 2006, 36). Die englische Regierung hat das Instrument DCM als ein Instrument zur Evaluation von Demenzpflege empfohlen (vgl. Innes 2004, 15). Das DCM bietet unter anderem die Möglichkeit, durch vier Kategorien Pflegeergebnisse, und damit verbunden Pflegequalität, messbar zu machen. Das DCM leistet somit einen Beitrag bzw. verfolgt Zielsetzungen der Qualitätssicherung und -entwicklung. Die beiden Dimensionen „Ergebnis des Wohlbefindens“ und „Ergebnis der Pflegequalität“ können beide als Dimensionen der Ergebnisqualität identifiziert werden. Festzustellen ist, dass das DCM individuelle Pflege zu fördern versucht, indem die Ergebnisse des DCM Aussagen darüber zulassen, welche Interventionen zum Wohlbefinden der Person mit Demenz beitragen. Dadurch soll eine individuelle Pflege ermöglicht werden. Im Weiteren wird aber auch die Pflegequalität bewertet, dadurch kann ein Einfluss auf die Qualitätssicherung und -entwicklung vorgenommen werden. Beim Vergleich der Ziele von Assessmentinstrumenten und dem DCM lässt sich somit feststellen, dass die Ziele einen hohen Übereinstimmungsgrad aufzeigen (vgl. Innes 2004, 15-16).

Auch H.I.L.DE. leistet einen Beitrag zur Qualitätssicherung bzw. -entwicklung. Zum einen kann durch H.I.L.DE. sehr differenziert dargestellt werden, welche Pflegemaßnahmen notwendig sind, um schwerstkranken Menschen eine möglichst gute Lebensqualität zu ermöglichen (vgl. Kruse 2008, 75). Es wird transparent, welches therapie- und pflegerelevante Wissen notwendig ist, um die Lebensqualität demenzkranker Menschen zu verbessern (vgl. Kruse, Schmitt 2008, 77-79). Hervorzuheben ist bei H.I.L.DE., dass die subjektive Sichtweise des Bewohners und der Bewohnerin in die Erfassung der Lebensqualität mit einfließt (vgl. Becker et al. 2005, 119), so dass man vermuten kann, dass hier v. a. die Ergebnisqualität im Vordergrund steht. Durch H.I.L.DE. wird es auch möglich, eine individuelle Pflege zu planen und durchzuführen. Zum einen leistet die Kompetenzgruppenbestimmung einen Beitrag, nicht nur die Defizite bei der Pflege im Blick zu haben, sondern auch die Ressourcen. Ein Zugang zur Individualität wird somit ermöglicht. Nur auf dieser Grundlage ist eine individuelle Pflege zu gewährleisten (vgl. Kruse, Schmitt 2008, 77-79). Auch das BMFSFJ sieht in H.I.L.DE. ein Instrument, das aufgrund der differenzierten Erfassung von Lebensqualität eine individuell auf den einzelnen Kranken abgestimmte Versorgung ermöglicht (vgl. BMFSFJ 2008, 1).

Festzustellen ist, dass die Ziele bei DCM und H.I.L.DE. einen hohen Übereinstimmungsgrad mit den Zielen der Assessmentinstrumente aufzeigen. Für die beiden Instrumente DCM und H.I.L.DE. gibt es bislang keine speziellen in der Literatur benannten Kriterien, anhand derer eine pflegewissenschaftliche Diskussion erfolgen könnte. Aufgrund der bereits dargestellten hohen Äquivalenz zu den Zielen von Assessmentinstrumenten werden

daher aus diesem Gebiet pflegewissenschaftliche Anforderungskriterien ausgewählt, die eine anschließende Analyse und Diskussion der beiden Instrumente ermöglichen. Dabei können die Pflegewissenschaftlerinnen Bartholomeyczik und Halek als Experten auf dem Gebiet der Assessmentinstrumente ausgewiesen werden. Die große Anzahl an Veröffentlichungen zum Thema sowie die Mitarbeit in Gremien bestätigen diesen Ruf. Bartholomeyczik und Halek haben Anforderungskriterien für Assessmentinstrumente aufgestellt, die eine Möglichkeit für die kriteriengeleitete Diskussion in dieser Bachelorarbeit darstellen. Da eine pflegewissenschaftliche Diskussion angestrebt wird, sollten testtheoretische Gütekriterien nicht fehlen (vgl. Reuschenbach 2008, 295-297). Diese Forderung nach teststatistischen Angaben sowie theorie- und empiriebasierten Inhalten wird auch von der Arbeitsgemeinschaft Qualität und Outcome gestellt (vgl. Bartholomeyczik, Hunstein 2006, 317).

Aus den genannten Gründen werden die pflegewissenschaftlichen Kriterien von Bartholomeyczik und Halek für die weitere Analyse und Diskussion der Instrumente DCM und H.I.L.DE. ausgewählt. Diese werden durch die Kriterien der Arbeitsgemeinschaft Qualität und Outcome ergänzt, um dadurch auch diesen relevant erscheinenden Forderungen in der anschließenden Diskussion gerecht zu werden. Die ausgewählten Kriterien für die Diskussion der Instrumente DCM und H.I.L.DE. lauten somit:

- „Berücksichtigung von ethischen, wirtschaftlichen und berufspraktischen Aspekten
- Standardisierung
- Integrierbarkeit in die Pflegeplanung
- Vollständigkeit und Praktikabilität
- Kernkomponenten und Zusatzmodule
- Bündelung von Informationen
- Definition von Pflegebedürftigkeit“

(Bartholomeyczik, Halek 2004, 138)

- Theorie- und empiriebasierte Inhalte
- Teststatistische Angaben

(vgl. Bartholomeyczik, Hunstein 2006, 317)

4.2 Analyse und Diskussion des Instrumentes DCM

4.2.1 Berücksichtigung von ethischen, wirtschaftlichen und berufspraktischen Aspekten

Die erste Anforderung richtet sich an die Berücksichtigung von ethischen, wirtschaftlichen und berufspraktischen Aspekten. Dies bedeutet, dass bei einer Einschätzung durch ein Assessmentinstrument immer Auswirkungen auf weitere Entscheidungen im Hinblick auf

ethische, wirtschaftliche und berufspraktische Aspekte berücksichtigt werden müssen (vgl. Bartholomeyczik, Halek 2004, 138).

Ethik wird beschrieben als: „[...] Reflexionswissenschaft auf die Moral, also die Werthaltungen und Wertsysteme der Menschen und Gesellschaft.“ (Wallner 2004, 2). Dieses Zitat verdeutlicht nochmals, welche Dimensionen bei der Analyse ethischer Aspekte eingeschlossen sind. Bei der Durchführung einer Beobachtung ist das Bewusstsein für die Einhaltung ethischer Aspekte essentiell und als relevant anzusehen. Positiv anzumerken ist, dass das Instrument DCM bereits vor einer Beobachtung ethische Aspekte berücksichtigt. Es ist festzustellen, dass sich das DCM an den allgemeinen ethischen Richtlinien der Forschung ausrichtet. Die allgemeinen, ethischen Richtlinien fordern Information und Freiwilligkeit, Anonymität und Schutz des Einzelnen bzw. der Einzelnen (vgl. Mayer 2003, 56). Es erfolgt bei der Anwendung des DCM vorab die Information der betroffenen Bewohner und Bewohnerinnen, ebenfalls werden Angehörige bzw. der gesetzliche Betreuer und die gesetzliche Betreuerin informiert und ihr Einverständnis zur Durchführung einer DCM Beobachtung eingeholt. Somit wird auch der Aspekt der Freiwilligkeit und der Schutz des Einzelnen und der Einzelnen berücksichtigt. Die Beobachtung findet nur in öffentlichen Räumen einer Einrichtung statt (vgl. Müller-Hergl 2001, 125). Das DCM berücksichtigt somit so weit wie möglich die Privatsphäre der Bewohner und Bewohnerinnen.

Ein weiterer ethischer Aspekt ist die Wertschätzung einer jeden Person. Dieser Aspekt wird im DCM durch seinen theoretischen Hintergrund deutlich (vgl. Capstick 2004, 35). Das DCM steht in sehr engem Zusammenhang mit dem ebenfalls von Kitwood entwickelten person-zentrierten Ansatz. Immer wieder wird in der Literatur darauf hingewiesen, dass DCM kein wertfreies Instrument ist. Sowohl das DCM als auch der person-zentrierte Ansatz setzen sich sehr stark mit ethischen Aspekten und moralischen Wertvorstellungen auseinander (vgl. Müller-Hergl 2001, 117). Am Beispiel des Personsein zeigt sich die theoretische Fundierung sowie die Beachtung von ethischen Aspekten. Kitwood versucht eine sozialpsychologisch begründbare Definition von Personsein zu schaffen. Das Personsein ist dabei inzwischen gleichbedeutend für DCM wie auch für den person-zentrierten Ansatz definiert worden.

„Personsein hat essentiell ethische Konnotationen: eine (!) Person zu sein bedeutet, einen bestimmten Status besitzen, Achtung verdienen.“ (Kitwood, Bredin in Brooker 2008, 36).

Dieser Forderung versucht das DCM gerecht zu werden. In einer Studie wird darauf hingewiesen, wie die Reaktion bzw. die Toleranz der beobachteten Bewohner und Bewohnerinnen ist. Bei der Durchführung der DCM Beobachtung stellen sich die Mapper den Be-

wohnern und Bewohnerinnen vor. Sie erklären, so weit dies möglich ist, den Grund für ihre Anwesenheit. Bei den anschließenden Beobachtungen erwecken die Mapper immer wieder das Interesse der beobachteten Bewohner und Bewohnerinnen. Die Mapper versuchen so weit wie möglich „unsichtbar“ zu wirken, um ihre Beobachtungen durchführen zu können. Bei zwei beobachteten Bewohnern bzw. Bewohnerinnen erzeugten die Mapper durch ihre Anwesenheit Unruhe bzw. Distress. Die Mapper verlassen deshalb den Raum und führen die Beobachtung erst später weiter (vgl. Chenoweth, Jeon 2007, 243). Anhand dieses Beispiels wird der ethische Aspekt der Wertschätzung einer jeden Person bei der Anwendung einer DCM Beobachtung verdeutlicht.

Des Weiteren besteht durch den Einsatz des DCM auch die Möglichkeit, das Ausmaß an Vorhandensein der person-zentrierten Pflege zu bewerten und auch dadurch nochmals die Wertschätzung der Bewohner und Bewohnerinnen mit Demenz und die Umsetzung der Philosophie zu fokussieren. Durch die Feedbackgespräche besteht diese Option auch für die Pflegenden (vgl. Brooker 2008, 24). Ebenso verdeutlicht sich nochmals die Freiwilligkeit der Teilnahme und der Schutz jeder einzelnen Person vor eventueller psychischer oder physischer Schädigung. Der person-zentrierte Ansatz und das DCM basieren auf der Philosophie des Personsein, begründet durch Kitwood. Das bedeutet, unabhängig vom kognitiven Status einer jeden Person, dass diese Person eine Individualität und Gefühle hat, die geachtet werden müssen. Dieser Anforderung kommt das DCM nach (vgl. Müller-Hergl 2001, 117).

Trotz dieser Berücksichtigung ist zu konstatieren, dass eine Reflexion der Werthaltung im DCM nicht aktiv bzw. systematisch angelegt ist. Es findet sich in der Literatur kein Hinweis darüber, dass speziell Werte in Pflegeteams, bspw. im Feedbackgespräch oder in Vorbereitungen auf das Mapping, diskutiert werden. Eine mögliche Ursache ist durch die englische Herkunft des DCM zu sehen, da in England und anderen angloamerikanischen Ländern die Pflege einer Kammer angehört. Sie unterliegt dort bestimmten, verbindlichen Werten der Kammer. In England gibt es einen Kodex für Pflegenden, welcher verbindliche Vorschriften beinhaltet, wie ein kurzer Auszug verdeutlicht:

„Make the care of people your first concern, treating them as individuals and respecting their dignity [...] be open and honest [...] As a professional, you are personally accountable for actions [...]“ (Nursing and Midwifery Council 2007, 1)

Inwieweit sich Kitwood bei der Entwicklung des DCM über den Kodex der Pflege bewusst war und wie dieser Kodex zur Zeit der Entwicklung des DCM ausgesehen hat, bleibt aufgrund der Aussagen in der Literatur jedoch unklar. In seinen Büchern sowie in der theoretischen Fundierung des DCM finden sich immer wieder Moralvorstellungen hinsichtlich der

Pflege (vgl. Capstick 2004, 35-36; Kitwood 2005, 188-190). Aber wie erwähnt, wird durch das DCM nicht systematisch die Reflexion der Werte gefördert. Selbst wenn Kitwood aufgrund des Kodex nicht explizit die Wertediskussion in das DCM aufgenommen hat, so wäre dies jedenfalls an der deutschen Version des DCM nochmals zu problematisieren, da die Pflege in Deutschland keinen solchen einheitlichen Kodex besitzt und außerdem bislang nicht einer Kammer angehört (vgl. Igl, Klie 2002, 8). Die Kritik einer fehlenden Förderung des Wertediskurses durch das DCM führt dennoch, aufgrund der bereits benannten positiven Aspekte, zu der Aussage, dass das DCM ethische Aspekte berücksichtigt.

Die wirtschaftlichen Aspekte sind neben den ethischen Aspekten nicht zu vernachlässigen, da sie bei steigenden Kosten im Bereich der Altenpflege für viele Einrichtungen und Kostenträger eine zentrale Größe darstellen. Für das DCM ist hierbei festzustellen, dass sich in der Literatur nur wenig über die finanziellen Ausgaben findet. Vielmehr wird auf den möglichen Benefit durch die Anwendung von DCM verwiesen. In einer Veröffentlichung eines durchgeführten Projekts im vereinigten Königreich werden die Kosten benannt. Für den Basistrainingskurs entstanden Kosten von ca. 2.500 Pfund. Des Weiteren wurde zur Begleitung und Unterstützung während der Projektlaufzeit ein Psychologe eingestellt. Dieses Beschäftigungsverhältnis bestand für 18 Monate und verursachte weitere 20.000 Pfund. Im Verlauf des Projektes zeigte sich, dass eine Pflegende, die als Hauptverantwortliche für die Durchführung des DCM zuständig war, ca. 50 Prozent ihrer Arbeitszeit mit der Organisation, Planung und Durchführung des DCM beschäftigt war. Ebenso war die Qualitätsmanagerin mit 25 Prozent ihrer Arbeitszeit mit DCM beschäftigt. Dies ergibt einen ersten Eindruck über die finanziellen Ausgaben, die mit der Anwendung des DCM verbunden sind. Anzumerken ist, dass abhängig von der Größe einer Einrichtung, der Anzahl an vorhandenen Mappern und der Häufigkeit von durchgeführten DCM Beobachtungen sich diese Ausgaben unterscheiden können (vgl. Banner et al. 1998, 69).

Die Betrachtung der wirtschaftlichen Aspekte soll jedoch nicht nur unter dem Blickwinkel der Ausgaben erfolgen. Dies würde zu kurz greifen und die ebenfalls bestehenden wirtschaftlichen Möglichkeiten vernachlässigen. In dem bereits genannten Projekt zeigte sich, dass das DCM zu einer größeren Wertschätzung zwischen Personal und Management führt und es dadurch einen Beitrag zur Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung leistet. Inwieweit diese Wertschätzung einen Einfluss auf die Abnahme von Krankheitstagen und die Steigerung der Attraktivität eines Arbeitsplatz haben kann, ist bislang nicht ausreichend erforscht (vgl. Banner et al. 1998, 69).

Wirtschaftliche Aspekte verdeutlichen sich auch dadurch, ob eine Einrichtung ihre Pflegeplätze belegen kann. Inzwischen gibt es eine Vielzahl an Einrichtungen, auch für Menschen mit Demenz, durch diese Konkurrenzsituation unter den Einrichtungen ist die Belegung für Einrichtungen überlebenswichtig. Die Bewohner und Bewohnerinnen von Einrichtungen, ebenso wie Angehörige, Interessenten und Kostenträger achten heute auf Ergebnisse und Qualität (vgl. Isenberg 2002, 65-69). Zunehmend informieren sich Angehörige und Interessente vorab über die Einrichtungen (vgl. Huber 2008, 320), da eine Auswahl an verschiedenen Wohnformen für das Alter und speziell für Menschen mit Demenz vorhanden ist. Das DCM kann diesem Wunsch bzw. dieser Forderung nach kommen. Das DCM macht im Ergebnis eine Aussage über die Pflegequalität und über durchschnittliche Wohlbefindlichkeitswerte einer Bewohnergruppe. Diese Ergebnisse können auch im Rahmen einer Profilierung einer Einrichtung oder für das Marketing bedeutsam sein (vgl. Igl, Klie 2002, 11). Die Entwickler des DCM haben diese vorteilhaften Aspekte erkannt und denken zum Beispiel über eine Kurzversion des DCM nach. Dadurch könnte der Einsatz im Rahmen von Inspektionen oder für Benchmarking erfolgen (vgl. Brooker 2004, 137-138). In der achten und somit aktuellsten Auflage des DCM findet sich jedoch kein Hinweis auf solch eine Neuerung in Form einer Kurzversion des DCM für die beschriebenen Zwecke (vgl. Brooker, Surr 2006, 17-19).

Abschließend steht der berufspraktische Aspekt in diesem ersten Anforderungspunkt im Vordergrund. Aufgrund der Aussagen in der Literatur entsteht der Eindruck, dass das DCM einen Beitrag dazu leistet, eine gemeinsame Fachsprache in der Pflege zu entwickeln. Die intensive Auseinandersetzung im Rahmen der Feedbackgespräche ermöglicht es den Mappern und dem Pflegeteam, ihre eigene Sprache zu „verbessern“ (vgl. Brooker 2004, 138). Ein wertschätzender Umgangston gegenüber den Bewohnern und Bewohnerinnen mit Demenz zählt ebenso dazu wie die Verwendung einer Fachsprache. Dies kann somit als ein Beitrag zur professionellen Entwicklung in der Altenpflege gewertet werden (vgl. Strunk-Richter 2001, 469).

Des Weiteren zeigt sich, dass DCM die Wertschätzung zwischen dem Management einer Einrichtung und dem Personal verbessern kann (vgl. Banner et al. 1998, 69). Das DCM führt beim Management einer Einrichtung und bei den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der Pflege zu einer Sensibilisierung bezogen auf die Interventionsmöglichkeiten und die individuellen Bedürfnisse der Bewohner und Bewohnerinnen mit Demenz. Die Feedbackgespräche regen zur Reflexion des pflegerischen Alltags an und können im Verlauf die Qualität der Pflege verändern bzw. verbessern (vgl. Brooker 2004, 138). Diese Aspekte sollten auch in Bezug auf die immer noch geringe gesellschaftliche Wertschätzung des

Bereichs der Altenpflege nicht unterschätzt werden (vgl. Brooker 2008, 37). Die Pflege hat damit die Chance, Professionalität zu demonstrieren und kann bspw. mit den quantitativen Ergebnissen des DCM ihr Tun gegenüber der Gesellschaft oder auch berufspolitisch besser vermitteln (vgl. Strunk-Richter 2005, 49; Igl, Klie 2002, 10-11).

In Bezug auf die berufspraktischen Aspekte gibt es aber auch Kritikpunkte am DCM. In der Literatur wird die Komplexität und die Zeit der Durchführung einer DCM Beobachtung kritisiert (vgl. Rüsing 2004, 84; Edelmann et al. 2006, 343-344). Hier kann die Einschränkung hinsichtlich berufspraktischer Aspekte negativ gewertet werden, da allein die Dauer einer Beobachtung ca. zwölf Stunden für fünf bis zehn Bewohner und Bewohnerinnen mit Demenz beträgt. Hinzu kommt eine anschließende Aufbereitung der Daten in Profile und ein Feedbackgespräch (vgl. Brooker 2004, 139-140). Es ist zu beachten, dass DCM nicht erfolgreich sein kann, wenn es nur kurzfristig als Instrument angewendet wird. DCM benötigt eine Implementierung und die dazu nötigen finanziellen und personellen Ressourcen, Rahmenbedingungen müssen langfristig geschaffen bzw. verändert werden (vgl. Gräßle, Rosenkötter 2005, 36-37), damit DCM für die Praxis und damit für die berufspraktischen Aspekte einen Erfolg darstellt.

„DCM kann den Bedarf an bestimmten Veränderungen hervorheben, und deren Implementieren erfordert weitreichende Entwicklungen in der Kultur von Pflege, die der Unterstützung der MitarbeiterInnen (!) in der gesamten Einrichtung bedürfen.“
(Heller 2004, 54)

Unter dem berufspraktischen Aspekt ist anzumerken, dass der deutsche Importeur des DCM darauf hinweist, dass DCM weniger den Pflorgeteams nutzt, sondern vor allem den Mappern, da sie ihre Erfahrungen aus den Beobachtungen auf ihre eigene Praxis übertragen können und dadurch vermehrt ihr eigenes Tun reflektieren. Das Ziel besteht darin, die reflektierte Praxis bzw. reflektierte Praktiker und Praktikerinnen zu entwickeln (vgl. Müller-Hergl 2004b, 74). Dies ist ebenfalls ein Schritt Richtung Professionalisierung der Pflege. Zu beachten ist hier jedoch, dass somit mehr die Professionalisierung von einzelnen Mappern im Vordergrund steht und die Professionalisierung von Pflorgeteams dadurch in den Hintergrund rückt.

In Bezug auf berufspraktische Aspekte, kann auch die multiprofessionelle Nutzbarkeit des DCM analysiert werden. Nach Literaturaussagen kann man festhalten, dass eine multiprofessionelle Nutzbarkeit vorliegt. In der Literatur wird von ausgebildeten Mappern aus verschiedenen Professionen, wie z. B. Medizin, Pflege und Soziale Arbeit, geschrieben (vgl. Innes 2004, 15). Außerdem ist festzustellen, dass die Veröffentlichungen aus diesen Bereichen stammen. In einer Studie zur Interrater-Reliabilität erfolgt der Hinweis auf unter-

schiedliche Ausbildungsniveaus bezüglich des DCM. So wurde die Interrater-Reliabilität zwischen Basic DCM Mapper und Advanced DCM Mapper verglichen. Dabei wurde in der Studie festgestellt, dass Beobachtungspaare, die beide Advanced DCM Mapper sind insgesamt höhere Kappa-Werte erzielen konnten als Beobachtungspaare, die nur Basic DCM Mapper sind. In wenigen Studien wird diesem Aspekt bislang Aufmerksamkeit geschenkt (vgl. Rüsing 2004, 85-87). Ebenso wenig finden sich Aussagen darüber, inwieweit sich die Profession des Beobachters und der Beobachterin auf das Beobachtungsergebnis auswirkt. Dazu finden sich bislang in der Literatur keine veröffentlichten Studien. Insgesamt lässt sich feststellen, dass es eher einen Überschuss an Mappern gibt, jedoch in diesem Zusammenhang nur eine geringe Anzahl an durchgeführten DCM Beobachtungen vorzufinden sind (vgl. Innes 2004, 15). Inwieweit der Rückschluss aufgrund der großen Anzahl an Mappern aus verschiedenen Professionen automatisch auf eine multiprofessionelle Nutzbarkeit gezogen werden darf, ist jedoch weiterhin kritisch zu betrachten.

4.2.2 Standardisierung

Mit Standardisierung wird in Bezug auf Assessmentinstrumente die Forderung nach der Anwendung einer konstanten Struktur bzw. eines Schemas relativ unabhängig vom Pflegeempfänger und der Pflegeempfängerin beschrieben. Standardisierung ist bei quantitativen Ansätzen üblich. Diese Ausrichtung der Wissenschaft geht von der Möglichkeit der Wahrheit als eine objektive Wirklichkeit aus. Diese Tradition findet sich häufig im naturwissenschaftlichen Bereich wieder. Ziel des quantitativen Ansatzes ist es, Ursachen zu klären. Die Vorgehensweise ist deduktiv, das heißt sie geht von Theorien aus und orientiert sich am Allgemeinen. Die Daten werden beim quantitativen Ansatz standardisiert erfasst (vgl. Mayer 2003, 64-65). Das DCM wird in der Literatur dem quantitativen Ansatz zugeordnet (vgl. Bölicke, Steinhagen-Thiessen 2002, 188; Rüsing 2004, 35). Der Forderung nach Standardisierung wird das DCM somit gerecht.

Das DCM besteht aus vier Kategorien. Es erfasst mittels Beobachtung und relativ fest vorgegebenen Regeln das Verhalten der beobachteten Bewohner und Bewohnerinnen mit Demenz. Die Kategorien und das Regelwerk erlauben die Einschätzung, dass es sich hierbei um eine quantitative bzw. standardisierte Beobachtung handelt (vgl. Rüsing 2004, 35). Das Ergebnis des DCM ergibt eine Aussage über die Pflegequalität und das Wohlbefinden eines Bewohners und einer Bewohnerin mit Demenz, dies wird bei DCM als die Ergebnisqualität gewertet (vgl. Innes 2004, 15-20). Die erste Kategorie erfasst das Verhalten. Das mögliche, beobachtbare Verhalten ist durch 24 Items in einer Tabelle vorgegeben. Kitwood sieht das Verhalten von Personen mit Demenz als beobachtbar, beschreibbar und sich wiederholend. Er bezeichnet dies als testbare Sozialpsychologie des Verhal-

tens von Personen mit Demenz (vgl. BMG 2006, 83-84). Innerhalb einer Beobachtung in einem fünf Minuten Intervall, sogenannte time-frames, kann der Beobachter bzw. die Beobachterin immer ein aktuell vorhandenes Verhalten der 24 möglichen Verhaltensitems kodieren. Diese Verhaltenskategorien werden mit dem Hinweis auf die testbare Sozialpsychologie im DCM begründet (vgl. Persaud 2004, 127). Es findet sich jedoch keine Verknüpfung bzw. Erwähnung zu den drei theoretischen Strängen des DCM.

Im weiteren erfolgt im fünf Minuten Intervall ebenfalls die Erfassung des Wohlbefindens bzw. Unwohlsein bei dem beobachteten Bewohner und der Bewohnerin mit Demenz. Diese Kodierung erfolgt auf einer sechsstufigen Ordinalskala. Werte von minus fünf bis plus fünf sind dabei möglich. Die Einschätzung des Wohlbefindens ist ebenfalls durch mögliche Beschreibungen als Ausdruck für Wohlbefinden bzw. Unwohlsein vorstrukturiert und soll damit eine allzu subjektive Einschätzung der Mapper verhindern (vgl. Rüsing 2004, 37-38). Dies bezüglich findet sich in der achten Auflage des DCM eine Veränderung. Aufgrund der Erkenntnis, dass die Werte des Wohlbefindens eher eine umfassende Aussage machen, werden in den fünf Minuten Beobachtungszeit nicht mehr Werte des Wohlbefindens, sondern mood/engagement value (ME) kodiert. Es erfolgt die Aussage, dass in den fünf Minuten Beobachtungszeiträumen mehr die Stimmung des beobachteten Bewohners und der Bewohnerin in Bezug auf deren Involvierung in die Umwelt beobachtet wird. Deshalb wird versucht, in der achten Auflage des DCM diesem Umstand durch die neu geschaffene Kodierungsform gerecht zu werden. Auf Grundlage dessen kann dann ein Wert des Wohlbefindens bzw. Unwohlseins generiert werden (vgl. Brooker, Surr 2006, 18). Bei der theoretischen Fundierung wird darauf hingewiesen, dass jeder bzw. jede trotz eines Handicaps immer mehr oder weniger Wohlbefinden empfinden kann (vgl. Capstick 2004, 27-35; Strunk-Richter 2005, 47). Es findet sich aber auch in der bisher veröffentlichten Literatur zur achten Auflage des DCM weiterhin keine Definition von Wohlbefinden.

Die Personal Detraction, die eine schriftliche Erfassung von Ereignissen einer bösartigen malignen Sozialpsychologie umfasst, gibt wichtige Hinweise auf das Vorhandensein einer negativen Qualität. Kitwood definiert 17 Arten maligner bzw. bösartiger Sozialpsychologie. Diese Kategorie entwickelte Kitwood, indem er besondere Vorkommnisse von bösartiger Sozialpsychologie dokumentierte. Ursprünglich dokumentierte er dabei zehn Vorkommnisse, die er nach weiteren Untersuchungen mit sieben Vorkommnissen erweitert (vgl. Kitwood 2005, 75-77). Diese Beobachtungen von Personal Detractions (PD) werden jederzeit über den gesamten Beobachtungszeitraum erfasst. Die Erfassung erfolgt hierbei nicht in einer Skala oder durch die Kodierung eines bestimmten Verhaltens, sondern er-

folgt durch die Beschreibung der bösartigen malignen Sozialpsychologie wie bspw. dem Infantilisieren (vgl. Innes 2004, 17; Capstick 2004, 30-31).

In der siebten Auflage gibt es im DCM Manual eine weitere Kategorie. Hierbei werden Positiv Event Records (PER) erfasst (vgl. Innes 2004, 17). Festzustellen ist, dass diese Kategorie noch in den Kinderschuhen steckt. Eine Neuerung in der achten Auflage des DCM Manuals ist die Weiterentwicklung und Konkretisierung dieser vierten, noch relativ unscharf beschriebenen, Kategorie des PER. Ab der achten Auflage wird diese Kategorie als Personal Enhancers (PE) bezeichnet, sie umfasst dann 17 Arten möglicher positiver Verhaltensweisen (vgl. Brooker, Surr 2006, 18).

Anzumerken ist, bezogen auf das Anforderungskriterium Standardisierung, dass eine Nachvollziehbarkeit zwischen Theorie und Kategorien des DCM für den Leser und die Leserin nicht immer gelingt. Dies wird zum Beispiel deutlich bei der Kategorie des Verhaltens, bei der sich in der Theorie keine nachvollziehbare Erklärung für die ausgewählten Items der Kategorie findet (vgl. Capstick 2004, 33-34). Es erfolgt nur der Hinweis einer testbaren Sozialpsychologie der Demenz (vgl. BMG 2006, 83-84). Dieser Hinweis ist jedoch nicht umfassend nachvollziehbar. Fraglich bleibt an dieser Stelle, ob diese Wissenslücke für DCM Beobachter und Beobachterinnen durch das Handbuch geschlossen werden kann, für den interessierten Leser und die interessierte Leserin - bleibt sie jedoch bestehen. Durch die Analyse verdeutlicht sich nochmals, wie umfangreich die Kategorien und vermutlich auch das dazugehörige Regelwerk des DCM sind. Dieses Regelwerk ist jedoch nur für Mapper einsehbar. Deshalb verdichtet sich die Argumentation dahingehend, dass die Anforderung nach Standardisierung erfüllt ist. Es kann jedoch durchaus aufgrund des Umfangs des DCM von einer komplexen Form einer Standardisierung gesprochen werden.

4.2.3 Integrierbarkeit in die Pflegeplanung

Eine weitere Anforderung der Pflegewissenschaft ist die Integrierbarkeit in die Pflegeplanung, es sollen durch die gewonnenen Daten des Assessmentinstrumentes Pflegeziele und Pflegemaßnahmen initiiert werden. Bezüglich des DCM verweist eine Autorin darauf: „Vielmehr sollten DCM-Daten dazu verwendet werden, um Pflegeplanung zu *gestalten* (Anmerkung: Kursiv von Innes)“ (Innes 2004, 96). Aufgrund der Aussagen in der Literatur, kann davon ausgegangen werden, dass das DCM durch seine zahlreichen und vor allem facettenreichen Daten eine optimale Ausgangslage zur Erstellung einer Pflegeplanung darstellt. Die Ergebnisse einer DCM Beobachtung werden für jeden beobachteten Bewohner und beobachtete Bewohnerin in einer individuellen Pflegeübersicht dokumentiert,

auch als Profil bezeichnet. Darin sind außerdem zusätzliche Anmerkungen zur Pflege und dem Wohlbefinden eines Bewohners und einer Bewohnerin, sowie allgemeine Anmerkungen enthalten. Dieses Profil gibt Auskunft darüber, welche Aktivitäten zum Wohlbefinden beitragen. Außerdem können Aussagen darüber getroffen werden, inwieweit Personal Detraction und somit Anlässe einer malignen Sozialpsychologie auftreten und vermindert werden sowie positive Ereignisse (PER) verstärkt werden. Die Daten zum Wohlbefinden eines beobachteten Bewohners und einer beobachteten Bewohnerin mit Demenz erlauben Rückschlüsse auf Aktivitäten und Verhaltensmuster bzw. welche Bedürfnisse vorhanden sind und wie diese zum Wohlbefinden beitragen (vgl. Innes 2004, 93-96; Strunk-Richter 2005, 49). Sie können somit in der Pflegeplanung bzw. in den Zielen und Maßnahmen ihre Verarbeitung finden. Ebenfalls ist festzuhalten, dass bei einer DCM Beobachtung teilweise Notizen gemacht werden, die vergleichbar mit Feldnotizen in ethnographischen Studien sind. Diese können im späteren Feedbackgespräch von einzelnen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen in einen biographischen Zusammenhang gebracht werden. Die Dokumentation von biographischen Daten in Verbindung mit bestimmten Verhalten und Aktivitäten kann das Wohlbefinden eines Bewohners bzw. einer Bewohnerin verstärken (vgl. Innes 2004, 94-96). Zu beachten ist jedoch, dass nicht immer alle Planungen zu einer übermäßigen Steigerung des Wohlbefindens bei einer Person mit Demenz führen müssen. Es zeigt sich, dass aufgrund von Krankheiten und einem Fortschritt der demenziellen Erkrankung sich unter Umständen bei einer erneuten Beobachtung nur ein plus eins Wert beim Wohlbefinden ergibt (vgl. Rückert 2000, 53-55).

Während in der siebten Auflage des DCM ein plus fünf Wert des Wohlbefindens nur bei sozialer Interaktion des Bewohners und der Bewohnerin erreicht werden kann, gibt es in der achten Auflage des DCM hierbei eine Neuerung. Ein Wohlbefindlichkeitswert von plus fünf ist nicht mehr zwingend an eine Interaktion gekoppelt, sondern kann auch durch Bewohner und Bewohnerinnen erzielt werden, die z. B. tief versunken in Gedanken ist. Der Wohlbefindlichkeitswert ist nicht mehr abhängig vom Grad der Interaktion des beobachteten Bewohners bzw. Bewohnerin (vgl. Brooker, Surr 2006, 18). Bezüglich der Pflegeplanung besteht dadurch die Chance, diese noch Individueller zu gestalten.

In der Literatur verdichten sich die Hinweise, dass die Profile aus einer DCM Beobachtung nicht nur isoliert bewertet werden sollen. Neben den Aussagen, die sie über die Qualität der Pflege und dem Wohlbefinden machen, sollten im weiteren die Ursachen für die Werte analysiert werden. Rahmenbedingungen, Mangel an Personal und finanziellen Ressourcen können bspw. einen Beitrag zum Entstehen von Personal Detractions leisten. Damit die Daten bzw. die Ergebnisse aus der DCM Beobachtung wirksam in Pflegepla-

nungen und Pflegeziele übertragen werden können, sind auch diese Faktoren zu beachten. Nicht jede Alternative ist bspw. aufgrund von Rahmenbedingungen oder aufgrund finanzieller Ressourcen umsetzbar (vgl. Innes 2004, 95-96; Riesner 2006, 38). Es zeigt sich somit, dass DCM eine Grundlage für die Pflegeplanung bietet. Jedoch sollte die isolierte Betrachtung der Ergebnisse des DCM vermieden werden, da dies zu kurz greifen würde und langfristig vermutlich zu keiner Veränderung führen würde, wenn nicht auch die Rahmenbedingungen und weitere beeinflussende Faktoren beachtet und verändert werden.

Des Weiteren lässt sich erkennen, dass trotz der vielen Daten, die das DCM liefert, keine Kategorie vorfindbar ist, die speziell die Bedürfnisse, Ressourcen und Interventionsmöglichkeiten bei Bewohnern und Bewohnerinnen mit Demenz erfasst. Somit werden mögliche Interventionen bzw. Ressourcen eher zufällig erkannt. Keine Kategorie des DCM ist besonders prädestiniert für eine derartige Erfassung. Die Erfassung mittels der Kategorien lässt eine ganzheitliche Sichtweise vermissen, bspw. werden bei den Kategorien die Umwelt und soziale Faktoren bislang nur rudimentär erfasst. Familiäre Kontakte, Hobbys, wie z. B. die Gartenarbeit, werden in den Kategorien bislang nur zufällig erfasst, nicht aber kategorisiert. Denkbar wären für die Erfassung die Kategorien PD und PER, doch durch die standardisierte Form fehlt evtl. die nötige Offenheit, um individuelle Bedürfnisse bzw. Ressourcen und Interventionsmöglichkeiten zu erkennen.

Außerdem ist festzustellen, dass das DCM wenig sensibel auf Zustandsveränderungen des Bewohners bzw. der Bewohnerin reagieren kann. Das DCM wird in der Literatur als ein Instrument beschrieben, dessen Einsatz zyklisch erfolgen soll und in der Regel für Bewohnergruppen eingesetzt wird (vgl. BMG 2006, 83-84; Müller-Hergl 1998, 36). Eine Einzelbeobachtung findet sich in den Aussagen der Literatur bislang nicht. Es bleibt somit ungewiss, ob Pflegenden die Ergebnisse des DCM wirklich als optimale Ausgangslage für Pflegeplanungen empfinden, da kurzfristige Zustandsveränderungen des Bewohners bzw. der Bewohnerin in einer DCM Beobachtung bedingt durch den Zyklus vermutlich häufig nicht erkannt werden.

4.2.4 Vollständigkeit und Praktikabilität

Vollständigkeit und Praktikabilität benennen Bartholomeyczik und Halek als weitere Anforderungen an ein Assessmentinstrument. Sie fordern, dass ein Assessmentinstrument sowohl die nötige Vollständigkeit bei der Erhebung der Daten ermöglicht und gleichwohl eine ausreichende Praktikabilität mit sich bringt wie z. B. die Flexibilität in der Anwendung. Gleichwohl bemerken sie, dass bislang kaum ein Assessmentinstrument all diesen Anfor-

derungen gerecht werden konnte (vgl. Bartholomeyczik, Halek 2004, 138). Das DCM erhebt ca. 2160 Daten in einem Beobachtungszeitraum von sechs Stunden von insgesamt 15 Bewohnern und Bewohnerinnen mit einer Demenz. Trotz dieser enormen Menge an Daten, kann niemand vollständig in die subjektive Erlebniswelt einer anderen Person eintauchen (vgl. Müller-Hergl 1998, 37).

In Bezug auf die Vollständigkeit ist zu beachten, welche Dimension vollständig erfasst werden soll. DCM differenziert zwischen Annahmen und tatsächlicher Beobachtung. Im Gegensatz zu Pflegedokumentationen bzw. Papier, das umgangssprachlich geduldig ist, verspricht das DCM in seiner Methode objektiver zu sein. Mit dem DCM erfolgt der Versuch, möglichst objektiv den Pflegeprozess und das tägliche Leben der beobachteten Bewohner und Bewohnerinnen mit Demenz abzubilden (vgl. Strunk-Richter 2001, 466). Das DCM ermöglicht es bei Bewohnern und Bewohnerinnen mit einer Demenz, bei denen aufgrund ihrer kognitiven Einschränkungen eine Befragung nach ihrem Wohlbefinden nicht mehr möglich ist, sie trotzdem zu verstehen und sich durch das empathische Einfühlen in ihrem Erleben nachzuspüren (vgl. Müller-Hergl 1999, 98). DCM ermöglicht es, das Verhalten, die Art der täglichen Beschäftigung und Interaktionen darzustellen. Bei der Anwendung des DCM werden Werte kodiert und Ereignisse mit Notizen erfasst. Durch diese Fülle an Daten, die anschließend verdichtet werden zu einzelnen Profilen, lässt sich von den Bewohnern und Bewohnerinnen ein komplexes Bild aufzeichnen. Daten, Diagramme und Berichte der Mapper geben den Pflegenden im Feedbackgespräch einen Einblick. Sie eröffnen dadurch Verbesserungspotentiale sowie eine Ausgangslage für die Erstellung einer Pflegeplanung (vgl. Müller-Hergl 1999, 100). DCM schafft somit nicht nur Vollständigkeit in Bezug auf die Bewohner und Bewohnerin und deren Wohlbefinden, sondern schafft ebenso Transparenz in einer Einrichtung. Pflegequalität wird somit durch das DCM sichtbar. Ein Autor merkt an, dass Transparenz jedoch nicht immer von Einrichtungen gewünscht ist (vgl. Raabe 2002, 10).

In Bezug auf die Vollständigkeit der Erfassung durch das DCM kann bei der Anwendung mittels Beobachtung kritisiert werden, dass die Beobachtung mit dem menschlichen Auge fehleranfällig ist. Situationen können oftmals in ihrer Fülle an Details nicht umfassend erfasst werden. Die menschliche Konzentration lässt mit zunehmenden Beobachtungsverlauf nach. Die Verwendung einer videogestützten Analyse wird von Müller-Hergl als Option vorgestellt. Die Vorteile einer gründlicheren Analyse in Bezug auf die Interaktion sieht er jedoch auch bei der Methode des DCM mit der Beobachtung als weiterhin gegeben und ausreichend (vgl. Müller-Hergl 2004a, 37-40). Bei einer DCM Beobachtung erfolgt das Arbeiten mit vier Kategorien und Regeln der Kodierung. Es ist somit eine standardi-

sierte Beobachtung, die dadurch die größtmögliche Objektivität hervorbringt (vgl. Mayer 2003, 100-101). In Bezug auf ethische Aspekte und die nötige technische Ausstattung für eine videogestützte Analyse als Alternative zur Beobachtung, ist der damit verbundene Aufwand ebenso kritisch zu sehen.

Im weiteren ist bezüglich der Vollständigkeit mittels der Erfassung durch Beobachtung ein aus dem Bereich der Forschung stammender Effekt zu beachten. Der „Hawthorne Effekt“ findet sich häufig bei Personen, die an einer offenen Beobachtung teilnehmen, d. h. die beobachteten Personen wurden über die Beobachtung bereits vorab informiert. Die beobachteten Personen verändern deshalb bei der Beobachtung ihr Verhalten. Sie verhalten sich meist positiver als in unbeobachteten Momenten, bspw. kann dieser Hawthorne Effekt bei Untersuchungen von Häufigkeiten der Händedesinfektion festgestellt werden. Das Personal wird sich aufgrund der Beobachtung häufiger als sonst die Hände desinfizieren und dadurch ein verfälschtes Ergebnis erzeugen. Kitwood milderte diese Kritik, indem er davon ausgeht, dass Pflegende sowie Bewohner und Bewohnerinnen diese Art der Schauspielerei über den langen Beobachtungszeitraum nicht aufrecht erhalten können. Er merkt im weiteren an, dass Pflegende nur auf einen positiven Umgang mit Bewohnern und Bewohnerinnen zurückgreifen können, der ihnen bekannt ist. Somit sieht er es als positiven Effekt, wenn sie bereits während der Beobachtungszeit ihr Verhalten ändern und sieht darin die Chance einer weiteren Verstärkung durch eine positive Rückmeldung (vgl. Müller-Hergl 2001, 126; Martin, Younger 2000, 66).

Es ist kritisch zu bewerten, ob die vier Kategorien einer DCM Beobachtung ein vollständiges Ergebnis abbilden können. Das Ergebnis des relativen Wohlbefindens bzw. Unwohlsein entspricht nicht automatisch einer schlechten Pflegequalität und umgekehrt (vgl. Müller-Hergl 2001, 126). Dies trifft in dieser einfachen Logik für das Ergebnis einer DCM Beobachtung nicht zu. Bei beobachteten Bewohnern und Bewohnerinnen mit einer Demenz, die noch über einen relativ hohen Maß an Selbständigkeit verfügen, und somit noch relativ unabhängig von der Pflege sind, ist es möglich, eine schlechte Pflegequalität besser zu kompensieren. Im Gegensatz dazu kann in einer anderen Einrichtung, in der v. a. Bewohner und Bewohnerinnen mit einem hohen Grad an Unselbständigkeit wohnen, kann die Pflegequalität trotzdem gut sein (vgl. Müller-Hergl 2001, 125). Dies ist aber auch als Hinweis zu werten, dass ein hohes Vorkommen an Interaktion bei einem beobachteten Bewohner und einer beobachteten Bewohnerin mit Demenz zu hohen Werten in der Kodierung des Wohlbefindens führt. In Bezug auf die Vollständigkeit der Darstellung von Wohlbefinden eines Bewohners und einer Bewohnerin mit Demenz und der Pflegequalität stellt sich die Frage, inwieweit Bewohner und Bewohnerinnen mit Demenz, die ihr Leben

lang sehr introvertiert gelebt haben und sich auch im Alter gerne mit Tagträumerei beschäftigen, gerechtfertigt weniger Wohlbefinden erleben. DCM Vertreter verweisen bis zur siebten Auflage bei diesen Überlegungen auf die Kategorien, die erforscht sind und zusätzlich darauf, dass DCM Beobachter und Beobachterinnen auf sehr ähnliche Ergebnisse bei parallel durchgeführten DCM Beobachtungen kommen. Somit wird Subjektivität verhindert und objektive Ergebnisse erzielt (vgl. Müller-Hergl 2001, 125). Anzumerken ist an dieser Stelle nochmals die Veränderung in der achten DCM Auflage bezüglich dieser beschriebenen Problematik. So findet sich in der achten DCM Auflage die Entkoppelung von Wohlbefinden und der Abhängigkeit vom Grad der Interaktion, weil bei beobachteten Bewohnern und Bewohnerinnen ein hohes Maß an Wohlbefinden auch ohne Interaktion erfolgen bzw. beobachtet werden konnte (vgl. Brooker, Surr 2006, 18). In diesem Zusammenhang ist die Vollständigkeit im Ergebnis bei der siebten Auflage des DCM, bezüglich der Kategorien, aus denen die Ergebnisse schließlich resultieren, in Frage zu stellen.

Bei der Vollständigkeit ist in Bezug auf das Instrument darauf hinzuweisen, dass sich das DCM ständig weiterentwickelt. Dadurch erhöht sich aber auch die Gefahr von Schwachstellen. In deutschsprachigen Veröffentlichungen aus den Jahren 1998 und 2001 findet sich der Hinweis auf einen Dementia Care Index (DCI). Dieser wird von Müller-Hergl sowie von Müller, einer weiteren Autorin, kurz dargestellt. Dieser Index ist eine Kennzahl, die den Zusammenhang zwischen der Pflege und der Ausrichtung dieser auf das Maß an angebotenen Beschäftigungen darstellt. Dieser Index entsteht in Verbindung mit Verhaltenskategorien, die mit Aktivitäten, wie z. B. Singen, zu tun haben. Er stellt auch dar, inwieweit die Pflegenden solche Aktivitäten fördern und unterstützen. Es können Werte von null bis 100 erreicht werden. Dabei stellt 100 die absolute Zahl in dieser Beziehung dar. Der Wert Null stellt folglich den schlechtesten Wert dar, somit findet keinerlei Unterstützung und Förderung von Aktivitäten durch die Pflege statt. Es folgt in den Veröffentlichungen der Hinweis, dass dieser Index bislang nur schwer auf deutsche Verhältnisse der Altenpflege transferiert werden kann und diese Methodik erst noch längerfristig erprobt werden muss (vgl. Müller 2001, 356). In englischen Studien findet sich wiederum der Hinweis auf den DCI in Bezug auf den Nachweis von Konstruktvalidität (vgl. Beavis et al. 2002, 731-732). In der überwiegenden Anzahl an deutschen Zeitschriftenbeiträgen und Büchern findet sich aber keinerlei Kommentar über diesen Index, auch nicht über den „Wegfall“ dieses Index im deutschen DCM Manual. In einer Veröffentlichung zur achten Auflage des DCM wird von den Autorinnen, beide Vertreterinnen des DCM, auf das ersatzlose Streichen des DCI hingewiesen, da für den DCI weder Reliabilität noch Validität nachgewiesen werden konnte (vgl. Brooker, Surr 2006, 18)

Hinsichtlich der Praktikabilität lässt sich beim DCM aufzeigen, dass das Instrument DCM nicht zur schnellen Abhilfe führt. So zeigt sich in der überwiegenden Anzahl der beschriebenen Projekte und Studien in der Literatur, dass eine erste DCM Beobachtung mit ihren Ergebnissen oft mehr frustriert als erfreuliches hervorbringt. Leitbilder, Konzepte und Beschäftigungsprogramme werden deshalb anschließend häufig in Frage gestellt. Der regelmäßige Hinweis auf Supervision scheint die Reaktion vieler Einrichtungen auf diese Ergebnisse zu sein. Die Zweifel an eigener Kompetenz und Fachlichkeit können die Frustration im beruflichen Alltag verstärken (vgl. Müller-Hergl 1999, 102). Daraus lässt sich in Bezug auf die Praktikabilität schließen, dass beim DCM keine schnelle Anwendung und keine kurzfristigen Lösungen erfolgen, sondern dass hier eine langfristige Implementierung erfolgen muss und ebenfalls die Folgen und ihr Arbeitsaufwand nicht unterschätzt werden dürfen.

Das DCM kann eine umfassende Datenlage über Individuen und beobachtete Gruppen mit Demenz hervorbringen. Dies ist als ein Pluspunkt an die Vollständigkeit zu werten. Es macht Aussagen über Wohlbefinden der Bewohner und Bewohnerinnen und die Qualität der Pflege. Jedoch benötigt das DCM Zeit für Trainingseinheiten der Mapper sowie für die Durchführung der Beobachtung. Ebenfalls ist Praxiserfahrung im DCM notwendig, um reliable Daten zu erhalten (vgl. Edelmann et al. 2006, 343). Es wird von Vertretern und Vertreterinnen des DCM darauf hingewiesen, dass ein dreitägiger Basiskurs nicht ausreichend ist, um das Instrument DCM kompetent anzuwenden. Obwohl ein Bewusstsein für dieses Defizit besteht, gibt es bislang keine Verlängerung des Basiskurses oder spezielle Regelungen, jeder und jede mit einem DCM Basiskurs kann das DCM durchführen (vgl. Müller-Hergl 2004b, 73). Eine Überforderung der Basic Mapper ist anzunehmen und stützt somit wenig das Argument, dass das DCM praktikabel ist.

Das DCM ist aufwendig und zeitintensiv, diese Aussage findet sich beinahe durchgehend in der gesichteten Literatur (vgl. Edelmann et al. 2006, 343-344). Neben der Beobachtung ist vor allem die anschließende Bearbeitung der Daten mit seinen quantitativen Anteilen für viele Mapper bislang ungewohnt und ein häufig ungeliebtes Gebiet, das Zahlen produziert (vgl. Kranich 2001, 20). Außerdem ist festzustellen, dass es bislang kein einheitliches PC-Programm gibt, indem die riesige Datenmenge verarbeitet werden kann. Häufig entwickeln Mapper ihre eigenen PC-Programme, um die Daten nicht auf dem Papier verarbeiten zu müssen (vgl. Brooker 2004, 140). Das DCM-Handbuch enthält 24 Verhaltensitems, 77 Fußnoten (vgl. Rüsing 2004, 84), eine sechsstufige Ordinalskala, 17 Kategorien möglicher Formen Personaler Detraction zur Kodierung (vgl. Müller-Hergl 2004c, 117), sowie eine Kategorie zur Erfassung positiver Ereignisse, sogenannter PER. Die letzte

Kategorie umfasst im achten DCM Manual ebenfalls 17 mögliche Auswahlformen für positive Ereignisse (vgl. Brooker 2008, 90-93). Des Weiteren ist zu beachten, dass zwischen den fünf Minuten Intervallen keine Pause für die Kodierung durch die Mapper erfolgt. Dies stellt eine große Fehlerquelle dar und führt vermutlich auch zur Überforderung von ungeübten Mappern. Es ist überaus fraglich, inwieweit dieses Vorgehen als praktikabel bezeichnet werden kann.

Das DCM ist inzwischen weltweit verbreitet. Es finden sich in 24 Ländern DCM Vertreter und Vertreterinnen (vgl. Bradford Dementia Group 2008, 1). Die zunehmende Anwendung des person-zentrierten Ansatzes trägt ebenfalls zur weiteren Verbreitung und Anwendung des DCM bei, bspw. verweist der Demenz Support Stuttgart auf die Philosophie Kitwoods, derer sie sich anschließen (vgl. Archibald 2007, 49). Ebenfalls unterstützt das KDA die Verbreitung des DCM (vgl. Raabe 2002, 7). Dies wird durch das veröffentlichte Qualitäts-handbuch „Leben mit Demenz“ deutlich, in dem auch das DCM vorgestellt wird. Weitere Unterstützung zur Verbreitung und Förderung der Akzeptanz des DCM findet sich durch die Universität Witten/Herdecke mit ihrem Dialogzentrum Demenz, in welchem ebenfalls die Möglichkeit zur Kontaktaufnahme und Information über das DCM möglich ist. Das Bundesministerium für Gesundheit förderte im Januar 2002 zwei Modellprojekte in zwei hessischen Landkreisen, die wissenschaftliche Begleitung erfolgte durch das Institut für Sozialwissenschaften (ISO) (vgl. Raabe 2002, 8-9). In Deutschland kann somit von einer relativ starken Verbreitung des DCM ausgegangen werden. Diesbezüglich verstärkt sich die Annahme, dass aufgrund der hohen Akzeptanz und Verbreitung des DCM von einem praktikablen Instrument auszugehen ist. Festzustellen ist aber auch, dass der Wunsch nach einem Messinstrument, welches Pflegequalität und Ergebnisqualität messen kann, sowohl bei Kostenträgern als auch bei Einrichtungsleitungen groß ist. Die Gefahr einer schnellen Verbreitung ohne die nötige Zeit für die wissenschaftliche Überprüfung, bspw. auf Reliabilität und Validität, führt nach Meinung von Rüsing zur berechtigten Kritik, dass ein Instrument angewendet wird, bei dem fraglich ist, ob es das misst, was es messen soll (vgl. Rüsing 2004, 96). Dies stellt wiederum trotz der hohen Akzeptanz des DCM in Deutschland die Praktikabilität in Frage.

Vollständigkeit und Praktikabilität sind in vielen Bereichen vergleichbar mit Feuer und Wasser. So ermöglicht das DCM die Erstellung eines vollständigen Bildes vom Wohlbefinden einer beobachteten Person mit Demenz und lässt ebenso eine Aussage über die Qualität der Pflege zu (vgl. Edelmann et al. 2006, 343). Das DCM kann als Grundlage für die Pflegeplanung verwendet werden. Durch die Feedbackgespräche besteht die Möglichkeit, biographisches Wissen über die Person in die Pflegeplanung miteinzubringen

(vgl. Innes 2004, 93-96). Dem gegenüber steht die Praktikabilität und der Hinweis, dass das DCM sehr zeitaufwendig ist. Die langen Beobachtungsspannen sind jedoch notwendig, denn nur dadurch erhält man verlässliche Daten, die als vollständig bezeichnet werden können (vgl. Müller-Hergl 2001, 126). Ebenso ist anzumerken, dass in Bezug auf die Praktikabilität und Vollständigkeit DCM zyklisch eingesetzt werden soll. Eine nur einmalige Bestandsaufnahme kann auf Defizite und Möglichkeiten hinweisen, die Verbesserung kann aber erst bei einer weiteren DCM Beobachtung sichtbar gemacht werden. In Studien werden Zyklusabstände von drei bis sechs Monate gewählt (vgl. BMG 2006, 84). Gleichwohl ist festzustellen, dass durch das Fortschreiten der Demenz die Zahl der Ausfälle von Bewohnern und Bewohnerinnen mit Demenz zum Verlust von weiteren Daten führt. So können Fortschritte nicht sichtbar gemacht werden, wenn Bewohner und Bewohnerinnen aufgrund von Krankheit, Zustandsverschlechterung mit Rückzugstendenzen in private Räumlichkeiten oder Verlegung in ein Krankenhaus nicht mehr an der Folgebeobachtung teilnehmen können. In einer Studie wird auf eine Quote von 15 bis 20 Prozent verwiesen, die an einer anschließenden Beobachtung nach sechs Monaten nicht mehr teilnehmen konnte (vgl. Chenoweth, Jeon 2007, 242). Dies ist bezüglich Vollständigkeit und Praktikabilität negativ zu bewerten.

4.2.5 Kernkomponenten und Zusatzmodule

Bei der Anforderung der Kernkomponenten und Zusatzmodule beziehen sich die beiden Pflegewissenschaftlerinnen auf die Variation, die das Assessmentinstrument bietet (vgl. Bartholomeyczik, Halek 2004, 138). Durch den Einsatz an Zusatzmodulen kann ein Assessmentinstrument verschiedenen Zielgruppen gerecht werden. Die Kernkomponenten, bestehend aus den vier Kategorien, führen beim DCM somit bereits zu einer spezifischen Zielgruppe, die Bewohner und Bewohnerinnen mit Demenz. Die Anpassung an eine weitere Zielgruppe lässt deshalb gewisse Anstrengungen hinsichtlich der Modifikation vermuten. So erklärte Kitwood beim DCM bspw. die 24 Verhaltensitems aufgrund von beobachtbaren Verhaltensweisen, die typisch sind für eine Demenz. Diese sogenannte testbare Sozialpsychologie der Demenz spiegelt sich im DCM wider (vgl. BMG 2006, 83-84). Die Überlegung, DCM für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen einzusetzen, wurde in Studien untersucht. Dabei zeigt sich, dass die Verhaltensbeschreibungen nicht ausreichen und in ihrem bisherigen Regelwerk auf die neue Zielgruppe im Original nicht übertragbar sind. Der Einsatz des DCM für Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung wird als begrenzt effektiv angesehen. In einer Studie wurden Bewohner und Bewohnerinnen mit überwiegend autistischem Verhalten beobachtet. Diese Bewohner und Bewohnerinnen suchten dabei gerade zu die Aufmerksamkeit der Mapper. Die Präsenz der Mapper nahm deutlichen Einfluss auf das Verhalten der Bewohner und Bewohnerinnen und verfälschte

dadurch die Werte. Die Datenlage ist bei dieser Studie somit als unzuverlässig zu bezeichnen. Im weiteren zeigt sich, dass Werte des Wohlbefindens bzw. Unwohlsein beinahe kaum eine Aussagekraft haben. Bei den kodierten Verhaltensbeschreibungen wird noch eine gewisse Gültigkeit nachgewiesen, jedoch wird darauf hingewiesen, dass noch umfangreiche Modifikationen in diesem Bereich nötig sind. Die Autoren beschreiben das Ergebnis ihrer Studie, dem Einsatz von DCM bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen, trotz aller Problematik als ein positives Ergebnis. Ihrer Meinung nach kann das DCM mit ausreichend Ressourceneinsatz auch in anderen Settings angewendet werden (vgl. Persaud 2004, 125-132). Diese positive Sicht auf das DCM und seine zukünftigen Potentiale reduziert sich jedoch, wenn man sich die vielen noch anstehenden Herausforderungen für das DCM bewusst macht. Das DCM hat sich rasant weiterentwickelt. Inzwischen ist es seit 16 Jahren auf dem Markt. Brooker, die bei der Bradford Dementia Group für die strategische Planung zuständig ist, verweist darauf, dass DCM weiterhin vor großen Herausforderungen steht.

„Beim DCM mag es einen Kern geben, der über die nächsten fünf bis zehn Jahre hinaus bestehen bleibt, das Instrument selbst muss sich jedoch ganz bedeutend weiterentwickeln, wenn es auch in Zukunft die Grenzen bester Praxis vorantreiben möchte.“ (Brooker 2004, 135)

Da die Kernkomponenten beim DCM mit seinen vier Kategorien bereits einen sehr spezifischen und kaum übertragbaren Charakter haben, ist die Einrichtung von Zusatzmodulen bislang nur im Rahmen des DCM und seiner bisherigen Zielgruppe denkbar. Die Idee, die Kernkomponente für verschiedene Settings anzuwenden und mittels Zusatzkomponenten Spezifika dieser verschiedenen Settings zu erfassen, hat sich anhand der dargestellten Studie aktuell nicht als umsetzbar erwiesen. Über ein Zusatzmodul wurde hinsichtlich der Datenerhebung bei Personen mit Demenz nachgedacht. Bereits 1995 weißt Brooker in einem Artikel darauf hin, dass Personen mit Demenz aufgrund ihrer kognitiven Einschränkungen in Interviews bzw. in Befragungen zu ihrer Zufriedenheit in ihrer Kommunikation Probleme haben. Die adäquate Beantwortung von Fragen ist für sie, begründet durch ihre Demenz, häufig erschwert. Trotzdem merkt sie an, dass die Befragung wichtige Innenansichten der Person mit Demenz ergeben kann (vgl. Brooker 1995, 145-147). Im Rahmen einer Zukunftswerkstatt im Jahr 2001 wird erneut über den stärkeren Einbezug der beobachteten Person mit Demenz nachgedacht. Damit will DCM der zukünftigen partnerschaftlichen Beziehung zwischen Pflegenden sowie Bewohnern und Bewohnerinnen gerecht werden. Überlegt wird deshalb die Erweiterung des Blickwinkels und die Entwicklung eines Befragungsinstrument als mögliches Zusatzmodul für DCM (vgl. Brooker 2004, 146). In den bislang veröffentlichten Studien findet sich kein Hinweis darauf, dass eine Befragung bei Personen mit einer fortgeschrittenen Demenz je durchgeführt wurde (vgl.

Brooker 1995, 146). Außerdem ist bei Befragungen allgemein der Aspekt der „sozialen Erwünschtheit“ zu beachten. Dieser Einflussfaktor führt bei Befragungen von Angehörigen sowie Bewohnern und Bewohnerinnen regelmäßig zu verfälschten Daten, da sie durch eine schlechte Bewertung der Einrichtung für sich oder für ihre Angehörigen negative Folgen erwarten. Deshalb beantworten sie die Fragen stets mit positiven Antworten (vgl. Bartholomeyczik, Schrems 2004, 16). In der neuesten, achten Auflage des DCM ist kein solches Zusatzmodul vorzufinden (vgl. Brooker, Surr 2006, 17-19). Somit bleibt DCM weiterhin ein ausschließliches Instrument der Fremdeinschätzung.

Obwohl hinsichtlich der Zielgruppe bei DCM bereits eine Eingrenzung auf Personen mit Demenz besteht, so sind die Einsatzmöglichkeiten des DCM trotzdem sehr vielseitig. Bei der Diskussion der Anforderung von Kernkomponenten und Zusatzmodulen soll deshalb ebenfalls die Einsatzmöglichkeiten des DCM Erwähnung finden. Das DCM wird üblicherweise in der stationären Altenpflege eingesetzt, um Werte des Wohlbefindens der Bewohner und Bewohnerinnen mit Demenz und ein Ergebnis über die Qualität der Pflege zu ermitteln (vgl. Innes 2004, 15). In der Literatur findet sich v. a. bei den durchgeführten Studien immer wieder der Hinweis, dass durch physische und kognitive Verschlechterungen bei Bewohnern und Bewohnerinnen die Anwendung des DCM sich zunehmend als problematisch gestaltet, da vereinzelte Kategorien sehr stark mit der Kodierung von sozialer Interaktion verbunden sind, so bspw. bis zur siebten Auflage der WIB Wert. Außerdem wurden diese Bewohner und Bewohnerinnen nicht mehr in die Studien mit eingeschlossen. Deshalb finden sich nur wenige Aussagen darüber, inwieweit das DCM für Menschen mit einer schweren Demenz geeignet ist (vgl. Chenoweth, Jeon 2007, 242, 244; Banner et al. 1998, 64). Es ist bezüglich der Zielgruppe darauf aufmerksam zu machen, dass sich in der Literatur immer wieder die Aussage findet, dass Personen mit Demenz meist sehr lange von Angehörigen gepflegt werden und eine Aufnahme in eine Einrichtung überwiegend erst bei einer schweren Form der Demenz vorgenommen wird (vgl. Schnabel 2005, 39). „Dies bedeutet für die stationären Altenpflegeeinrichtungen, dass die Pflegekräfte überwiegend mit schwerstpflegebedürftigen Dementen konfrontiert werden.“ (Schnabel 2005, 39). Gleichzeitig lässt sich daran erkennen, dass die Einsatzmöglichkeit des DCM in der stationären Altenpflege begrenzt ist, da die Bewohner und Bewohnerinnen mit einer schweren Demenz evtl. bettlägerig sind bzw. auch physische Einschränkungen zunehmen. So liegt die Vermutung nahe, dass damit ein Rückzug in die privaten Räumlichkeiten verbunden ist und die Anwendung des DCM dadurch nicht mehr möglich ist.

Es finden sich aber auch andere Einsatzmöglichkeiten des DCM, eine „Zweckentfremdung“ ist mehrfach festzustellen. Somit werden die Kernkomponenten des DCM auch für

andere Gebiete genutzt, bspw. auch zur Evaluation von Fortbildungen, dabei wird anfänglich ein Ergebnis durch das DCM bestimmt und nach Abschluss der Fortbildung ein erneutes Ergebnis ermittelt. Dadurch sollen Verbesserungen und Fortschritte aufgezeigt werden. Ein weiterer Einsatz des DCM ist im Rahmen der Abklärung der Effektivität von therapeutischen Interventionen vorzufinden (vgl. Brooker 2004, 136-138). Somit richtet der Einsatz des DCM den Fokus vor allem auf die Ergebnismessgröße.

Bei einer australischen Studie zeigt sich, dass aufgrund der teststatistischen Defizite, die Befürwortung einer Verwendung des DCM im Bereich der Forschung sehr schwach ausgeprägt ist und noch einer Verbesserung bedarf (vgl. Chenoweth, Jeon 2007, 244). Es besteht jedoch die Überlegung, innerhalb des achten DCM Manuals ein separates DCM Modul für die Forschung zu gestalten. Ob dies eingeführt wird bzw. inzwischen auf dem Markt ist, geht aus der bislang vorhandenen, frei zugänglichen Literatur über das achte DCM Manual nicht hervor (vgl. Brooker, Surr 2006, 17-19). Festzustellen ist, dass das DCM neben seiner ursprünglichen Bestimmung auch in anderen Gebieten eine Anwendung finden kann. Die Herausforderung besteht darin, dass das DCM diesen alternativen Einsatzgebieten gerecht wird, dies kann sowohl Chancen als auch Risiken beinhalten.

4.2.6 Bündelung von Informationen

Im weiteren erfolgt die Diskussion des gestellten Anforderungskriteriums der Bündelung von Informationen, damit eine Zielformulierung daraus resultieren kann. Diese Bündelung kann durch die quantitative Form des DCM leichter erfolgen als gegenüber einer qualitativen Form, bei der bspw. viele individuelle Antworten erfolgen (vgl. Mayer, Sommer 2006, 11-13). Das DCM erfasst innerhalb des Beobachtungszeitraums eine große Menge an Datenmaterial, dieses wird jedoch durch die Verdichtung und teilweise Weiterverarbeitung in numerische Daten wiederum zur arbeitsfähigen Grundlage. Das Feedbackgespräch sowie die individuelle Pflegeübersicht stellen für die Formulierung von Zielen bzw. für Ziele in der Pflegeplanung eine gebündelte Datenbasis dar, mit der das weitere Vorgehen ermöglicht wird (vgl. Innes 2004, 93, 96). Durch die Bündelung von Informationen erschließt sich logischer Weise immer die Gefahr, dass wichtige Informationen verloren gehen. Dieser Verlust an Daten ist zu akzeptieren, will man eine Bündelung von Daten und eine Grundlage für die weitere Arbeit erreichen.

4.2.7 Definition von Pflegebedürftigkeit

Die Definition von Pflegebedürftigkeit wird von Bartholomeyczik und Halek in ihren Anforderungen empfohlen. Dies ist jedoch mehr eine Forderung sowohl an entwickelte Assessmentinstrumente, als auch an die Pflegewissenschaft und an die gesellschaftliche

und politische Ebene (vgl. Bartholomeyczik, Halek 2004, 138). Es betrifft somit die Anregung einer Diskussion um den Begriff Pflegebedürftigkeit, aber eben auch eine Definition von Pflegebedürftigkeit innerhalb von Assessmentinstrumenten. Dieser Forderung bzw. Empfehlung kommt das DCM explizit nicht nach. Das DCM regt die Diskussion um die pflegerische und gesellschaftliche Sichtweise der Personen mit Demenz an. Dabei nimmt es vor allem das Bild des Alters in den Blick und verweist auf gesellschaftliche und institutionelle Altersfeindlichkeit (vgl. Brooker 1995, 145). Pflege wird in Bezug auf den zunehmenden Einsatz des DCM und im weiteren des person-zentrierten Ansatzes als neue Pflegekultur beschrieben. Diese neue Pflegekultur sieht die Pflege als ein attraktives Berufsfeld mit kreativen Entfaltungsmöglichkeiten. Pflege ist demnach nicht etwas, was jeder bzw. jede kann. Die Demenz ist eine Beeinträchtigung und kein Krankheitsprozess. Die Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen werden als Experten gesehen. Die Aufgabe der Pflege ist es, das Personsein zu fördern. Das problematische Verhalten von Personen mit Demenz wird in dieser Denkweise von Pflegenden als Botschaft verstanden (vgl. Kitwood 2005, 193-195; Brooker 2008, 24-25). Kitwood und Brooker schreiben in ihren Veröffentlichungen viel über Pflege. Pflege wird jedoch immer in Bezug auf das Pflegen des Personsein verstanden. Eine Beschreibung oder Definition von dem, was Pflege ist, findet sich nur marginal wieder.

„Zudem wird Pflegearbeit in der neuen Kultur als emotionale Arbeit anerkannt. Daraus folgt auch, dass Pflegenden, die für Menschen mit Demenz sorgen, Respekt für ihr eigenes Personsein erfahren müssen, wenn sie gute Arbeit leisten sollen.“
(Brooker 2008, 25)

Es wird in den Veröffentlichungen deutlich, dass das DCM und der person-zentrierte Ansatz in der gleichen Philosophie begründet sind (vgl. Bradford Dementia Group 2008, 1). Jedoch findet sich in keinem der beiden eine Definition von Pflegebedürftigkeit. Außerdem ist anzumerken, dass sich definitorisch gesehen insgesamt Schwachstellen in der Literatur zu DCM aufzeigen lassen. So ist die Übersetzungsproblematik vermutlich die Ursache, dass in der deutschsprachigen Literatur immer über Wohlbefinden zu lesen ist. Das DCM wurde 1998 in Deutschland eingeführt. Es fand keine Hin- und Rückübersetzung statt, sondern nur die Übersetzung in die deutsche Sprache. Dadurch erhöht sich die Gefahr von Fehlinterpretationen bei der Übersetzung (vgl. Rüsing 2004, 29). In der englischsprachigen Literatur wird das DCM als ein Instrument dargestellt, welches Quality of life, und somit Lebensqualität, misst. Unter dem Begriff Wohlbefinden findet sich im Wörterbuch der englische Begriff well-being (vgl. Pons 1985, 549). Weder zum Quality of life noch zum Wohlbefinden finden sich eine Definitionen durch das DCM. Dieser Mangel wird auch von Vertretern und Vertreterinnen des DCM erkannt: „[...]“, dass viele der beim DCM verwendeten Schlüsselbegriffe, wie zum Beispiel *Lebensqualität*, *Qualität der Pflege*, *Wohl-*

befinden und *Unwohlsein*, (Anmerkung Autor: Kursiv von Capstick) nie in vollem Umfang definiert [...] worden sind.“ (Capstick 2004, 26)

Müller-Hergl geht in einer Veröffentlichung auf den Inhalt von Wohlbefinden ein. Eine Definition von Wohlbefinden generiert er aber nicht aus seinen Überlegungen. Er merkt an, dass Kitwoods Verständnis von Wohlbefinden bspw. große Übereinstimmungen mit Lawtons Definition von Lebensqualität aufweist. Daraus schließt er eine enge Verbindung bzw. Nähe zwischen dem inhaltlichen Verständnis von Wohlbefinden und Lebensqualität (vgl. Müller-Hergl 2004c, 115-118). Die einzelnen Punkte machen deutlich, dass definitorisch beim DCM manches unklar bleibt. Diese Schwachstellen lassen sich möglicherweise durch die theoretischen Fundierung und die Philosophie des DCM bzw. des person-zentrierten Ansatz schließen. Dass sich keine Definition zur Pflegebedürftigkeit findet, liegt vermutlich daran, dass das Instrument englischer Herkunft ist. Ein anderer möglicher Grund könnte in der Profession des Entwicklers liegen, denn Kitwood ist Vertreter der Sozialpsychologie. Dies jedoch ist nur eine Mutmaßung und kann nicht ausreichend belegt werden.

4.2.8 Theorie- und empiriebasierte Inhalte

Wie sich bereits bei der Darstellung der theoretischen Stränge des DCM zeigte, basiert ein Großteil der theoretischen Ausrichtung auf dem person-zentrierten Ansatz (vgl. Bradford Dementia Group 2008, 1). Der person-zentrierte Ansatz bzw. die Philosophie ist bereits in der theoretischen Fundierung des DCM zu erkennen, sowohl in der Ablehnung des medizinischen Modells als auch in der Beschreibung des Empathiebegriffs nach C. Rogers. Durch die differenzierte Auseinandersetzung mit den Arbeiten von C. Rogers lässt sich erkennen, welchen starken Einfluss die klientenzentrierte Psychotherapie nach C. Rogers auf das DCM hat. Rogers entwickelt in den frühen 1950er Jahren seinen Ansatz, der damals als klientenzentrierte Therapie bezeichnet wurde. Dieser Ansatz wird heute als person-zentrierter Ansatz beschrieben. In seinem Ansatz sieht Rogers das medizinische Modell mit seiner Affinität zur Pathologisierung als inadäquat für den Umgang mit Menschen mit psychischen Erkrankungen bzw. für Menschen, die nicht der „Norm“ entsprechen. Hier zeigen sich tendenziell Verbindungen zu Kitwood und dem DCM bzw. der Abkehr vom Standardparadigma. Deutlicher wird jedoch der Einfluss von Rogers auf die theoretische Fundierung beim DCM durch seine Definition der Empathie. Das DCM verweist explizit auf Rogers Ansatz und seine Definition der Empathie, der Einsatz der Empathie findet sich im DCM bei der Durchführung der Beobachtung wieder. Rogers beschreibt die Empathie als ein Ablegen seines Selbst, um dadurch die Wahrnehmung des Gegenübers zu erlangen. Dieses Erleben des Anderen und seiner Welt setzt die Fähigkeit zur

Wahrnehmung voraus. Die Wahrnehmung soll einfühlsam und wertneutral erfolgen. Als eine Voraussetzung für die Empathie und das Ablegen des Selbst benötigt diese Person eine ausreichende Selbstsicherheit. Die Person muss die Fähigkeit besitzen, vollkommen aus dieser fremden Welt in seine eigene Welt - sein Selbst - zurück zu kehren und dabei nicht verloren gehen (vgl. Rogers, Schmid 1991, 187-195). Rogers beschreibt die zentrale Hypothese seines person-zentrierten Ansatzes:

„Der oder die einzelne besitzt in sich selbst unermeßliche (!) Hilfsmittel für das Verständnis seiner oder ihrer selbst, für die Änderung des Selbstkonzept, der Einstellungen und des selbstbestimmten Verhaltens- und: Diese Mittel können erschlossen werden, wenn nur ein definierbares Klima förderlicher, psychologischer Haltungen zur Verfügung gestellt werden kann.“ (Rogers, Schmid 1991, 239)

Für das Erschließen nennt er drei Elemente: Die Echtheit, das Klima der Wertschätzung und die Empathie (vgl. Rogers, Schmid 1991, 240-241). Durch diese differenzierte Auseinandersetzung mit Rogers und seinem person-zentrierten Ansatz wird deutlich, wie stark der Einfluss und die Übernahme von Rogers Ansatz in der theoretischen Fundierung beim DCM ist. Obwohl durch diese intensivere Auseinandersetzung nochmals bestimmte Teile der Theorie des DCM verständlicher werden, wie die Wertschätzung, Empathie und die Abkehr vom Standardparadigma bleiben bezüglich der Theoriebasierung des DCM Fragen offen. So kann immer wieder festgestellt werden, dass sich keine Definition des Wohlbefindens vorfindet, dass jedoch die zentrale Ergebnismessgröße des DCM abbildet (vgl. Capstick 2004, 26). Aus den Aussagen der Theorie von Kitwood zum Personsein lässt sich ableiten, dass jeder und jede Wohlbefinden, trotz eines Handicaps, empfinden kann (vgl. Strunk-Richter 2005, 47). Die theoretische Fundierung zu diesen Überlegungen, wie sie in der Literatur vorzufinden ist, erscheint jedoch für die Erstellung einer Definition nicht auszureichen. Durch die Aussagen in der Literatur wird deutlich, dass auch Vertreter und Vertreterinnen des DCM diese Problematik erkannt haben:

„[...] ist das Ausmaß, in dem DCM von Anfang an theoriegeleitet war nicht eindeutig. Insgesamt besteht der Eindruck, als sei das Verfahren zu rasch entwickelt worden [...] Die Geschwindigkeit und Häufigkeit neuer Ausgaben des DCM- Manuals zeigen die Bereitschaft, auf Probleme zu reagieren [...] Dies hat DCM recht schwerfällig gemacht und erhöht das Ungenauigkeitspotenzial.“ (Capstick 2004, 33-34)

Es konnte durch die intensivere Auseinandersetzung mit Rogers aufgezeigt werden, dass beim DCM eine Theoriebasierung überwiegend vorhanden ist. Anzumerken ist aber auch, dass diese Theorie in Bezug auf die Anwendung des DCM zu überprüfen ist. Das DCM wurde hauptsächlich durch den Sozialpsychologen Kitwood entwickelt. In Deutschland ist

der Einsatzbereich bislang auf den Bereich der Altenpflege begrenzt. Festzustellen ist hierbei, dass in der Altenpflege in überwiegender Anzahl Pflegende beschäftigt sind. Das DCM verweist in der Theorie und in der Anwendung immer wieder auf die Empathie. Die Empathie wird beim DCM durch den Ansatz des Psychotherapeuten C. Rogers beschrieben (vgl. Capstick 2004, 26-28). Bischoff-Wanner setzt sich in ihrer Veröffentlichung mit der Empathie in der Pflege auseinander. Sie bezweifelt, dass ein Empathiebegriff aus der Psychotherapie simultane in die Pflege übernommen werden kann. Sie gibt der Empathie in der Pflege eine andere Wertigkeit, eine andere Qualität. Die Beobachtung beim DCM erfolgt jedoch mit einem psychotherapeutisch geprägten Verständnis der Empathie. Somit kann analysiert und diskutiert werden, ob die Beobachtung beim DCM mit dem zentralen Element der Empathie nach Rogers bei den Feedbackgesprächen an die Pflegenden inhaltlich evtl. zu stark von diesem psychotherapeutischen Ansatz beeinflusst ist und somit dieses Feedback für die Pflegenden wenig nützlich bzw. übertragbar in ihren Pflegealltag ist.

„[...] die frühzeitige und unkritische Übernahme des psychotherapeutischen Empathiebegriffs (verstehen, was ein anderer denkt und fühlt und dieses Verstehen kommunizieren mit dem Ziel, dem Klienten persönliches Wachstum und Persönlichkeitsveränderungen zu ermöglichen) in die Pflege und die damit erfolgte Gleichsetzung der psychotherapeutischen mit der pflegerischen Situation sowie die Übernahme der klientenzentrierten Methode der Gesprächsführung in der Annahme, dass alle helfenden Beziehungen sich grundsätzlich ähnelten. Empathie aktualisiert sich jedoch unterschiedlich in unterschiedlichen professionellen Beziehungsfeldern.“ (Bischoff-Wanner 2002, 243).

Ein weiterer Aspekt bezüglich der Empathie des DCM ergibt sich durch die Ausführung des deutschen Importeurs des DCM. Dieser beschreibt Empathie und Intuition als eine biologische Verankerung. Er begründet dies durch das als motor mimicry bekannte Vorgehen der Affektansteckung, d. h. eine eigene motorische Nachahmung des Gegenüber. Er beschreibt die Empathie des DCM somit als eine affektive Empathie (vgl. Müller-Hergl 2004c, 118). Bei ihren Bemühungen um einen Empathiebegriff für die Pflege stellt Bischoff-Wanner fest, dass die affektive Empathie im pflegerischen Alltag nicht die Anwendung findet, die evtl. vermutet wird, oder die bezüglich des DCM und der Empathie nach C. Rogers in der Anwendung des DCM beschrieben wird. Sie bezeichnet die affektive Empathie als einen „störanfälligen Prozess“ (Bischoff-Wanner 2002, 266), da die affektive Empathie hauptsächlich durch Ähnlichkeiten, Sympathien oder Wir-Gefühl ausgelöst wird. Faktoren, die in Pflege-Patient Beziehungen bzw. Pflege-Bewohner Beziehungen häufig fehlen. Sie verweist auf weitere Autoren, die ebenfalls aufzeigen, dass eine affektive Em-

pathie bezüglich alten, verwirrten Menschen, Sterbenden, psychisch Kranken meist nicht möglich ist (vgl. Bischoff-Wanner 2002, 266-267).

„Demgegenüber ist die kognitive Empathie als Perspektivenübernahme objektiver und breiter und erlaubt, *potenziell* (Anmerkung Autor: Kursiv von Bischoff-Wanner) mit allen Patienten empathisch zu sein, da sie nicht auf Ähnlichkeiten und Zuneigung beruht, obwohl auch sie davon positiv beeinflusst werden kann. *Empathie mit dem Fremden und dem Leiden erfordert somit vor allem eine kognitive, keine affektive Leistung.*“ (Anmerkung Autor: Kursiv von Bischoff-Wanner) (Bischoff-Wanner 2002, 267)

Daraus resultiert, dass beim DCM, das in Deutschland im pflegerischen Alltag seine Anwendung findet, ein psychotherapeutischer Empathiebegriff verwendet wird und in der Beobachtung beim DCM eingesetzt wird. Da dies sich nicht unmittelbar im pflegerischen Alltag auswirkt, sondern nur als notwendige Kompetenz während der Beobachtung angesehen wird, kann dieser Kritikpunkt relativiert werden. Die Übernahme von Erkenntnissen aus benachbarten Wissenschaften kann durchaus auch positiv bewertet werden. Trotzdem sollte kritisch betrachtet werden, dass das Feedbackgespräch an das Pflorgeteam über die Beobachtung unter einem starken psychotherapeutischen Ansatz statt findet und, wie schon Bischoff-Wanner anmerkt, in ein pflegerisches Setting nicht äquivalent übertragen werden sollte. Ebenfalls fällt auf, dass der deutsche Importeur den Empathiebegriff des DCM als eine affektive Empathie einordnet (vgl. Müller-Hergl 2004c, 118). Mehrfach konnte jedoch Bischoff-Wanner und andere Autoren aufzeigen, dass die affektive Empathie, verbunden mit einer positiv-emotionalen Zuwendung, wie sie das DCM mit seiner wertschätzenden Philosophie fordert, nur bei Ähnlichkeit oder Sympathie ihre Anwendung findet. Der Hinweis, dass vor allem bei alten, verwirrten und psychisch kranken Menschen keine affektive Empathie möglich ist, erscheint als zu beachtender Punkt in der Analyse und Diskussion des DCM (vgl. Bischoff-Wanner 2002, 266-267).

Die Theoriebasierung des DCM wirkt in weiten Teilen nachvollziehbar. Festgestellt werden kann, dass aufgrund der veröffentlichten Literatur die theoretische Fundierung von Wohlbefinden und auch von Pflegequalität für den Leser aber nicht ausreichend nachvollziehbar ist (vgl. Capstick 2004, 33-34). Außerdem sind Teile der theoretischen Fundierung des DCM, hier vor allem die Empathie, von anderen Wissenschaftlern und Wissenschaftlerinnen grundsätzlich bezüglich der „Wirksamkeit“ beim Einsatz in Pflegesettings angezweifelt worden (vgl. Bischoff-Wanner 2002, 265-267).

Die empiriebasierte Grundlage des DCM wirkt dabei ebenfalls nicht immer nachvollziehbar. Beim ersten theoretischen Strang beschreibt Kitwood im DCM die Ablehnung des

Standardparadigmas. Er generiert aus dieser Überlegung 17 Formen der bösartigen Sozialpsychologie, die er aufgrund von eigenen Beobachtungen dokumentierte und dadurch diese Kategorie bildete (vgl. Kitwood 2005, 75). In der Literatur findet sich kein Hinweis auf empirische Daten, die diese Auswahl bzw. Schaffung von 17 Formen empirisch bestätigt. Diese fehlende Information lässt sich auch bei den 24 Verhaltensitems, der Skala der WIB Werte und ab der achten Auflage des DCM bei den 17 PE aufzeigen (vgl. Capstick 2004, 33-35). Müller-Hergl hingegen schreibt in einem Artikel über empirische Studien der Bradford Dementia Group, die bezüglich der Validität des Instruments durchgeführt wurden (vgl. Müller-Hergl 1998, 37). Ebenfalls verweist Kitwood selbst in seinen Veröffentlichungen auf Studien, die zu verschiedenen Themen bezüglich des person-zentrierten Ansatzes durchgeführt wurden (vgl. Kitwood 2005, 95-98). Es erfolgt außerdem die Anmerkung von Kitwood, dass die theorie- und empiriebasierten Grundlagen aus den Jahren 1987 bis 1995 dargestellt werden (vgl. Kitwood 2005, 21). In der veröffentlichten Literatur zum DCM finden sich jedoch immer nur Hinweise auf eine empiriebasierte Grundlage. Veröffentlichte Studien, die eine empirische Datenlage aufzeigen würden, sind in ihrer Ganzheit nicht vor zu finden. Somit bleibt unklar, in welchem Ausmaß für die Bildung der Kategorien empiriebasierte Daten vorliegen oder nicht. Angaben zu durchgeführten Pre-Tests vor Einführung des DCM finden sich in der Literatur ebenfalls nicht. Der bislang fehlende Nachweis von Konstruktvalidität verstärkt zusätzlich den Eindruck, dass die empiriebasierte Grundlage beim DCM nur schwach ausgeprägt ist.

4.2.9 Teststatistische Angaben

Bei den teststatistischen Angaben erfolgt die Betrachtung der beiden Faktoren Reliabilität und Validität eines Instruments. Mit der Reliabilität wird der Fokus auf die Wiederholbarkeit und Vergleichbarkeit der Messergebnisse gelegt (vgl. Evers 2002, 27). Die Aspekte der Interrater-Reliabilität sowie die Retest-Reliabilität können dabei untersucht werden. Bei der Interrater-Reliabilität spricht man von einer möglichst hohen Übereinstimmung zwischen Beobachtern und Beobachterinnen. Mit der Retest-Reliabilität kann die Vergleichbarkeit festgestellt werden, d. h. inwieweit die Ergebnisse in der selben Umgebung bei einer wiederholten Durchführung nach wenigen Tagen zum ähnlichen Ergebnis führen würden (vgl. Lintern, Woods 2004, 38-39). Rüsing beschäftigt sich im Rahmen seiner Masterthesis mit der Reliabilität des DCM. Der Autor ist ausgebildet im DCM und hat Kontakt zur Bradford Dementia Group. Der Zugang zur Bibliothek der Bradford Dementia Group ermöglicht es ihm, eine umfassende Literaturrecherche zu erstellen. Dabei stellt er fest:

„Das Beobachtungsinstrument ‚Dementia Care Mapping‘ ist in nur geringem Ausmaß hinsichtlich seiner Reliabilität überprüft worden. Die Studien bis zum Jahr

2002, in denen Aussagen zur Reliabilität des DCM getroffen wurden, waren keine methodologischen Studien. Aussagen zur Reliabilität wurden lediglich am Rande getroffen, [...]“ (Rüsing 2004, 24).

Bislang gibt es laut Rüsing weltweit nur zwei wissenschaftliche Untersuchungen zur Reliabilität. Durch seine Masterthesis, in welcher er die Interrater-Reliabilität überprüft, konnte er einen weiteren Beitrag dazu leisten. Aufgrund der Datenlage ist zu konstatieren, dass sich kaum verfügbare Daten, bspw. über Studien, zum DCM finden. Rüsing verweist auf eine Studie zur Überprüfung der Interrater-Reliabilität aus dem Jahr 2004. Dabei wurden die Kategorien Verhalten und Wohlbefinden bzw. Unwohlsein überprüft. Festgestellt wurde, dass elf von 24 Verhaltensitems und die gesamte Wohlbefindlichkeitskodierung Kappa-Werte von unter 0,6 erzielten (vgl. Rüsing 2004, 26). Der Kappa-Wert ist eine Messgröße, die aufzeigt, inwieweit eine Übereinstimmung zwischen zwei Beobachtern und Beobachterinnen vorhanden ist. Dabei ist ein Kappa-Wert von 0 als schlecht zu bewerten, ein Kappa-Wert von eins ist optimal (vgl. Evers et al. 2004, 38-39). Das Ergebnis von Kappa-Werten unter 0,6 deutet auf eine tendenziell schlechte Reliabilität hin. Zu den beiden Kategorien Personal Detractions (PD) und Positive Event Record (PER), die vor allem einen Rückschluss auf die Pflegequalität ermöglichen, gibt es bislang keine veröffentlichten Studien (vgl. Rüsing 2004, 26). Rüsing verweist darauf, dass seine durchgeführte Studie zur Interrater-Reliabilität nur begrenzt repräsentativ ist. Aufgrund von ähnlichen Ergebnissen zur Interrater-Reliabilität in englischen Studien, die repräsentativ sind, darf jedoch von einer gewissen - wenn auch nur begrenzten - Aussagekraft bei Rüsings Masterthesis ausgegangen werden (vgl. Rüsing 2004, 95). In der Studie finden sich 14 Beobachtungen mit mehr als 3000 erhobenen Daten in doppelter Erhebung. Jeweils zwei Beobachter führten die Beobachtung durch. Auf die genaue Datenlage sowie die verwendeten Messgrößen der Untersuchung von Rüsing kann an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden, da dies den Umfang dieser Arbeit sprengen würde. Jedoch soll ein Ergebnis aus der Masterarbeit einen weiteren Eindruck über den aktuellen Forschungsstand zur Interrater-Reliabilität vermitteln. Rüsing überprüft die Kodierung des Wohlbefindens und der Verhaltenskategorien. Dabei zeigen die folgenden tabellarischen Ergebnisse, dass in dieser Studie nicht einmal der Kappa-Wert von 0,6 erreicht wird.

WIB Werte	-5	-3	-1	+1	+3	+5
Kappa-Wert	0	0,13	0,40	0,46	0,54	0

Tab. 3: Übereinstimmung der Wohlbefindlichkeitskategorie (vgl. Rüsing 2004, 62)

Es zeigten sich ähnlich schlechte Werte bei der untersuchten Verhaltenskategorie. In der achten Auflage des DCM wurde nur vereinzelt eine Veränderung der 24 Verhaltensitems

vorgenommen (vgl. Brooker, Surr 2006, 17-19). Als weiteres Ergebnis seiner Studie verweist Rüsing bspw. auf die fehlende Trennschärfe zwischen den einzelnen Verhaltenskategorien. Das Regelwerk des DCM bezeichnet er als umfassend und trotzdem schwierig. Dies lässt sich am Beispiel der Vorrangsregelung verdeutlichen: Sind in einem fünf Minuten Intervall mehr als zwei ressourcenfördernde Verhalten beobachtbar, verhilft das umfassende Regelwerk nicht zu einer Lösung. Das Regelwerk gibt dem Mapper die Verantwortung für die Kodierung des Verhaltensitems ab, das seiner bzw. ihrer Meinung nach am ressourcenförderlichsten ist. Die Schwierigkeit, sich für ein Verhalten zu entscheiden, sieht er als eine Fehlerquelle an (vgl. Rüsing 2004, 81). Zu einer ähnlichen Aussage kommen zwei weitere Autoren. Sie zeigen drei Forschungsstudien auf, die sich jedoch ebenfalls nur mit der Interrater-Reliabilität beschäftigt haben. Sie zeigen dabei auf, welche Informationsdefizite sich in den Studien wiederfinden und bescheinigen dadurch den Studien eine geringe Aussagekraft bezüglich der Interrater-Reliabilität (vgl. Lintern, Woods 2004, 39-43). Durch die gesamte gesichtete deutsche und englische Literatur zieht sich der Nachweis einer kaum vorhandenen Interrater-Reliabilität, sowie keinerlei Nachweise über Retest-Reliabilität. Damit kann ein weiterhin bestehender Forschungsbedarf angemeldet werden und gleichzeitig ein immer noch mangelhafter Nachweis der Reliabilität bestätigt werden. Diese Defizite erscheinen auch in der achten Auflage des DCM noch nicht gelöst, wobei bislang keine Erfahrungen im deutschsprachigen Raum vorliegen und auch in England erst langsam mit der Einführung der achten Auflage des DCM begonnen wird. Veränderungen der Verhaltenskategorie erscheinen gering. Die Veränderung der Kodierung des Wohlbefindens in einen generierten Wert sowie einzelne mood/engagement value (ME) sind vermutlich die größere Veränderung bzw. Neuerung in der achten Auflage des DCM, wenn gleich hierfür noch keine veröffentlichten Studien zu Validität und Reliabilität vorliegen (vgl. Brooker, Surr 2006, 17-19).

Bei dem zweiten Faktor der teststatistischen Angaben wird die Validität beleuchtet. Validität stellt die Frage, ob das Instrument misst, was es messen soll. In Bezug auf die Ziele des DCM ist es somit fraglich, ob Wohlbefinden von Bewohnern und Bewohnerinnen mit Demenz und die Qualität der Pflege durch das Instrument gemessen wird. Die Überprüfung erfolgt mittels dem Faktor Validität. Validität wird auch als Gültigkeit bezeichnet (vgl. Evers, Sermeus 2002, 50-54). Bei einer durchgeführten Literaturrecherche zu DCM aus dem Jahr 2002 wurde die Literatur von 1992 bis 2001 gesichtet (vgl. Beavis et al. 2002, 72-736). Dabei wurden neun Studien eingeschlossen und diese bewertet. Nur eine der neun Studien entspricht den Kriterien für eine repräsentative Stichprobenauswahl. Eine repräsentative Stichprobe muss übertragbar sein auf die Gesamtpopulation, bspw. muss sie die Verteilung der Geschlechter berücksichtigen (vgl. Rumsey 2005, 291). Im weiteren

finden sich zwei Kriterien bezüglich der Validität, die Kitwood für das DCM aufstellt. Diese beiden Kriterien, Länge des Beobachtungszeitraums und Stichprobenauswahl werden nur von drei veröffentlichten Studien erfüllt (vgl. Beavis et al. 2002, 730-732). Wie bei der Reliabilität gibt es auch bei der Validität verschiedene Aspekte, welche überprüft werden können. Ein Bereich davon ist die Face-Validität, auch benannt als Augenscheinvalidität. „Durch die Augenscheinvalidität wird ermittelt, ob die Relevanz und die Eignung der Messgröße von den AnwenderInnen (!) der Methode leicht erkannt werden.“ (Lintern, Woods 2004, 43). In einer Studie wurde die Face-Validität durch einen Fragebogen (Staff Acceptability Questionnaire, SAQ) gestützt. Der Fragebogen ermittelt die Einstellung der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen gegenüber dem DCM und ermöglicht dadurch, ein Feedback zu geben. Das Ergebnis dieser Studie zeigt, dass bei der ersten Auswertung des Fragebogens 88 Prozent der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen das DCM als ein Instrument der Qualitätsentwicklung ansehen bzw. als ein Instrument, das einen Beitrag zur Entwicklung der Pflegequalität leistet. Am Ende der Studie sind es 100 Prozent der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, die durch das Ausfüllen ihres Fragebogens dem DCM diese Bewertung geben (vgl. Beavis et al. 2002, 730). Die Face-Validität wird meist als gut beschrieben, obwohl sie bislang nur in einer Studie genau untersucht wurde (vgl. Beavis et al. 2002, 732).

Die Konvergenzvalidität ist ein weiteres Kriterium im Rahmen der Validität. Die Konvergenzvalidität überprüft, inwieweit die einzelnen Variablen eines Instrument miteinander korrelieren (vgl. Lintern, Woods 2004, 43). Es finden sich beim DCM verschiedene Variablen, die auf ihren empirischen Zusammenhang überprüft werden können, bspw. die Zeit, die mit verschiedenen Aktivitäten verbracht wird (vgl. Lintern, Woods 2004, 43). Eine wichtige Unterscheidung wird dabei in der Abgrenzung der beiden Aspekte Wohlbefinden des Bewohners und der Bewohnerin und Pflegequalität gesehen. Dieser Hinweis erfolgt in der Literatur und wird mit dem Beispiel verdeutlicht, dass Bewohner und Bewohnerinnen mit einer beginnenden Demenz bei schlechter Pflegequalität das Bedürfnis nach Wohlbefinden noch kompensieren können. Damit erleben sie trotz schlechter Pflege Wohlbefinden. Deshalb sollten bei Untersuchungen der Validität die Ergebnisdimensionen Wohlbefinden und Pflegequalität getrennt voneinander betrachtet werden. „Allmählich tauchen Belege auf, die die Validität der individuellen WIB-Punktzahlen unterstützen [...]“ (Lintern, Woods 2004, 49). Die Ergebnisse des Wohlbefindens stützen somit diesbezüglich die Validität. Im weiteren wird aber zur Pflegequalität konstatiert: „[...] wenig scheint jedoch im Hinblick auf Gesamtbeurteilungen der Umgebungsqualität unter Einsatz des DCM bekannt.“ (Lintern, Woods 2004, 49). Daraus erschließt sich, dass bei einer gemeinsamen

Betrachtung die beiden Ergebnisdimensionen Pflegequalität und Wohlbefinden Validität nicht nachgewiesen werden kann.

Bezüglich der Validität der WIB Werte ist auf die Neuerungen in der achten Auflage des DCM zu verweisen, hier kommt diese bis dahin übliche Form der Kodierung von WIB Werten nicht mehr vor. Es wurde z. B. festgestellt, dass bei den WIB Werten der siebten Auflage des DCM ein plus fünf Wert nur in Verbindung mit sozialer Interaktion kodiert werden kann (vgl. Brooker, Surr 2006, 18). Somit kann die Validität der individuellen WIB Werte in der siebten Auflage des DCM rückblickend in Frage gestellt werden. Jedoch sind die Neuerungen in der achten Auflage des DCM bezüglich Validität oder Reliabilität bislang nicht durch veröffentlichte Studien oder durch Aussagen in der Literatur beschrieben, so dass darüber nur Vermutungen angestellt werden können.

Des Weiteren wird in Studien zur Validität auch die Kriteriumsvalidität einer Überprüfung unterzogen. Die Kriteriumsvalidität vergleicht die Messgröße DCM mit anderen bekannten Messgrößen bzw. mit dem „Goldstandard“. Goldstandard ist der Ausdruck für die optimale Messgröße. Für das DCM zeichnet sich, wie auch schon bei den anderen aufgeführten Aspekten der Validität, ein ähnliches Bild ab. Brooker überprüft das DCM und das Instrument „levels of engagement“ von Felce et al.. Sowohl die Stichprobe und der Beobachtungszeitraum entsprechen nicht den Kriterien, um diese Studie als repräsentativ zu bezeichnen. Das Ergebnis unterstützt jedoch die Anwendung des DCM. Es ist jedoch fraglich, wie haltbar diese Aussage ist, wenn man bspw. die nicht-repräsentative Stichprobe betrachtet (vgl. Beavis et al. 2002, 731). Außerdem erfolgten Vergleiche mit den Messgrößen „Quality of Interactions Schedule“ (QUIS) und der „Life Experiences Checkliste“ (LEC). Es werden vereinzelt Zusammenhänge aufgezeigt, insgesamt entsteht jedoch der Eindruck, dass auch hier noch weitere Belege notwendig sind (vgl. Lintern, Woods 2004, 48-49).

Die Konstruktvalidität überprüft, inwieweit die Messgröße einen Bezug zu der ihr zugrunde liegenden Theorie herstellen kann (vgl. Lintern, Woods 2004, 43). Dazu wird oftmals das Messen der Sensitivität herangezogen. Dies ist beim DCM bislang nicht vorzufinden. Es erfolgt ein Hinweis auf die Verwendung des Dementia Care Index (DCI).

„The DCI is a condensed calculation of the group WIB score and the behavior category codes. It provides an overall summary of the evaluation process and theoretically, it should be able to demonstrate changes in care practices when evaluations are repeated over time. As such, the construct validity should be sup-

ported when interventions designed to improve care practices, result in a corresponding improvement to the DCI scores.” (Beavis et al. 2002, 731)

Der Vorgänger des DCI ist der Dementia care quotient (DCQ). Studien wurden bislang mit der Überprüfung des inzwischen nicht mehr im DCM Manual verwendeten DCQ durchgeführt. In den ausschließlich englischsprachigen Studien wird auf inkonsistente DCQ Werte hingewiesen (vgl. Beavis et al. 2002, 371). Daraus erschließt sich, dass dieser Bereich der Validität nicht absolut nachgewiesen werden kann. Außerdem ist auf die nicht ausreichende Informationslage im deutschsprachigen DCM Manual nochmals zu verweisen. Zum einen wird nur in der älteren, deutschsprachigen Literatur der DCI aufgeführt, zum anderen ist im weiteren auf die in der Literatur benannte Schwierigkeit einer deutschen Einführung bzw. Übertragung hinzuweisen (vgl. Müller 2001, 356). Diese Problematik des DCI ist ab der achten Auflage des DCM obsolet, da der DCI aufgrund des fehlenden Nachweises von Reliabilität und Validität ersatzlos gestrichen ist (vgl. Brooker, Surr 2006, 18). Damit wird aber keine Antwort auf die Frage nach Konstruktvalidität gegeben, viel mehr wird dadurch jede bislang noch vorhandene Grundlage entzogen, so dass die Konstruktvalidität bis auf weiteres beim DCM nicht mehr nachgewiesen werden kann.

4.3 Analyse und Diskussion des Instrumentes H.I.L.DE.

4.3.1 Berücksichtigung von ethischen, wirtschaftlichen und berufspraktischen Aspekten

Der Kontakt mit Menschen mit Demenz erfordert eine grundlegende kritische Reflexion des gesellschaftlichen und persönlichen Alters- und Menschenbildes (vgl. Kruse 2006, 61). Die Pflegenden müssen sich einer bedeutenden psychologischen Aufgabe stellen, um langfristig mit dem Krankheitsbild Demenz in ihrer beruflichen Praxis zurechtzukommen. Sie müssen sich intensiv mit den Grenzen der menschlichen Existenz auseinandersetzen. Mögliche Begrenzungen des eigenen Lebens werden durch das Krankheitsbild Demenz sichtbar. Die subjektive Überzeugung, Entwicklungsprozesse bis ins hohe Alter kontrollieren zu können, wird in Frage gestellt. Das Streben nach Selbständigkeit und Selbstverantwortung tritt bei Menschen mit Demenz in den Hintergrund, die bewusst angenommene Abhängigkeit dafür in den Vordergrund. Demenzkranke sind angewiesen auf die Solidarität und Hilfe anderer Menschen. Diese Abhängigkeit muss von den Pflegenden jedoch bejaht werden, sie muss in positiver Form angenommen werden, um eine Grundlage für den vorurteilsfreien Kontakt mit den an Demenz erkrankten Menschen zu schaffen. Nur nach der intensiven Auseinandersetzung mit möglichen Begrenzungen des eigenen Lebens - und einer positiven Akzeptanz derselben - können Pflegende langfristig mit der Zielgruppe der Demenzkranken arbeiten (vgl. Kruse, Schmitt 2008, 77-78). Dies kann als eine Art Coping-Strategie bezeichnet werden, weil bestimmte Situationen dann als

subjektiv weniger belastend empfunden werden. H.I.L.DE. kann hier durch die Möglichkeit zur differenzierten - persönlichen wie fachlichen - Auseinandersetzung mit Lebensqualität einen großen Beitrag leisten. Durch den Einsatz von H.I.L.DE. und die differenzierte Auseinandersetzung mit der Lebensqualität, wird es den Pflegenden ermöglicht, das eigene Menschenbild kritisch zu analysieren und zu reflektieren (vgl. Kruse 2008, 74). H.I.L.DE. zielt somit auf die Unterstützung der Pflegenden ab, in einer ethisch überzeugenden Art und Weise zu handeln. Die differenzierten Kompetenzgruppen können dabei helfen, das eigene Handeln an begründeten Standards zu orientieren, und realistische Erwartungen an den Erfolg der Interventionsmaßnahmen zu stellen. Dies sollte einen Beitrag dafür leisten, dass die eigene Pflegetätigkeit nicht nur als Last, sondern auch als befriedigend erlebt werden kann (vgl. Becker et al. 2006, 356).

Aus gesellschaftlicher Perspektive – verbunden mit ethischen Aspekten – besteht seit längerem ein öffentlicher Diskurs über den zukünftigen Anspruch auf Leistungen, die den älteren Menschen bislang gewährt wurden. Es stellt sich die Frage, inwieweit eine „Gesellschaft des langen Lebens“ sämtliche Pflegerisiken absichern kann (vgl. Kruse 2005a, 231). Fragen zur Allokation unserer knappen, finanziellen Ressourcen müssen diskutiert werden (vgl. Kruse 2004, 17-19). H.I.L.DE. kann dabei einen Beitrag zur ethischen Fundierung des Umgangs mit Menschen mit Demenz leisten, um so der Rationierung von Ressourcen in der Pflege nicht nur mit Zahlen, sondern auch mit ethischen Überlegungen und Standpunkten entgegenzutreten. Um Wohlbefinden und Lebensqualität gewährleisten zu können, hat die Pflege eine hohe Mitverantwortung. Sobald ein Mensch von der Hilfe anderer abhängig ist, wird sein Wohlbefinden vom Handeln der dritten Person beeinflusst. Das Verhalten der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen im Kontext der Betreuung hat unmittelbare Folgen auf die Lebensqualität der alten Menschen. Dies macht deutlich, wie wichtig die Reflexion des täglichen pflegerischen Handelns ist, um auch bei Menschen mit Demenz trotz ihrer Defizite bzw. wegen ihrer vermehrten Verletzlichkeit, zentrale Werte sowie deren emotionale Befindlichkeit erfassen zu können (vgl. Kruse 2005b, 275-282). Dass die ethische Reflexion aber erst institutionalisiert werden muss und dafür zeitliche Ressourcen notwendig sind, macht folgendes Zitat deutlich:

„Die systematische, methodisch fundierte Auseinandersetzung mit den spezifischen Werten, die in einer konkreten Situation angesprochen sind, erfordert nicht nur Offenheit für die Wertfülle des Lebens, sondern auch Zeit. (Kruse 2005b, 275).

Wenn eine Institution es möglich macht, dass Lebensqualität kontinuierlich bestimmt werden soll und die notwendige Reflexion dazu stattfinden kann, können die Pflegenden mit ethischen Dilemmata bewusster umgehen und empfinden dadurch eine höhere Arbeitszufriedenheit (vgl. Kruse 2006, 55). Im Zusammenhang mit den ethischen Überlegungen zur

Versorgung von Menschen mit Demenz, werden auch immer wieder gesellschaftliche Themen aufgegriffen, die vor allem auf die gesellschaftliche Verantwortung für die Lebensqualität demenzkranker Menschen eingehen. Unter anderem geht es hier darum, die Vorstellungen der Gesellschaft von der Betreuung und Pflege demenzkranker Menschen zu diskutieren. Das steigende Lebensalter und die damit oft verbundenen gesundheitlichen Einschränkungen müssen von der Gesellschaft bejahend angenommen werden. Die zunehmende Verletzlichkeit der alten Menschen, v. a. der Menschen mit Demenz und ihre Hilfebedürftigkeit, muss von der Gesellschaft in den „Entwurf des Menschseins“ integriert werden (vgl. Kruse 2004, 17-19).

„Die Ethik der Ehrfurcht vor dem Leben sollte unsere Einstellung und unser Verhalten gegenüber allen Menschen bestimmen – ob wir nun die Perspektive der Wissenschaft, der Praxis oder der natürlichen Beziehung zu anderen Menschen einnehmen.“ (Kruse 2004, 19)

Im Mittelpunkt des Zitats steht die Wahrung der Menschenwürde. Außerdem sollte es auch gesellschaftliche Aufgabe sein, die Anforderungen an die Wissenschaften zu konkretisieren. In der Gesellschaft wird diskutiert, wie die Dinge sein sollen, die Wissenschaft soll herausfinden, wie die Dinge sind, welche Ressourcen und Potentiale, aber auch welche Grenzen vorhanden sind – sowohl bei den Menschen mit Demenz, als auch bei den Pflegenden (vgl. Kruse 2004, 17-19). Erst wenn man genauer weiß, über welche Ressourcen demenzkranke Menschen verfügen und wo ihre Grenzen sind, ist es möglich zu definieren, was unter einer fachlichen und ethischen anspruchsvollen Pflege zu verstehen ist. Aus diesem Grunde kommt dem Forschungsprojekt H.I.L.DE. nicht nur aus pflegewissenschaftlicher oder gerontologischer Sicht eine große Bedeutung zu, sondern auch aus ethischer Sicht (vgl. Kruse 2006, 56).

Neben ethischen Aspekten, wie bspw. der Reflexion des persönlichen Menschenbildes, ist jedoch die Reflexion des pflegerischen Handelns als berufspraktischer Aspekt nicht zu vernachlässigen. Dies kann zu einer vermehrten Orientierung an der aktuellen Situation des demenzkranken Menschen führen kann. Der Zugang zur Individualität des Erlebens und Verhaltens kann durch H.I.L.DE. gefördert werden und kann dazu beitragen, dass Menschen mit Demenz vermehrt in ihren Kompetenzen und nicht nur in ihren Defiziten wahrgenommen werden (vgl. Dialogzentrum Demenz 2008, 36) Durch die gezielte Herstellung von positiven Stimmungen bzw. durch die Vermeidung von Situationen, die negative Emotionen hervorrufen, kann eine erhöhte Lebensqualität hergestellt werden. Sowohl Ärzten und Ärztinnen, Pflegenden und Angehörigen wird durch H.I.L.DE. ermöglicht, einen Zugang zu den Demenzkranken zu finden und aufrechtzuerhalten. Voraussetzung dafür ist jedoch, dieser Art der zwischenmenschlichen Begegnung positiv gegenüberzu-

stehen und Demenz nicht mit dem Verlust von Individualität gleichzusetzen (vgl. Becker 2006, 12). H.I.L.DE. soll dazu beitragen, für individuelle Unterschiede im Erleben und Reagieren von Menschen mit Demenz zu sensibilisieren. Dadurch wird der Zugang zum Demenzkranken möglich, gleichzeitig werden somit auch mehr Kompetenzen bzw. Ressourcen - im Sinne differenzierter emotionaler Antworten auf spezifische Situationen – wahrgenommen (vgl. Becker 2006, 13).

Durch H.I.L.DE. kann Pflegenden auch bewusst werden, welchen Einfluss ihr Handeln auf die emotionale Befindlichkeit von Menschen mit Demenz hat. Durch die genaue Erfassung bzw. Wahrnehmung der Gefühle von Bewohnern und Bewohnerinnen mit Demenz, wird auch der Einfluss auf diese Gefühlslagen bewusst (vgl. Becker 2006, 13). Dies soll anhand eines Beispiels verdeutlicht werden. Bei der Erfassung der Aktivitäten der Bewohner und Bewohnerinnen soll in H.I.L.DE. festgehalten werden, ob die jeweilige Beschäftigung Freude macht oder ob eine bestimmte Aktivität, an der er bzw. sie aber momentan nicht teilnimmt, Freude bereiten könnte. Durch diese Form der Erhebung wird eine aktuelle Reflexion über die Gewinne bzw. potentielle Gewinne für den Bewohner und die Bewohnerin im Pflorgeteam angeregt (vgl. Becker 2006, 21). Gleichzeitig können auch entsprechende Maßnahmen eingeleitet werden, um die Gefühlslage bzw. diesen Aspekt der Lebensqualität zu verbessern. Die Reflexion des eigenen pflegerischen Handelns sowie die daraus resultierende vermehrte Orientierung an der Situation des demenzkranken Menschen sollte langfristig zu einer verbesserten Lebensqualität führen, was auch in Form von verbesserten Werten zur Lebensqualität in H.I.L.DE. gemessen werden kann. Die sichtbare Verbesserung der Lebensqualität trägt auch zu einer größeren beruflichen Zufriedenheit bei. Die Arbeit mit Demenzkranken kann dann u. U. weniger als Belastung, sondern mehr als Bereicherung empfunden werden (vgl. Becker 2006, 13). Diese möglichen Effekte bei der Anwendung von H.I.L.DE. wurden den Pflegenden in entsprechenden Schulungen vermittelt. Allein das Wissen über die Möglichkeiten bei der Anwendung von H.I.L.DE. trug schon zur Verbesserung der Pflegepraxis sowie der persönlichen und beruflichen Zufriedenheit bei (vgl. Becker 2006, 13).

Unter den berufspraktischen Aspekten sollte auch die multiprofessionelle Nutzbarkeit eines solchen Instrumentes diskutiert werden. Es handelt sich bei H.I.L.DE. um ein Instrument, das zusammen mit und für die Pflegenden entwickelt wurde. Gleichzeitig hat der Projektbeirat, der aus Mitgliedern unterschiedlicher Berufsgruppen besteht, das Projekt H.I.L.DE. beratend unterstützt (vgl. Becker 2006, 4), so dass multiprofessionelle Perspektiven die Inhalte bzw. die gesamte Entwicklung von H.I.L.DE. beeinflusst haben. Die Anwendung des Instrumentes liegt sicherlich in der Hand der Pflegenden. Auch die Ergeb-

nisse des Instrumentes, welche Aussagen zur Lebensqualität beinhalten, sind v. a. pflege-relevant, jedoch können die Resultate von H.I.L.DE. durchaus auch für andere Berufsgruppen richtungsweisend sein. Die Ergebnisse der ersten Projektphase zeigten bspw., dass durch H.I.L.DE. auch Empfehlungen an die Ärzteschaft gerichtet werden können, wenn es um die Verbesserung der Diagnostik von Menschen mit Demenz geht. Es erfolgte eine Auswertung von 121 ärztlichen Befunden, wobei festgestellt wurde, dass die differenzierte Diagnose einer Demenz bei nur fünf Prozent der Probanden explizit gestellt wurde, bei 55 Prozent wurde zumindest eine Demenz ohne nähere Angaben beschrieben. Bei 35 Prozent der Bewohner bzw. Bewohnerinnen wurde die Demenz nicht diagnostiziert. Diese Ergebnisse zeigen, dass Demenzen häufig nicht erkannt werden und kaum eine ätiologische Zuordnung erfolgt, so dass auch keine differenzierten therapeutischen Maßnahmen abgeleitet werden können (vgl. Becker et al. 2005, 110).

H.I.L.DE. kann den Pflegenden auch Sicherheit im Umgang mit anderen Berufsgruppen vermitteln, da das Instrument die Pflegenden in die Lage versetzt, ihren subjektiven Eindruck vom Zustand eines Bewohners bzw. einer Bewohnerin mit objektiven Kriterien zu fundieren. Dies vermittelt Sicherheit in multiprofessionellen Diskussionen und kann die Effektivität der Kommunikation zwischen den Berufsgruppen, aber auch intraprofessionell, erhöhen. Dies soll am Beispiel der Erfassung des Schmerzerlebens näher erläutert werden. Die Erfassung des Schmerzerlebens erfolgt zum einen anhand vorgegebener Beobachtungskriterien, wie z. B. Mimik, Gestik, Atmung und Lautäußerung, zum anderen sollen die Pflegenden anhand einer schematischen Darstellung festhalten, in welcher Körperregion der Bewohner bzw. die Bewohnerin Schmerzen empfindet und bewohnerspezifische Besonderheiten im Schmerzerleben in offener Form dokumentieren. Durch diese Form der Schmerzerfassung kann der Pflegende bzw. die Pflegende mit dem behandelnden Hausarzt bzw. der behandelnden Hausärztin nicht ausschließlich ihre subjektive Meinung diskutieren, sondern kann auch auf objektive Kriterien zurückgreifen (vgl. Becker 2006, 20).

Neben der Verbesserung der pflegerischen Praxis und der multiprofessionellen Nutzbarkeit leistet H.I.L.DE. auch einen großen Beitrag für die Forschung. Forschungen zur Lebensqualität bei Menschen mit Demenz haben eine große Relevanz für die Pflegepraxis, denn die Zielgruppe der Demenzkranken ist nicht mehr in der Lage, sich darüber zu äußern, inwieweit die von den Pflegenden oder anderen Personen bzw. Berufsgruppen erbrachten Leistungen die persönlichen Bedürfnisse erfüllen. Die eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit dieser Zielgruppe kann zum einen dazu führen, dass keine - aus der Sicht des Betroffenen bzw. der Betroffenen - optimale Betreuung und Pflege stattfindet. Gleich-

zeitig können inadäquate Reaktionen der Menschen mit Demenz auf die pflegerischen Leistungen bzw. auf allgemeine Betreuungsleistungen bei den Pflegenden und den Angehörigen zu Unsicherheit führen (vgl. Becker et al. 2005, 109). Die empirische Untersuchung und Erfassung der Lebensqualität kann hier einen bedeutenden Beitrag leisten, den Pflegenden einen Indikator für gute Pflege zu liefern, der ihnen Sicherheit im Umgang mit demenzkranken Bewohnern und Bewohnerinnen gibt und damit zu einer Verbesserung der Pflegepraxis führen. Die Ergebnisse der einzelnen Projektphasen und Untersuchungen zeigen, dass durchaus Verbesserungen im Umgang mit Demenzkranken möglich sind. Es zeigte sich bspw., dass Pflegende nur wenige - für den Bewohner bzw. die Bewohnerin emotional bedeutsame, positive - Situationen nennen konnten. Hier besteht Verbesserungsbedarf, denn die Kenntnis von emotional bedeutsamen Situationen positiver Natur ist Grundlage für eine gezielte Verbesserung der emotionalen Grundstimmung von Bewohnern und Bewohnerinnen. Eine zukünftige Aufgabe der Forschung besteht somit darin, die Pflegenden mehr für positiv valente Situationen zu sensibilisieren, um positive Emotionen demenzkranker Bewohner und Bewohnerinnen zu fördern (vgl. Becker et al. 2005, 118) und damit die Lebensqualität zu verbessern.

Das Projekt H.I.L.DE. stellt die differenzierteste Form der Erfassung der Lebensqualität Demenzkranker dar, die in Deutschland bisher verwirklicht wurde (vgl. BMFSFJ 2008, 1). Diese Tatsache lässt vermuten, dass H.I.L.DE. auf große Akzeptanz im deutschsprachigen Raum stoßen wird, zumal hier keine Übersetzungsschwierigkeiten auftreten, wie es bei anderen Instrumenten, z. B. DCM oder RAI, oft bemängelt wird (vgl. Rüsing 2004, 29). Es muss folglich auch keine Anpassung an die Strukturen des deutschen Gesundheitssystems erfolgen. Die Bedeutung des Instrumentes wurde auch in der Bundesregierung erkannt, so dass sich das BMFSFJ zunächst bereit erklärte, die erste Projektphase mitzufinanzieren. Da die ersten Ergebnisse jedoch sehr vielversprechend waren, wurde auch die finanzielle Unterstützung der zweiten Projektphase durch das BMFSFJ zugesagt (vgl. Becker 2006, 9). Die Entwicklung von H.I.L.DE. ist noch nicht abgeschlossen. In der aktuellen Projektphase steht eine weitere Überarbeitung des Instrumentes an, wobei es hier v. a. um formale Aspekte geht. Die Handhabbarkeit und praktische Anwendung von H.I.L.DE. im Pflegealltag steht im Vordergrund. Mit diesem Hintergrund wird momentan auch ein Manual zur unabhängigen Durchführung von H.I.L.DE. entwickelt sowie ein Planungsheft, welches für die Dokumentation von ermittelten Interventionsbedarfen genutzt werden soll (vgl. Becker 2006, 10, 26). Dies lässt erkennen, dass auf eine größtmögliche Akzeptanz in der Pflegepraxis großen Wert gelegt wird.

Es wird deutlich, dass H.I.L.DE. sowohl ethische als auch berufspraktische Aspekte nicht außer Acht lässt. Das Instrument fördert sowohl die persönliche als auch die berufliche Reflexion des eigenen Handelns und leistet somit einen großen Beitrag zur Verbesserung der Pflegepraxis sowie zur beruflichen Zufriedenheit (vgl. Dialogzentrum Demenz 2008, 37). Gleichzeitig lässt sich auch ableiten, dass nicht nur jeder Einzelne und jede Einzelne, sondern auch die gesamte Gesellschaft ihr Bild vom „Älter werden“ überdenken muss. Kritisch angemerkt werden kann, dass die wirtschaftlichen Aspekte zu wenig beachtet werden. Es gibt keine Angaben über die Kosten, die für die Implementierung von H.I.L.DE. veranschlagt werden müssen. Trotz der wichtigen ethischen und berufspraktischen Diskussion sollten wirtschaftliche Aspekte nicht außer Acht gelassen werden. Vermutlich wurden darüber bislang noch keine Angaben gemacht, da H.I.L.DE. sich immer noch in der Erprobungsphase befindet und erst bei endgültiger Veröffentlichung auch finanzielle Aspekte vermehrt diskutiert werden können.

4.3.2 Standardisierung

Welche Vorteile eine Standardisierung von Assessmentinstrumenten mit sich bringt, wurde bereits unter Punkt 3.2 näher erläutert. Auch H.I.L.DE. kann inzwischen als ein standardisiertes Instrument bezeichnet werden. Die erste Version beinhaltete ausschließlich offene Interviews mit Angehörigen und Pflegenden, die von den Projektmitarbeitern und Projektmitarbeiterinnen selbst durchgeführt und aufwendig ausgewertet werden mussten. Dieser Umstand führte dazu, dass H.I.L.DE. zu einem standardisierten Fragebogen umgestaltet wurde. Die vereinfachte und veränderte Anwendung der neuen Version von H.I.L.DE. anhand eines Fragebogens beruht auf der Datenbasis der früheren Projektphasen (vgl. Becker 2006, 7). Die aus der ersten Version gewonnenen Informationen aus offenen Interviews mit Angehörigen und Pflegenden waren somit Grundlage für die Entwicklung des Fragebogens. So wird erkennbar, dass der Fragebogen nicht nur rein theoriebasiert entwickelt wurde, sondern auch Faktoren und Erfahrungswerte aus früheren Projektphasen berücksichtigt wurden, die Relevanz für die praktische Entwicklung des Fragebogens besitzen. Dadurch sollte – trotz Standardisierung und vermeintlichem Verlust von Individualität - eine größtmögliche Akzeptanz im Pflegealltag erreicht werden. Die Entwicklung eines standardisierten Fragebogens hatte zur Folge, dass natürlich auch die Antwortmöglichkeiten kategorisiert werden müssen. Diese Kategorien wurden ebenfalls aus dem zuvor gewonnenen Datenmaterial herausgefiltert, wobei hier die Häufigkeit der genannten Antworten ausschlaggebend war. Die Interviews wurden auf Inhalte analysiert, wobei ähnliche Antworten zu Kategorien zusammengefasst wurden, die schließlich zu Antwortmöglichkeiten im Fragebogen formuliert wurden. Die standardisierte Erhebungsform für die Gewinnung weiterer Daten wurde damit erheblich vereinfacht. Somit kann der

Fragebogen nun auch von den Pflegenden selbst, nach entsprechender Schulung, durchgeführt werden, so dass den Projektmitarbeitern und -mitarbeiterinnen mehr zeitliche Ressourcen für die Weiterentwicklung von H.I.L.DE. zur Verfügung stehen (vgl. Becker 2006, 8). Durch die Standardisierung kann H.I.L.DE. nun viel einfacher für weitere Forschungszwecke verwendet werden, da die Datengewinnung und –auswertung nun mit weniger Aufwand verbunden ist.

Eine weitere Standardisierung erfolgte durch die Entwicklung der Kompetenzgruppen. Die Merkmalvielfalt, die Menschen mit Demenz aufweisen, wird dadurch kategorisiert und standardisiert. Bewohner und Bewohnerinnen der jeweiligen Kompetenzgruppe haben innerhalb der Gruppe ähnliche Kompetenzen und können somit die gleichen Pflegemaßnahmen erfahren (vgl. Becker 2006, 15). Die Standardisierung der Beurteilung von Lebensqualität kann jedoch der Individualität jedes Bewohners und jeder Bewohnerin nicht gerecht werden, so dass letztendlich der professionelle Blick der Pflegenden der entscheidende Faktor für die Einleitung von Interventionen ist (vgl. Becker 2006, 27). Die Einleitung von Maßnahmen bzw. die Abschätzung der Lebensqualität ist immer noch Aufgabe der Pflegenden, die mit ihrer Erfahrung und Fachexpertise die Situation des einzelnen Bewohners und der einzelnen Bewohnerin adäquat einschätzen und beurteilen können, welche Pflegeinterventionen notwendig sind. Aus der Literatur wird somit ersichtlich, dass die Gefahr des „Schubladendenkens“ durch die Kompetenzgruppenbildung von den Entwicklern von H.I.L.DE. erkannt wurde. Es wird in der Literatur aber explizit darauf hingewiesen, dass dies nicht das Ziel sei.

Die Kompetenzgruppenbildung trägt nur zur realistischen Förderung der Lebensqualität bei (vgl. Becker 2006, 19). Durch die Einteilung in vier Kompetenzgruppen können unterschiedliche Pflegekonzepte erstellt werden, die eine individuellere Pflegeplanung ermöglichen. Ein Pflegekonzept für alle Menschen mit Demenz würde nicht der Individualität jedes Bewohners bzw. jeder Bewohnerin entsprechen und würde zu Unter- oder Überforderung führen. Die Kompetenzgruppenbildung macht es auch möglich, dass Bewohner und Bewohnerinnen mit niedrigerem Versorgungsaufwand ebenfalls in den Fokus der Pflegenden rücken. In der Realität der Pflegeeinrichtungen ist es oft so, dass die Gruppe der Bewohner und Bewohnerinnen mit hohem Pflegeaufwand viel kleiner ist als die Gruppe der verbleibenden Bewohner und Bewohnerinnen, ihnen aber am meisten Aufmerksamkeit geschenkt wird. Die Potentiale solcher Bewohnergruppen, die scheinbar weniger Aufmerksamkeit benötigen, werden nicht vollständig ausgeschöpft. Somit bietet der H.I.L.DE. – Ansatz die Möglichkeit, trotz Standardisierung, alle Bewohner und Bewohnerinnen mit Demenz und ihre unterschiedlichen Potentiale zu erfassen (vgl. Becker 2006, 19). Es

zeigt sich also, dass trotz Standardisierung die Individualität des Bewohners bzw. der Bewohnerin gewahrt werden kann, wenn die Pflegenden entsprechend sensibilisiert sind. Die Standardisierung kann sogar Vorteile schaffen, weil unscheinbare Bewohnergruppen mit vermeintlich weniger pflegerischem Aufwand von den Pflegenden besser wahrgenommen werden können. Die Gefahr des „Schubladendenkens“ durch eine Standardisierung wird bei H.I.L.DE. auch insoweit gebannt, als dass sämtliche Dimensionen immer anhand objektiver Kriterien sowie subjektiver Einschätzung durch die Pflegenden erfolgt. So wird bei der Erfassung der räumlichen Umwelt zunächst auf die Erfassung objektiver Umweltmerkmale Wert gelegt, wie z. B. Sicherheit, Orientierung und Gemütlichkeit, während im nächsten Schritt subjektive Merkmale erfasst werden sollen. Hierzu gehört z. B. die Dokumentation von Lieblingsplätzen des Bewohners und der Bewohnerin (vgl. Becker 2006, 21). Dieses Merkmal kann nur ganz bewohnerspezifisch erfasst werden, so dass die Individualität trotz Standardisierung bei H.I.L.DE. nicht verloren geht. Standardisierte Beurteilungskriterien für die Lebensqualität Demenzkranker können auch insofern sehr hilfreich sein, als dass den Pflegenden Sicherheit im Umgang mit den Betroffenen und mit anderen Berufsgruppen vermittelt wird. Sie können auf eine auf objektiven Fakten beruhende Einschätzung zurückgreifen, die für die Kommunikation, z. B. in Diskussionen mit anderen Berufsgruppen, eine fundierte Argumentationsgrundlage darstellen (vgl. Becker 2006, 27). Aus der vorangegangenen Diskussion wird somit ersichtlich, dass das Kriterium der Standardisierung bei H.I.L.DE. erfüllt ist, aber gleichzeitig bei den Entwicklern von H.I.L.DE. darauf geachtet wurde, die Individualität soweit wie möglich zu erhalten.

4.3.3 Integrierbarkeit in die Pflegeplanung

Trotz Standardisierung muss laut Bartholomeyczik und Halek die Möglichkeit bestehen, aus den gewonnenen Informationen individuelle und pflegepraxisrelevante Ziele und Interventionen ableiten zu können. Die gewonnenen Informationen müssen in die Pflegeplanung integrierbar sein (vgl. Bartholomeyczik, Halek 2004, 138). Durch H.I.L.DE. können bestehende – oft unterschätzte - Ressourcen von Demenzkranken erfasst werden. Gleichzeitig ermöglicht das Instrument auch, die emotionale Befindlichkeit und dadurch auch das Wohlbefinden positiv zu beeinflussen. Die Ressourcen – und ebenso die emotionale Befindlichkeit - werden sowohl von der räumlichen und sozialen Umwelt beeinflusst, wie auch durch entsprechende Pflegeinterventionen (vgl. Becker 2006, 12). Eine räumliche und soziale Umwelt, die anregende und motivierende Wirkung hat, ist ebenso entscheidend für Interventionsmaßnahmen wie ein entsprechendes Therapie- bzw. Pflegekonzept (vgl. Kruse 2006, 52). Die Lebensqualität von Bewohner und Bewohnerinnen mit Demenz kann durch H.I.L.DE. sehr differenziert erfasst und beurteilt werden. Dies erfordert aber auch eine vorherige intensive Auseinandersetzung mit der Situation und den

Emotionen der betroffenen Person, so dass dadurch viel leichter Interventionen geplant, durchgeführt und evaluiert werden können. Das Instrument einzusetzen bedeutet bereits, zu intervenieren (vgl. Kruse 2008, 74). Durch H.I.L.DE. werden Pflegende somit nicht nur auf mögliche pflegerische Interventionsmöglichkeiten aufmerksam gemacht, sondern werden auch zu sozialen, emotionalen und räumlichen Veränderungsmöglichkeiten hingeführt, die ebenfalls in der Pflegeplanung berücksichtigt werden sollten. Oft kann eine räumliche Veränderung schon ausreichen, damit sich der Bewohner bzw. die Bewohnerin wohler fühlt. Dadurch kann u. U. die Weglauftendenz vermindert werden und macht andere Pflegemaßnahmen, wie z. B. eine beruhigende Aromatherapie, überflüssig. H.I.L.DE. bietet somit eine Grundlage für die gezielte Einflussnahme auf die Lebensqualität von Bewohnern und Bewohnerinnen mit Demenz (vgl. Becker 2006, 12) und kann dadurch die Durchführung des Pflegeprozesses erleichtern. H.I.L.DE. ermöglicht nicht nur eine differenzierte Diagnostik der Lebensqualität, sondern kann eine an individuellen Möglichkeiten orientierte Pflegeplanung und -evaluation unterstützen (vgl. Becker et al. 2006, 352).

Durch die Bestimmung von Kompetenzgruppen kann ebenfalls ein Beitrag geleistet werden, eine Pflegeplanung systematischer zu gestalten, die langfristig die Lebensqualität der an Demenz erkrankten Menschen verbessert und sich zugleich auch auf die Arbeitszufriedenheit der Pflegenden positiv auswirkt. Die Kompetenzgruppenbestimmung kann auch als Grundlage für die Entwicklung differenzierter Pflegekonzepte genutzt werden (vgl. Kruse, Schmitt 2008, 81). Es könnte z. B. für jede Kompetenzgruppe ein Pflegekonzept entwickelt werden, in dem Ziele und Aufgaben klar definiert sind, eine angemessene Auswahl an Pflege- und Betreuungsangeboten getroffen wurde und Prioritäten geklärt wurden. Damit wird Pflege bei Menschen mit Demenz transparent und ermöglicht auch eine rechtliche Absicherung. Zugleich werden die Bewohner und Bewohnerinnen vor Überforderungen geschützt (vgl. Fünfstück, Oertel 2008, 82). Es zeigt sich also, dass H.I.L.DE. durchaus pflegerelevante Ergebnisse liefert, die zu einer Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit Demenz beitragen können und in die Pflegeplanung integriert werden können.

4.3.4 Vollständigkeit und Praktikabilität

Der Anspruch an Vollständigkeit und Praktikabilität scheint auf den ersten Blick nur schwer erfüllbar zu sein. Soll ein Instrument einen Inhalt, bei H.I.L.DE. wäre dies die Lebensqualität, vollständig abbilden, ist dies mit einem höherem – v. a. zeitlichem - Aufwand verbunden, der die Praktikabilität eines Instrumentes in Frage stellt. Hier handelt es sich um einen sehr hohen Anspruch, der voraussetzt, dass ein Instrument flexibel angewendet werden kann (vgl. Bartholomeyczik, Halek, 2004, 138).

Aus Punkt 2.2.7 wird ersichtlich, dass es sich bei H.I.L.DE. um ein Instrumentarium handelt, das sehr umfassende Informationen zur Lebensqualität demenzkranker Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen liefert (vgl. Becker et al. 2005, 119). Die Messung der acht Dimensionen von Lebensqualität erfolgt durch sehr unterschiedliche Methoden, welche medizinische Untersuchungen, Interviews mit Angehörigen sowie Bewohnern bzw. Bewohnerinnen und ökopyschologische Einschätzungen der räumlichen und sozialen Umwelt beinhaltet. Durch diese umfassende Untersuchung mit unterschiedlichen Methoden und unterschiedlichen Probanden sowie der subjektiven und objektiven Einschätzung der Pflegenden selbst ergeben sich sehr vielfältige Ergebnisse und Informationen. Die ersten Ergebnisse der H.I.L.DE. - Studie wurden auch zur Illustration der Potentiale eines solchen umfassenden Instrumentes genutzt (vgl. Becker et al. 2005, 108).

Der Vollständigkeit steht natürlich oft der Zeitfaktor bei der Durchführung gegenüber. Zu Beginn des Projektes war der Zeitaufwand zur Durchführung von H.I.L.DE. enorm, er betrug etwa zwei Tage pro Bewohner bzw. Bewohnerin. Dies ist aber darauf zurückzuführen, dass die Datenerhebung v. a. über Interviews, Beobachtungen, medizinische sowie diagnostische Untersuchungen in offener Form stattfand. Diese umfangreiche und zeitintensive Datenerhebung wurde auch als Problem von der Projektgruppe erkannt. Nach der Weiterentwicklung von H.I.L.DE. kann das Instrument nun als Fragebogen eigenständig von den Pflegenden angewendet werden, die Durchführung beträgt pro Bewohner bzw. Bewohnerin durchschnittlich zwei Stunden (vgl. Becker 2006, 5) an anderer Stelle wurde auch von ein bis eineinhalb Stunden berichtet (vgl. Becker 2006, 8). Diese zeitliche Straffung ermöglicht auch eine bessere Integrierbarkeit von H.I.L.DE. in den Pflegealltag. Zugleich ist ein standardisierter Fragebogen für die Pflegenden einfacher auszufüllen. In der weiteren Überarbeitung von H.I.L.DE. wurde auch auf Videoanalysen des mimischen Ausdrucks der Bewohner und Bewohnerinnen mit Demenz verzichtet, da dies im Pflegealltag nicht durchführbar gewesen wäre und daher bei den Pflegenden auf Ablehnung gestoßen wäre (vgl. Becker 2006, 9). Dies macht deutlich, dass die Praktikabilität ein wichtiges Kriterium bei der Entwicklung von H.I.L.DE. darstellt und hier sehr viel Wert auf die Meinung der Pflegenden gelegt wird. Den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen aus der Pflege kommt somit in der Entwicklung und Weiterentwicklung von H.I.L.DE. eine große Rolle zu, da sie die Erfordernisse eines solchen Instrumentes im Alltag der Pflege gut einschätzen können, und wichtige Informationen für die Gestaltung liefern können (vgl. Institut für Gerontologie 2008, 2). Somit kann die Praktikabilität für die Pflege – zumindest bei der Entwicklung von H.I.L.DE. - gewährleistet werden. Gleichzeitig finden sich momentan noch wenige Aussagen der Pflegenden über das Instrument und seine Praktikabilität bei der Anwendung, da H.I.L.DE. sich immer noch in der Erprobungsphase befindet

und bis jetzt der breiten Öffentlichkeit noch nicht zugänglich ist. Im Mittelpunkt der momentanen Projektphase steht die Verbesserung formaler Aspekte von H.I.L.DE., um eine sehr gute Handhabbarkeit und praktische Anwendung des Instrumentes gewährleisten zu können. Auch hier wird wieder großen Wert auf die Kooperation mit möglichst vielen Einrichtungen und deren Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Pflege gelegt. Durch einen Evaluationsbogen sollen die Vorzüge von H.I.L.DE., aber auch Verbesserungspotentiale erfasst werden, um Aussagen über die praktische Einsatzfähigkeit zu erhalten (vgl. Becker et al. 2006, 10).

Als Kritikpunkt für die Praktikabilität kann angemerkt werden, dass momentan noch kein Manual für die Durchführung von H.I.L.DE. zur Verfügung steht, so dass eine Einweisung in die Handhabung von H.I.L.DE. durch die Projektmitarbeiter und -mitarbeiterinnen erfolgt, was mit erheblichem Zeitaufwand verbunden ist. Im Fokus der momentanen Projektphase steht jedoch die Entwicklung eines Handbuchs, so dass die Anwendung von H.I.L.DE. für die Pflegenden unabhängig von Dritten selbstständig erfolgen kann (vgl. Becker 2006, 26). Inhalt dieses Handbuchs soll zunächst eine Art allgemeine Einführung in das emotionale Erleben demenzkranker Menschen sein sowie in die Erfassung von Basisemotionen, zu denen Angst, Freude, Ärger usw. zählen. Aber auch Grundlagen zum Phänomen Wohlbefinden werden vermittelt. Es erfolgt damit eine Art Grundlagen-schulung, um das Instrument anwenden zu können. Die Pflegenden müssen lernen, diese Basisemotionen zu erfassen. Sie müssen dazu befähigt werden, die Mimik der einzelnen Bewohner und Bewohnerinnen zu analysieren, um ein mimisches Ausdrucksmuster erstellen zu können. Wichtig ist auch, dass die Pflegenden sensibilisiert sind für Situationen, die positive und auch negative Emotionen bei den Bewohnern und Bewohnerinnen mit Demenz auslösen. Sie müssen diese beschreiben können und über entsprechendes Wissen verfügen, wie diese Situationen ausgelöst bzw. verhindert werden können (vgl. Kruse 2008, 74). Dieses notwendige umfangreiche Grundlagenwissen stellt in Frage, ob das Handbuch allein ausreichend ist, um ein so umfassendes Instrument wie H.I.L.DE. auch professionell anwenden zu können. Fraglich ist auch, wer für die Durchführung von H.I.L.DE. autorisiert wird. Aufgrund der Komplexität des Instrumentes ist es kritisch zu betrachten, ob Pflegehilfskräfte über das notwendige theoretische Grundwissen sowie entsprechende Kompetenzen verfügen, um H.I.L.DE. adäquat anwenden zu können. Vermutlich wird dies Aufgabe von examiniertem Pflegepersonal sein. In der Literatur finden sich darüber jedoch keine Angaben. Zugleich genügt Wissen allein zu H.I.L.DE. nicht aus, um die Lebensqualität demenzkranker Menschen fördern zu können. Es müssen Schulungen zu unterschiedlichen Themen durchgeführt werden, die im Kontext der Demenzerkrankung wichtig sind (vgl. Becker 2006, 5). Die Komplexität des Instrumentes

lässt vermuten, dass die Implementierung mit erheblichem Aufwand verbunden ist. Es geht aus der Literatur jedoch nicht hervor, welche Kosten für die Implementierung von H.I.L.DE veranschlagt werden müssen.

Dass H.I.L.DE. sehr umfangreich ist und natürlich auch mit einem gewissen Zeitaufwand verbunden ist, lässt sich nicht bestreiten. Gleichzeitig sollte aber der Kosten - Nutzen-Faktor durch den Einsatz von H.I.L.DE. nicht vernachlässigt werden. Zum einen dient H.I.L.DE. als Grundlage und Hilfe für die Diagnostik sowie für mögliche pflegerische Interventionen und Strategien. Zum anderen kann durch H.I.L.DE. zielgerichteter und sicherer gehandelt werden. Daneben sollte der Qualitätsaspekt nicht übersehen werden. Aufgrund des starken Konkurrenzdruckes auf dem stationären Pflegesektor könnte die Einführung und Durchführung von H.I.L.DE. auch eine Möglichkeit sein, sich als Pflegeeinrichtung zu profilieren. H.I.L.DE. könnte somit in der Zukunft auch ein Qualitätsmerkmal darstellen. Denn durch H.I.L.DE. kann sichtbar gemacht werden, was selbst für schwerkranke Menschen getan werden kann, damit sie wieder ein temporär zufriedenes Leben führen können. Es kann aufgezeigt werden, was gute Pflege ist, und damit auch der Gesellschaft vermittelt werden, was nötig ist, damit die Pflegenden ihre Arbeit mit entsprechender Qualität verrichten können (vgl. Kruse 2008, 75). Durch H.I.L.DE. lässt sich ein Verlauf der Lebensqualität abbilden, Erfolge können abgebildet und messbar gemacht werden. Gleichzeitig muss darauf hingewiesen werden, dass die Ergebnisse von H.I.L.DE. nicht als direkter Maßstab für die Pflegequalität einer Einrichtung verwendet werden können. (vgl. Becker 2006, 19). H.I.L.DE. kann nach kritischer Betrachtung der Literatur als ein sehr umfangreiches Instrument bezeichnet werden, das sämtliche definierten Dimensionen der Lebensqualität erfasst. Die umfangreiche Informationssammlung ist natürlich mit einem gewissen Aufwand verbunden, der sich jedoch – in Anbetracht der Fülle der Informationen, die man erhält – in Grenzen hält. Der Kosten – Nutzen – Faktor darf dabei nicht außer Acht gelassen werden.

In Zusammenhang mit der Praktikabilität steht natürlich auch die Akzeptanz eines solchen Instrumentes in der Pflegepraxis. Der Großteil der Forschungsarbeiten, die der Entwicklung des Instrumentes H.I.L.DE. vorausgegangen sind, wurde in enger Kooperation mit den Pflegenden der stationären Pflegeeinrichtungen gemacht. Das Instrument wurde in mehrjähriger Kooperation mit der Praxis entwickelt und getestet (vgl. Kruse 2008, 74). Dadurch sollte eine größtmögliche Akzeptanz im Pflegealltag erreicht werden (vgl. Becker 2006, 8). Auch die Vereinfachung und veränderte Anwendung der neuen Version von H.I.L.DE. anhand eines Fragebogens sollten einen Beitrag dazu leisten. Der standardisierte Fragebogen beruht auf einer Datenbasis der früheren Projektphasen. Die aus der

ersten Version gewonnenen Informationen aus offenen Interviews mit Angehörigen und Pflegenden waren somit Grundlage für die Entwicklung des Fragebogens. So wird erkennbar, dass der Fragebogen nicht nur rein theoriebasiert entwickelt wurde, sondern auch pflegepraktische Faktoren und Ergebnisse berücksichtigt wurden. Auch der Verzicht auf Videoanalysen sollte die Handhabung des Instrumentes in der Pflegepraxis vereinfachen und zu größerer Akzeptanz beitragen (vgl. Becker 2006, 7-8). In der Literatur findet sich momentan nur positive Resonanz der Pflegenden. Auch wenn die Stichprobe des Forschungsprojektes mit 97 Pflegenden relativ groß ist (vgl. Becker 2006, 10), muss dies jedoch kritisch betrachtet werden, da die positive Meinung nur von Pflegenden und Institutionen geäußert wurde, die an dem Projekt teilgenommen haben. Eine großflächige Verbreitung hat bis jetzt noch nicht stattgefunden, da das Projekt noch nicht abgeschlossen ist und erst 2009 nach Beendigung des Projektes mit einer Veröffentlichung von H.I.L.DE. zu rechnen ist. Ob eine großflächige Verbreitung und damit eine Akzeptanz des Instrumentes stattfindet, ist momentan noch nicht absehbar, obwohl sich inzwischen immer mehr Einrichtungen für H.I.L.DE. interessieren. Dies liegt auch daran, dass immer mehr Veröffentlichungen über H.I.L.DE. erscheinen. Es lassen sich einige Zeitschriftenartikel finden, jedoch noch keine Bücher, die sich mit H.I.L.DE. auseinandersetzen. Die Ergebnisse der einzelnen Projektphasen werden in Deutschland inzwischen auf unterschiedlichen Kongressen und Tagungen präsentiert, so dass die Öffentlichkeit immer auf den neuesten Stand gebracht wird, H.I.L.DE. dadurch besser kennenlernt und in fachliche Diskussionen aufnimmt. Dies ist sehr wichtig für eine flächendeckende Verbreitung und eine objektive Beurteilung des Instrumentes, denn momentan gibt es nur Veröffentlichungen über H.I.L.DE., die von den Entwicklern selbst geschrieben wurden. Eine objektive öffentliche Meinung anderer Vertreter der Pflegepraxis und der Pflegewissenschaft sowie anderer wissenschaftlicher Disziplinen ist momentan noch nicht vorzufinden. Erst nach der Veröffentlichung von H.I.L.DE. und dessen Implementierung in unabhängigen, objektiven Einrichtungen wird sich zeigen, inwieweit H.I.L.DE. wirklich praktikabel ist. Auf erste kritische Auseinandersetzungen darf man gespannt sein.

4.3.5 Kernkomponenten und Zusatzmodule

Als sehr erfolgsversprechend bezeichnen Bartholomeyczik und Halek Assessmentinstrumente, die aus einer Kernkomponente und zielgruppenspezifischen Zusatzinstrumenten bestehen (vgl. Bartholomeyczik, Halek, 2004, 138). Dieser Anforderung kann H.I.L.DE. insofern nicht gerecht werden, als dass H.I.L.DE. bereits ein zielgruppenspezifisches Instrument darstellt. Der Fokus ist ganz klar auf Menschen mit Demenz in stationären Pflegeeinrichtungen gelegt (vgl. Becker 2006, 3), so dass Zusatzmodule im Sinne von Bartho-

Iomeyczik und Halek aller Wahrscheinlichkeit nach keine weiteren zielgruppenspezifischen Informationen liefern können.

Bei näherer Betrachtung von H.I.L.DE. lassen sich zwar Kernkomponenten ermitteln, jedoch keine Zusatzmodule. Die Kernkomponenten in H.I.L.DE. lassen sich aus der Struktur des Instrumentes ableiten. Zum Instrument gehört zunächst ein Manual, in dem die vier verschiedenen Kompetenzgruppen genau beschrieben und erklärt sind (vgl. Kruse 2008, 74). Jeder Bewohner und jede Bewohnerin wird zunächst einer entsprechenden Kompetenzgruppe zugeordnet, wobei für die Zuordnung bestimmte Merkmale und deren Ausprägung entscheidend sind, wie z. B. der Demenzgrad, die Fähigkeiten im alltäglichen Leben, die soziale Teilhabe oder bestimmte Verhaltensauffälligkeiten (vgl. Becker 2006, 6). Für jede Kompetenzgruppe wurden im Vorfeld unterschiedliche Referenzwerte berechnet, die wichtig sind für die Auswertung der Daten der einzelnen Bewohner und Bewohnerinnen. Es werden zwar alle Bewohner und Bewohnerinnen auf gleiche Art und Weise mit H.I.L.DE. erfasst, die Qualität der Lebensumstände des einzelnen Bewohners bzw. der einzelnen Bewohnerin gewinnt aber erst an Aussagekraft, wenn diese mit der entsprechenden Kompetenzgruppe verglichen wird (vgl. Becker 2006, 19). Die Kompetenzgruppenzuordnung ist somit Grundlage für die abschließende Bewertung der Lebensqualität.

Nach der Kompetenzgruppenbestimmung wird zunächst die medizinische Versorgung und das Schmerzerleben des Bewohners bzw. der Bewohnerin erfasst. Die subjektiven und objektiven Umweltmerkmale stellen eine weitere Komponente in der Erfassung der Lebensqualität im Rahmen von H.I.L.DE. dar. Eine andere Komponente beurteilt die Aktivitäten des Bewohners bzw. der Bewohnerin. Hier geht es jedoch nicht nur um Quantität, sondern auch darum, ob diese Aktivitäten positive oder negative Emotionen hervorrufen. Der nächste Komplex beinhaltet die Analyse des sozialen Bezugssystems des Bewohners bzw. der Bewohnerin mit Demenz. Das soziale Bezugssystem stellt im Sinne der sozialen Umweltmerkmale auch eine Kernkomponente in H.I.L.DE. dar. Hier geht es um die Erfassung von wichtigen Bezugspersonen und deren emotionale Wirkung auf den Demenzkranken. Der umfänglichste Inhaltsbereich von H.I.L.DE. ist sicherlich die Erfassung der Emotionalität. Die Erfassung der subjektiven Befindlichkeit bzw. des emotionalen Erlebens ist die zentrale Dimension in H.I.L.DE. Sie wird als direkter Marker für die erlebte Lebensqualität der Bewohner und Bewohnerinnen mit Demenz verstanden. Hier werden neben der Beurteilung und Einschätzung der Lebenssituation der Bewohner und Bewohnerinnen auch direkte Beobachtungen von konkreten Alltagssituationen gefordert, um Stimmungslagen und subjektives Erleben erfassen zu können (vgl. Becker 2006, 6-7, 22).

Das Instrument gliedert sich somit neben der Kompetenzgruppenbestimmung in fünf Inhaltsbereiche. Weitere Zusatzkomponenten sind bei H.I.L.DE. nicht vorhanden. Da H.I.L.DE. sehr umfangreiche und umfassende Informationen zur Lebensqualität liefert und sämtliche Dimensionen von Lebensqualität zielgruppenspezifisch bereits durch entsprechende Instrumente erfasst wurden, ist es fraglich, ob weitere Zusatzmodule überhaupt sinnvoll sind bzw. noch weitere relevante Informationen liefern könnten.

Unter diesem Aspekt soll auch die Reichweite des Instrumentes diskutiert werden. Da sich H.I.L.DE. immer noch in der Erprobungsphase befindet, fand bislang keine flächendeckende Verbreitung statt. Momentan wird H.I.L.DE. nur in stationären Altenhilfeeinrichtungen erprobt, laut dem BMFSFJ soll das Instrument in naher Zukunft auch auf den ambulanten Bereich übertragen werden (vgl. BMFSFJ 2008, 1). Inwieweit H.I.L.DE. auch im Krankenhaussektor angewendet werden kann, ist aufgrund der Komplexität fraglich. Darüber lassen sich in der Literatur jedoch keine Aussagen finden. Die Reichweite des Instrumentes kann daher insgesamt noch als sehr beschränkt bezeichnet werden, inwieweit sich das nach der Veröffentlichung von H.I.L.DE. verändern wird, ist noch nicht absehbar.

4.3.6 Bündelung von Informationen

Die Bündelung von Informationen ermöglicht es, gesammelte Einzelinformationen zu kategorisieren, um eine Grundlage für die Zielformulierung zu schaffen (vgl. Bartholomeyczik, Halek, 2004, 138). Diese inhaltliche Zusammenfassung der Informationen erfolgt bei H.I.L.DE. anhand der fünf Komponenten, die bereits unter Punkt 2.2.5 dargestellt wurden, sowie der Kompetenzgruppenbestimmung. Die Kriterien „Kernkomponenten und Zusatzmodule“ sowie „Bündelung von Informationen“ scheinen in engem Zusammenhang zu stehen. Aufgrund der Komponenten, die Informationen zu bestimmten Themenkomplexen herausfiltern, erfolgt hier natürlich auch eine Bündelung der Informationen.

Durch die Kompetenzgruppenzuordnung erfolgt eine erste Bündelung von Informationen. Motivation für diese Clusterung war die Annahme, dass neben der kognitiven Beeinträchtigung auch noch andere Merkmale vorhanden sind, die das Verhalten von Bewohnern und Bewohnerinnen mit Demenz beeinflussen. Allein die Messung des kognitiven Zustandes anhand des MMST reicht nicht aus, um die Lebenssituation des Bewohners bzw. der Bewohnerin und sein bzw. ihr Erscheinungsbild adäquat beurteilen zu können. Aus diesem Grunde wurden die bereits vorhandenen Daten mit Hilfe einer Clusteranalyse mit Doppelkreuzvalidierung statistisch ausgewertet und vier Kompetenzgruppen gebildet. Diese Gruppen weisen jeweils ein spezifisches Muster von Merkmalen auf, die bereits unter Punkt 2.2.5 näher erläutert wurden. In diesen vier Kompetenzgruppen erfolgt somit

eine Bündelung von Merkmalen, die die jeweilige Kompetenzgruppe charakterisieren. Die Zuordnung des Bewohners bzw. der Bewohnerin zu einer Kompetenzgruppe soll die Erstellung eines individuellen Kompetenzprofils erleichtern. Die Zugehörigkeit zu einer Kompetenzgruppe macht die jeweiligen Kompetenzen des Bewohners bzw. der Bewohnerin schnell sichtbar. Auf der Basis der Kompetenzmerkmale können somit realistische Pflegeplanungen erstellt werden, in denen Pflegeziele an den Ressourcen des Bewohnerprofils ausgerichtet sind und somit auch realistisch erreicht werden können. Ein Zugehöriger bzw. eine Zugehörige zu Kompetenzgruppe 1 benötigt bspw. andere Pflegemaßnahmen als ein Angehöriger bzw. eine Angehörige der Kompetenzgruppe 3 (vgl. Becker 2006, 15). Zugleich muss kritisch angemerkt werden, dass durch diese Art von Informationsbündelung ein Stück Individualität des Bewohners bzw. der Bewohnerin mit Demenz verloren gehen kann. Individuelle Ressourcen oder Defizite können durch die Zuordnung zu einer Kompetenzgruppe nicht immer vollständig erfasst werden und gehen dann im weiteren Verlauf evtl. verloren.

Neben der Kompetenzgruppenbestimmung erfolgt eine Bündelung von Informationen auch anhand der fünf Komponenten in H.I.L.DE. Jede Kernkomponente beinhaltet einen Inhaltsbereich, zu dem Informationen in subjektiver und objektiver Form gewonnen werden. Die aus den einzelnen Kernkomponenten gewonnenen Kennwerte ergeben am Ende jedoch keinen Punktwert für „die“ Lebensqualität des Bewohners bzw. der Bewohnerin, sondern es entsteht ein Profil, das die Lebensqualität in allen erfassten Inhaltsbereichen abbildet (vgl. Becker 2006, 26). Die Kennzahlen der fünf Inhaltsbereiche müssen einzeln abgebildet werden, da ein Gesamtsummenscore den umfassenden Begriff der Lebensqualität nicht abbilden könnte. Gleichzeitig würde ein Gesamtsummenscore auch keine Rückschlüsse darüber zulassen, wo genau Defizite vorhanden sind. Somit könnten dann auch keine spezifischen Interventionen eingeleitet werden. Es hat den Anschein, als wurde diese Problematik bei H.I.L.DE. durch die Erstellung eines Profils bewusst vermieden (vgl. Becker 2006, 26).

Die Bündelung von Informationen anhand von Kompetenzgruppen bzw. den fünf Inhaltsbereichen von H.I.L.DE. vereinfachen somit die Zielformulierung im Pflegeprozess. Die Auswertung des individuellen Profils erfolgt mit Bezug auf die Referenzwerte der Kompetenzgruppe, die der Bewohner bzw. die Bewohnerin angehört. Somit kann eine positive oder negative Abweichung vom Mittelwert der Kompetenzgruppe ermittelt werden. Ob nun diese positive oder negative Abweichung Pflegeinterventionen nötig macht, kann H.I.L.DE. nicht ermitteln, dies liegt in der Hand der Pflegenden (vgl. Becker 2006, 26). Hier wird explizit darauf hingewiesen, dass H.I.L.DE. nicht in der Lage ist, den gesamten

Pflegeprozess abzubilden. H.I.L.DE. bietet die Möglichkeit, Ressourcen und Defizite zu erfassen und daraus entsprechende Ziele abzuleiten, es ersetzt jedoch nicht den Denkprozess der Pflegenden (vgl. Becker 2006, 27).

4.3.7 Definition von Pflegebedürftigkeit

Bartholomeyczik und Halek stellen an Assessmentinstrumente die Forderung, dass sie eine Definition von Pflegebedürftigkeit beinhalten müssen (vgl. Bartholomeyczik, Halek, 2004, 138). Dabei ist zu beachten, dass bei der Entwicklung der Kriterien die beiden Autorinnen Assessmentinstrumente im Blickfeld hatten, die auf die Bestimmung von Pflegebedürftigkeit abzielen. Grundlage für die Bestimmung von Pflegebedürftigkeit ist eine vorherige Definition des Begriffes. Die Definition zeigt auf, was genau mit Pflegebedürftigkeit gemeint ist und erklärt somit auch den inhaltlichen Aufbau des Instrumentes. Ziel ist schließlich die Bestimmung der Pflegebedürftigkeit, die nur genau erfasst werden kann, wenn auch klar hervor geht, was mit dem Begriff gemeint ist. In dieser Bachelorarbeit werden jedoch keine Assessmentinstrumente betrachtet, die die Pflegebedürftigkeit erfassen. Ziel sowohl von DCM als auch von H.I.L.DE. ist die Erfassung von Lebensqualität. Wie unter Punkt 3.3 bereits erwähnt, können die Kriterien allgemein auf andere Assessmentinstrumente übertragen werden, es bedarf u. U. jedoch manchmal einer gewissen Übertragung. Ziel und zentraler Inhalt von H.I.L.DE. ist die Erfassung von Lebensqualität, so dass - entsprechend dem Kriterium von Bartholomeyczik und Halek – dem Instrument eine Definition von Lebensqualität zugrunde liegen muss.

Für H.I.L.DE. liegt eine Definition von Lebensqualität zugrunde, die maßgeblich von Lawtons vorgeschlagener Definition zur Lebensqualität beeinflusst ist. Die sich aus der Definition von Lawton ableitenden vier Dimensionen von Lebensqualität wurden für H.I.L.DE. weiter differenziert, so dass bei H.I.L.DE. von einem multidimensionalen Verständnis von Lebensqualität ausgegangen wird, welches sich aus acht Dimensionen zusammensetzt. Diese acht Dimensionen werden bei H.I.L.DE. durch entsprechende Assessments operationalisiert und somit inhaltlich erfasst (vgl. Becker et al. 2005, 109). Es wird ersichtlich, dass die Definition von Lebensqualität bereits auf einem theoretischen Hintergrund beruht, in der Konzeptionsphase von H.I.L.DE. noch weiter differenziert wurde, und auch als Grundlage für die entsprechende inhaltliche Entwicklung von H.I.L.DE. genutzt wurde.

Hervorzuheben ist auch, dass es sich bei H.I.L.DE. um ein mehrdimensionales Verständnis von Lebensqualität handelt und die Dimensionen bzw. deren Konstellationen zueinander dargestellt werden. Aus anderen Definitionsversuchen geht hervor, dass empirische Zusammenhänge zwischen den einzelnen differenzierten Dimensionen konzeptuell nur

selten abgebildet werden. Diese Kritik wurde bei H.I.L.DE. berücksichtigt und die theoretische Konzeption von Lebensqualität im Sinne einer Konstellation von person- und umweltbezogenen, materiellen und immateriellen Ressourcen sowie subjektivem Wohlbefinden charakterisiert (vgl. Becker et al. 2006, 350). Die Analyse der empirischen Zusammenhänge zwischen den einzelnen Dimensionen ergab, dass Person- und Umweltmerkmale nicht isoliert oder additiv betrachtet werden dürfen, sondern in ihrer jeweiligen Bedeutung voneinander abhängen. Sind vermehrt persönliche Ressourcen z. B. in kognitiver Form vorhanden, können Defizite aus der Umwelt besser kompensiert werden. Sind die persönlichen Ressourcen sehr gering, können die Umweltmerkmale einen größeren Beitrag zur Lebensqualität demenzkranker Menschen leisten. Je nach individueller Lage des Menschen mit Demenz, lassen sich somit unterschiedliche Wertigkeiten beschreiben (vgl. Becker et al. 2006, 350-352).

4.3.8 Theorie- und empiriebasierte Inhalte

Die Theorie- bzw. Empiriebasierung von Assessmentinstrumenten spielt v. a. deshalb eine große Rolle, weil viele Instrumente in der Vergangenheit nur damit begründet wurden, dass sich die Notwendigkeit dafür aus der Praxis ergab. Eine theorie- bzw. empiriebasierte Begründung liegt nur selten vor (vgl. Bartholomeyczik, Hunstein 2006, 317).

In H.I.L.DE. kann positiv hervorgehoben werden, dass eine sehr differenzierte Definition von Lebensqualität vorliegt, die auf dem Modell der Lebensqualität von Lawton beruht. Lawton hat aus seinen empirischen Arbeiten über die Lebensqualität demenzkranker Menschen eine Definition zu Lebensqualität abgeleitet, die Grundlage war für die theoretische Entwicklung von H.I.L.DE. und dort weiter differenziert wurde (vgl. Becker et al. 2005, 109). Es entstand somit ein tragfähiges Modell der Lebensqualität, das auf wissenschaftlich fundierten Konzepten beruht (vgl. Becker 2006, 6). Das Modell der Lebensqualität in H.I.L.DE. kann somit als theoriebasiert bezeichnet werden. Gleichzeitig ist weiteres Ziel des Forschungsprojektes, eine relative Gewichtung der einzelnen Dimensionen zu analysieren (vgl. Institut für Gerontologie 2008, 2), so dass das Modell in naher Zukunft auch durch empirische Ergebnisse gestützt wird.

Aus der Literatur wurde auch ersichtlich, dass es bereits vor der Entwicklung von H.I.L.DE. einige deutschsprachige Veröffentlichungen zum Thema „Lebensqualität bei Menschen mit Demenz“ gibt, die die Gestaltung von H.I.L.DE. maßgeblich beeinflusst haben. Gleichwohl ist festzustellen, dass empirische Untersuchungen zu diesem Thema in Deutschland Mangelware sind (vgl. Institut für Gerontologie 2008, 1). Das Institut für Gerontologie an der Universität Heidelberg hat in den letzten Jahren einige Untersuchun-

gen durchgeführt, die sich mit dem Thema „Lebensqualität“ auseinandersetzen. Dabei ging es vor allem um die Erfassung der Mimik bei demenzkranken Altenpflegeheimbewohnern und -bewohnerinnen. Eine Studie brachte zum Ausdruck, dass auch bei einer weit fortgeschrittenen Form der Demenz ein differenziertes emotionales Erleben vorzufinden ist. Die Emotionen Freude, Traurigkeit, Ärger und Wohlbefinden wurden dabei auf die Häufigkeit ihres Auftretens untersucht, sowie die Umstände, die zu diesen Emotionen geführt haben. Es zeigte sich, dass Freude v. a. durch Zuwendung und persönliche Ansprache hervorgerufen wird. Dies macht deutlich, dass die Kommunikation einen besonderen Einfluss auf die Lebensqualität von Menschen mit Demenz besitzt und eine individuenzentrierte Betreuung und Pflege hier von Vorteil ist. In dieser Studie zeigte sich auch, dass die Art der Alltagsgestaltung – hier v. a. die Aufrechterhaltung einer gewissen Selbständigkeit und Autonomie - großen Einfluss auf das Wohlbefinden und somit auf die Lebensqualität hat. Die Emotion Ärger trat v. a. dann auf, wenn demenzkranke Menschen zu einem bestimmten Verhalten gedrängt wurden. Dies macht deutlich, dass der Umwelt eine wichtige Bedeutung in Bezug auf die Emotion Ärger zukommt. In dieser Studie wurde auch untersucht, inwieweit die Pflegenden Maßnahmen zur Auslösung von positiven Emotionen und zur Vermeidung von negativen Emotionen kennen und einsetzen (vgl. Kruse 2004, 10-16; Bär et al. 2003, 454-462). Die Ergebnisse dieser Studie konnten auch für das Projekt H.I.L.DE. genutzt werden. Kritisch anzumerken ist, dass die vorangegangene Studie nur mit weiblichen Probanden durchgeführt wurde. Es ist somit fraglich, ob die Ergebnisse auch auf eine gemischte Probandengruppe mit Frauen und Männern übertragbar ist oder ob hier geschlechtsspezifische Unterschiede vorhanden sind (vgl. Bär et al. 2003, 454-462).

Neben den Ergebnissen konnte auch die Erhebungsmethode der Studie für H.I.L.DE. genutzt werden. Es handelt sich dabei um das FACS, ein sehr aufwändiges Analyseverfahren, mit dem alle sichtbaren mimischen Bewegungen erfasst werden können. FACS wird als ein sehr objektives und erfassungsgenaueres Kodiersystem bezeichnet, das auch keine Interpretation im Hinblick auf das Erleben von Emotionen zulässt (vgl. Re 2003, 449-450). Das FACS wurde in H.I.L.DE. zwar nicht direkt übernommen, die Erfahrungen bei der Anwendung der Methode in dieser Studie hatten jedoch Einfluss auf die Entwicklung von H.I.L.DE.. So konnten die gesammelten Erfahrungen bei der Anwendung von FACS für die Erfassung des subjektiven Erlebens und der emotionalen Befindlichkeit in H.I.L.DE. durch die AARS, ein weiteres Kodiersystem für die Erfassung von Mimik, genutzt werden (vgl. Becker et al. 2005, 118). Es wird somit ersichtlich, dass man bei der Entwicklung von H.I.L.DE. bzw. bei der Operationalisierung der einzelnen Dimensionen von Lebensqualität auf bereits bestehende Instrumente zurückgegriffen wird (vgl. Institut für Gerontologie

2008, 2), die in der Praxis erprobt sind und somit ihre Möglichkeiten und Grenzen schon bekannt sind. Dies trifft nicht nur auf die Erfassung der emotionalen Befindlichkeit zu, sondern auch auf sämtliche anderen Dimensionen. Es wird somit deutlich, dass die Entwicklung von H.I.L.DE. empirie- und theoriebasiert stattfand. Auch die vereinfachte Anwendung von H.I.L.DE. anhand eines Fragebogens wurde nicht ohne wissenschaftliche Fundierung durchgeführt, sondern beruht auf empirischen Ergebnissen. Wie bereits erläutert, wurde der Fragebogen mit Hilfe der Datenbasis von früheren Projektphasen entwickelt. Die Antworten aus den offenen Interviews wurden in inhaltlich sinnvolle Kategorien eingeteilt, so dass H.I.L.DE. nun aus einem Fragebogen mit vorformulierten Antwortmöglichkeiten auf eine Frage besteht (vgl. Becker 2006, 8). Die Kategorisierung beruht auf Ergebnissen der ersten Projektphasen und kann als empiriebasiert bezeichnet werden.

Durch die Anwendung von H.I.L.DE. konnte in der ersten Projektphase sehr umfassende empirische Untersuchung stattfinden. Es erfolgte die Messung der acht Dimensionen der Lebensqualität durch sehr unterschiedliche Methoden, welche gerontopsychiatrische Untersuchungen, Interviews mit Pflegenden, Angehörigen und Bewohner bzw. Bewohnerinnen selbst sowie ökopsychologische Einschätzungen der räumlichen Umwelt und Analysen der Pflegedokumentation beinhaltete. Durch diese umfassende Untersuchung mit unterschiedlichen Methoden und unterschiedlichen Probanden ergaben sich sehr umfassende Ergebnisse und Informationen, so dass die ersten empirischen Ergebnisse der H.I.L.DE. - Studie zur Illustration der Potentiale eines solchen umfassenden Instrumentes genutzt werden konnten (vgl. Becker et al. 2005, 108), wie an mehreren Beispielen erläutert werden soll.

Die Analyse der sozialen Umwelt zeigte, dass v. a. Familienmitglieder und professionelle Helfer und auch bereits verstorbene Personen für Menschen mit Demenz eine große Bedeutung haben. Wichtig ist aber auch, dass diese hohe emotionale Bedeutsamkeit nicht nur positiver Art ist, sondern auch eine negative Wirkung haben kann (vgl. Becker et al. 2005, 112). Trotzdem hat jede Art sozialer Kontakte für Demenzkranke eine große Bedeutung. Auch die Auseinandersetzung mit anderen Mitbewohnern und Mitbewohnerinnen kann eine Stimulationsquelle für den Alltag bedeuten, welche wiederum das durchaus positive Gefühl auslöst, am sozialen Geschehen beteiligt zu sein. Aus dieser Tatsache heraus sollte man die generelle Forderung nach der Unterbringung demenzkranker Menschen in Einzelzimmer kritisch überdenken. Da Verstorbene eine ebenfalls wichtige Rolle in sozialen Umwelt des Demenzkranken bzw. der Demenzkranken einnehmen, wird auch die Bedeutung einer genauen Biografiearbeit in der Arbeit mit Menschen mit Demenz ersichtlich. Die Informationen über frühere soziale Kontakte können zur Stimulation positiver

Emotionen genutzt werden und daher einen wichtigen Beitrag zur Lebensqualität demenzkranker Menschen beitragen (vgl. Becker et al. 2005, 120).

Die Betreuungsqualität wurde v. a. über die Merkmale „Qualifikation der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen“ und „Schmerzerleben“ definiert. Dabei konnte festgestellt werden, dass die Fachkraftquote überdurchschnittlich hoch war. Gleichzeitig hatten nur acht der befragten Pflegenden eine gerontopsychiatrische Weiterbildung. Dies lässt ein Defizit bei gerontopsychiatrischen Kenntnissen vermuten, welches auch die Lücken bei der Diagnostik und Behandlung der Bewohner und Bewohnerinnen mit Demenz erklären könnte (vgl. Becker et al. 2005, 113). Geeignete Weiterbildungsangebote könnten dieses Defizit verbessern (vgl. Becker et al. 2005, 120). Die bislang vorliegenden Erkenntnisse zum Schmerzerleben der Bewohner und Bewohnerinnen mit Demenz zeigen, dass Angehörige eher Schmerzen vermuten und diese auch stärker einstufen als dies Pflegende tun (vgl. Becker et al. 2005, 113). Dies lässt vermuten, dass Pflegende nur wenig für Bedürfnisse der demenzkranken Bewohner und Bewohnerinnen sensibilisiert sind (vgl. Becker et al. 2005, 120) und hier Verbesserungspotential besteht.

Die Dimension des medizinisch-funktionalen Status wurde anhand mehrerer geriatrischer Untersuchungen analysiert, wobei festgestellt werden konnte, dass sich die Bewohner und Bewohnerinnen in einem guten Allgemein- und Ernährungszustand befanden. Anhand der vorliegenden Zahlen kann davon ausgegangen werden, dass die allgemeine pflegerische Versorgung in den Heimen insgesamt als gut bewertet werden kann. Der Allgemeinzustand wurde bei 63 Prozent als gut eingestuft, lediglich bei vier Prozent als schlecht. Dabei unterschieden sich leicht Demenzkranke nicht signifikant von Bewohnern und Bewohnerinnen mit schwerer Demenz. Durch die Analyse des kognitiven Status ergab sich ein Verteilungsmuster der unterschiedlichen Schweregrade einer Demenz, die die in der Öffentlichkeit diskutierte Situation widerspiegelt. Es ist festzustellen, dass in den Pflegeeinrichtungen die Versorgung schwer Demenzkranker zunimmt. Die Analyse zeigte weiterhin, dass 89 Prozent der Bewohner und Bewohnerinnen mit Demenz unter nicht-kognitiven Störungen bzw. einer psychiatrischen Auffälligkeit leiden. Hier ist neben der Apathie, Erregung und der motorischen Unruhe am häufigsten eine Depression zu nennen. Die Schwere der nicht-kognitiven Störungen nimmt mit fortschreitender Demenz zu (vgl. Becker et al. 2005, 114). Die aufgezeigten Ergebnisse spiegeln zum einen die in der Öffentlichkeit diskutierte Lage wider und können empirisch belegt werden, zum anderen ergeben sich für die Praxis ganz klare Verbesserungsbedarfe, die auf einer empirischen Grundlage beruhen.

Kritisch anzumerken ist, dass bei H.I.L.DE. nicht auf eine Pflege Theorie zurückgegriffen werden kann. Das Instrument ist zwar theoriegeleitet, jedoch hat es keinen explizit formulierten pflegewissenschaftlichen Hintergrund. Dies liegt daran, dass H.I.L.DE. von Gerontologen entwickelt wurde, die die Bedürfnisse der Bewohner und Bewohnerinnen aus einem anderen Blickwinkel betrachten als es die Pflegewissenschaft tut. Trotz eines anderen wissenschaftlichen Hintergrundes ist der Wert für die Pflegepraxis und die Pflegewissenschaft enorm. Durch unterschiedliche Betrachtungsweisen der Pflegebedürftigkeit kann die Diskussion um eine adäquate Versorgung von älteren Menschen in beiden Disziplinen nur bereichernd sein. Die Pflegewissenschaft kann bspw. durch die Gerontologie eine differenziertere Sichtweise auf ältere Menschen gewinnen. Die Person – Umwelt – Faktoren rücken in der Gerontologie mehr in den Vordergrund. Die Gerontologie kann der Pflege vermitteln, dass die Pflegesituation im Alter von unterschiedlichen Faktoren abhängig ist (vgl. Brandenburg 2001, 136). Trotz gewisser Unterschiede gibt es gemeinsame Schnittstellen zwischen Gerontologie und Pflegewissenschaft:

„[...] lassen sich gemeinsame Themenfelder identifizieren. Es handelt sich um die Problematik des Wissens, der Einstellung und des Verhaltens von Pflegenden gegenüber älteren Menschen, die Planung, Realisierung und Evaluation von auf die Bedürfnisse älterer Menschen ausgerichteten Pflege- und Versorgungsangeboten und um Möglichkeiten und Grenzen der Kooperation von Ärzten, Pflegenden und anderen therapeutischen Gruppen im Gesundheitswesen.“ (Brandenburg 2001, 136)

H.I.L.DE. ermöglicht durch die enge Kooperation mit der Pflegepraxis eine disziplinübergreifende Zusammenarbeit, ein vermehrter Austausch mit der Pflegewissenschaft über Forschungsergebnisse könnte stattfinden. Die Notwendigkeit gemeinsamer Forschungsprojekte zwischen Gerontologie und Pflegewissenschaft steht außer Frage, um eine adäquate Pflege älterer Menschen gewährleisten zu können (vgl. Brandenburg 2001, 137).

4.3.9 Teststatistische Angaben

Damit pflegerisches Handeln transparent und bewertbar ist, müssen Assessmentinstrumente wissenschaftlich getestet sein. In diesem Zusammenhang spielen die Interrater-Reliabilität, die Retest-Reliabilität sowie die Validität als maßgebliche Gütekriterien für Assessmentinstrumente eine bedeutende Rolle (vgl. Bartholomeyczik, Hunstein 2006, 317).

In Bezug auf teststatistische Angaben wurde bei H.I.L.DE. großen Wert auf eine repräsentative Stichprobe gelegt, die für die erste Entwicklung und Erprobung von H.I.L.DE. gewählt wurde. Die erste Projektphase wurde in Zusammenarbeit mit elf Pflegeeinrichtungen

unterschiedlicher Trägerschaft im ganzen Bundesgebiet durchgeführt. An der ersten Projektphase haben 121 demenzkranke Heimbewohner und -bewohnerinnen, 101 Angehörige und 97 Pflegende teilgenommen. Von insgesamt 210 angesprochenen Heimbewohnern und Heimbewohnerinnen verweigerten 19 Personen die Teilnahme, was v. a. auf körperliche Erkrankungen oder die Ablehnung von Videoaufzeichnungen zurückzuführen war. Von diesen 210 möglichen Probanden konnten 45 Personen nicht in die Studie mit aufgenommen werden, da bei ihnen keine Demenz vorlag oder zusätzliche psychische Erkrankungen ersichtlich waren. Diese Merkmale hätten die Homogenität der Stichprobe erheblich beeinträchtigt. Es wurde außerdem auf Bewohner und Bewohnerinnen verzichtet, die bettlägerig waren oder keine Reaktionen auf ihre Umwelt zeigten. Weitere 25 Personen, die zunächst ihre Einverständnis zur Teilnahme gaben, konnten nicht in die Studie miteinbezogen werden, da sie verstorben waren, die weitere Teilnahme nach dem ersten Kontakt verweigerten oder so schwer erkrankt waren, dass eine Teilnahme am H.I.L.DE.-Projekt nicht zumutbar war. Somit konnten insgesamt 121 Bewohner und Bewohnerinnen mit Demenz in die erste Projektphase aufgenommen werden. Von diesen 121 Probanden waren 98 Frauen und 23 Männer mit einem Altersdurchschnitt von 84,9 Jahren und einer Altersspanne von 64 bis 96 Jahren. Alle Probanden lebte durchschnittlich drei oder mehr Jahre in der Einrichtung. Die 121 ausgewählten Probanden unterschieden sich statistisch kaum von den Personen, die aufgrund der genannten Gründe nicht am Projekt teilnehmen konnten. Daraus wird ersichtlich, dass mögliche Selektionseffekte berücksichtigt wurden und die teilnehmende Probandengruppe daraufhin analysiert wurde. Bei den Bewohnern und Bewohnerinnen erfolgte dann eine ätiologische Zuordnung ihrer Demenz, wobei 65 Prozent an einer Alzheimer-Demenz, 20 Prozent an einer vaskulären Demenz und 15 Prozent an einer Demenz mit anderer Ursache erkrankt waren. Es zeigte sich, dass die Häufigkeitsverteilung mit zahlreichen epidemiologischen Studien übereinstimmt. Aufgrund der genannten Fakten kann man davon ausgehen, dass es sich bei den Bewohnern und Bewohnerinnen um eine repräsentative Stichprobe handelt. Die Stichprobe der Pflegenden umfasste 81 Frauen und 16 Männer. Sämtliche Pflegenden waren fest angestellt und mindestens 50 Prozent-Kräfte. Für die Angehörigeninterviews wurden die Personen hinzugezogen, die von den Pflegenden als Bezugspersonen genannt wurden und regelmäßig Kontakt – d. h. mindestens einmal pro Monat - zu den Bewohnern und Bewohnerinnen mit Demenz haben. Insgesamt wurden 101 Angehörige befragt, wobei es sich in der Mehrzahl um Kinder bzw. Schwiegerkinder handelte. Weitere Probanden waren Geschwister der Betroffenen, Betreuer und Angehörige mit weiteren verwandtschaftlichen oder anderen Bezugspunkten, z. B. Nichten bzw. Neffen oder Besuchsdienst (vgl. Becker et al. 2005, 110-111). Zu diesen Probanden werden in der Literatur jedoch keine weiteren Angaben gemacht. Es ist fraglich, inwieweit diese Stichproben repräsentativ sind. Jedoch

lässt die Wahl der Pflegenden und Angehörigen vermuten, dass besonderen Wert auf eine kontinuierliche Beziehung zu den Bewohnern und Bewohnerinnen mit Demenz gelegt wurde. Um die Dimensionen der Lebensqualität der Bewohner und Bewohnerinnen umfassend und adäquat erfassen zu können, ist dies sicherlich sehr wichtig.

Positiv hervorzuheben ist bei H.I.L.DE., dass sämtliche Instrumente zur Erfassung der einzelnen Dimensionen von Lebensqualität bereits in der Praxis erprobt waren und auf Validität und Reliabilität getestet waren. So wird z. B. für die Erfassung der Psychopathologie sowie der Verhaltensauffälligkeiten in der ersten Projektphase mit dem NPI gearbeitet, der ein verbreitetes und valides Instrument zur Erfassung nicht-kognitiver Symptome bei Demenzkranken darstellt. Auch die AES stellt ein valides Instrument zur differenzierten Einschätzung der Apathie dar (vgl. Becker et al. 2005, 116-117).

Die zentrale Dimension bei H.I.L.DE. ist die Erfassung eines differenzierten emotionalen Erlebens, das selbst bei fortgeschrittener Demenz noch erhalten bleibt (vgl. Becker et al. 2005, 116-117). Aufgrund der Wichtigkeit dieser Dimension wurde auch großen Wert auf eine gute Validität und Reliabilität des Instrumentes zur Erfassung dieser Dimension gelegt. Zur Analyse des emotionalen Erlebens wurde zunächst die FACS und parallel die AARS eingesetzt. Da das FACS als valide bezeichnet werden kann, jedoch sehr zeitaufwändig ist, sollte es durch die AARS ersetzt werden, die einfacher zu erlernen ist, um die Praktikabilität von H.I.L.DE. zu gewährleisten. Dafür musste aber zunächst die Validität von AARS nachgewiesen werden. Es konnte festgestellt werden, dass die AARS eine hohe Interrater-Reliabilität aufweist und eine gute Retest-Reliabilität besteht. Gleichzeitig bestand eine hohe Übereinstimmung der Ergebnisse von FACS und AARS, so dass die AARS als valide und reliabel bezeichnet werden kann. Die AARS kann somit mit hoher Wahrscheinlichkeit die jeweiligen Emotionen richtig identifizieren und klassifizieren. Zudem bietet die AARS den Vorteil, dass in der AARS für H.I.L.DE. wichtige Beobachtungseinheiten vorkommen, wie bspw. „Wohlbefinden“ oder „Apathie“, die im FACS nicht vorkommen. Ein Nachteil der AARS ist jedoch, dass sehr feine, gering ausgeprägte Gesichtsbewegungen in der direkten Beobachtungssituation nicht erfasst werden konnten (vgl. Becker et al. 2005, 120). Berechtigt in diesem Zusammenhang ist auch die allgemeine Kritik an Beobachtungsinstrumenten bzw. -methoden, dass eine Beobachtung immer auch eine Interpretation beinhalten kann. Das FACS bzw. die AARS gilt jedoch als ein objektives und erfassungsgenaueres Kodiersystem, so dass die Objektivität und damit auch die Validität dadurch nicht gefährdet ist (vgl. Re 2003, 450). Zugleich stellt sich die Frage, inwieweit bei der Überprüfung auch der Hawthorne-Effekt berücksichtigt wurde. Darüber finden sich in der Literatur jedoch keine Angaben. Die AARS stellt aus Sicht der Entwick-

ler von H.I.L.DE. ein Instrument dar, das sich zur Operationalisierung der zentralen Dimension von Lebensqualität bei Menschen mit Demenz nach Prüfung der teststatistischen Gütekriterien eignet (vgl. Becker et al. 2005, 120). Gleichzeitig findet eine Validierung nicht nur bei der Entwicklung von H.I.L.DE. statt, sondern auch bei der Durchführung von H.I.L.DE. in der ersten Erprobungsphase. So wurde das emotionale Erleben der Bewohner und Bewohnerinnen durch eine objektive Analyse des mimischen Ausdrucks anhand der AARS erhoben, gleichzeitig wurden aber auch die Pflegenden anhand von Interviews befragt, welche emotionalen Ausdrucksmuster in spezifischen Situationen erkennbar sind. Durch die Methode der AARS, konnten die Daten aus den Interviews mit den Aussagen der Pflegenden validiert werden. Die per AARS erfassten mimischen Ausdrucksmuster wurden mit den Inhalten der Interviews in Beziehung gesetzt. Somit konnte sichergestellt werden, dass die mit der AARS gewonnenen Erkenntnisse auch durch geeignete Außenkriterien, hier die Interviews, gestützt werden (vgl. Institut für Gerontologie 2008, 3).

Auch die Kompetenzgruppenclusterung während der Weiterentwicklung von H.I.L.DE. genügt teststatistischen Anforderungen:

„Insgesamt sind die extrahierten Kompetenzcluster als eine inhaltlich gut differenzierbare und hinreichend stabile syndromorientierte Ordnung der erfassten Bewohner einzuschätzen.“ (Becker et al. 2006, 355)

Es zeigt sich somit, dass die teststatistischen Gütekriterien während der gesamten Entwicklung von H.I.L.DE. berücksichtigt werden. Momentan befindet sich H.I.L.DE. in der zweiten Förderphase, in der das Instrument auf nochmals auf teststatistische Kriterien, v. a. auf Zuverlässigkeit und Sensitivität für Veränderungen, untersucht wird. Erste Ergebnisse sind jedoch noch nicht veröffentlicht worden (vgl. Becker 2006, 5). Kritisch angemerkt werden muss jedoch, dass die teststatistischen Kriterien ausschließlich von den Entwicklern von H.I.L.DE. selbst überprüft wurden, und eine wirklich objektive Betrachtung daher in Frage gestellt werden könnte.

5 DCM und H.I.L.DE. im Vergleich

Die vorangegangene Analyse der Instrumente DCM und H.I.L.DE. erfolgte kriteriengeleitet. Dafür wurden Kriterien aus der Pflegewissenschaft benutzt, die für die Bewertung von Assessmentinstrumenten in der Pflege verwendet werden (vgl. Bartholomeyczik, Halek 2004, 138; Bartholomeyczik, Hunstein 2006, 317), da eine hohe Äquivalenz zwischen den Zielen von Assessmentinstrumenten sowie den Zielen von DCM (vgl. Innes 2004, 15; Strunk-Richter 2001, 466) und H.I.L.DE. (vgl. Kruse, Schmitt 2008, 77-79; BMFSFJ 2008, 1) nachgewiesen wurde. Nach intensiver Auseinandersetzung mit den beiden Instrumenten kann die Einschätzung erfolgen, dass DCM und H.I.L.DE. den Anforderungskriterien

für Assessmentinstrumente nach Bartholomeyczik und Halek überwiegend gerecht werden. In Bezug auf die Kriterien von Bartholomeyczik und Hunstein erfüllt das DCM die Anforderungen im Gegensatz zu H.I.L.DE. nur eingeschränkt. Trotz der Defizite bei DCM können beide Instrumente aus unserer Sicht als Assessmentinstrumente klassifiziert werden.

Damit nun im Anschluss eine Empfehlung für die Anwendung eines Instruments erfolgen kann, soll an dieser Stelle nochmals anhand einer Tabelle eine Übersicht zu den einzelnen Anforderungskriterien und deren Erfüllungsgrad durch das jeweilige Instrument erfolgen. Eine Zusammenfassung der Ergebnisse aus der kriteriengeleiteten Analyse der Assessmentinstrumente DCM und H.I.L.DE. soll vor allem nochmals die prägnanten Punkte hervorheben, Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen DCM und H.I.L.DE. erfassen und somit als Argumentationsgrundlage für die Empfehlung dienen.

Anforderungskriterium	Erfüllungsgrad	
	DCM	H.I.L.DE.
Berücksichtigung von ethischen, wirtschaftlichen und berufspraktischen Aspekten	größtenteils erfüllt	größtenteils erfüllt
Standardisierung	erfüllt	erfüllt
Integrierbarkeit in die Pflegeplanung	erfüllt	erfüllt
Vollständigkeit und Praktikabilität	teilweise erfüllt	teilweise erfüllt
Kernkomponenten und Zusatzmodule	teilweise erfüllt	teilweise erfüllt
Bündelung von Informationen	erfüllt	erfüllt
Definition von Pflegebedürftigkeit bzw. Lebensqualität	nicht erfüllt	erfüllt
Theorie- und empiriebasierte Inhalte	teilweise erfüllt	erfüllt
Teststatistische Angaben	teilweise erfüllt	erfüllt

Tab. 4: Übersicht über die Anforderungskriterien sowie deren Erfüllungsgrad bei DCM und H.I.L.DE. (eigene Darstellung)

Ethische, wirtschaftliche und berufspraktische Aspekte bei DCM und H.I.L.DE.

Es zeigt sich im Verlauf der kriteriengeleiteten Diskussion des DCM mehrmals, dass die Wertschätzung der Person durch das DCM gefördert wird. Es ist möglich, den Verbreitungsgrad des person-zentrierten Ansatzes zu messen (vgl. Edelmann et al. 2006, 343). Sowohl das DCM als auch der person-zentrierte Ansatz sind durch die Philosophie von Kitwood begründet und stellen das Personsein in den Vordergrund. Jede Person, unabhängig von einem Handicap, wie bspw. einer Demenz, kann Wohlbefinden mehr oder weniger empfinden (vgl. Stunk-Richter 2005, 47). Dabei wird versucht, die Philosophie des Personseins und der Wertschätzung der Person mit Hilfe des person-zentrierten Ansatzes und dem Instrument DCM in die Pflegepraxis zu transportieren (vgl. Bradford Dementia Group 2008, 1). Eine Reflexion wird vor allem bei den Mappern bezüglich ihres bisherigen Umgangs mit Bewohnern und Bewohnerinnen mit Demenz gefördert. Diese Reflexion ist jedoch nicht explizit in Verbindung mit der Reflexion persönlicher Werthaltungen zu sehen, sondern fordert vielmehr die Einführung von reflektierten Praktikern und Praktikerinnen auf beruflicher Ebene (vgl. Müller-Hergl 2004b, 74). Eine explizite Diskussion von Werten findet sich beim DCM nicht. Das Instrument H.I.L.DE. wählt nicht ausschließlich das Instrument zur Vermittlung einer ethische Werthaltung, sondern strebt bereits vor Anwendung von H.I.L.DE. einen ethischen Diskurs an. Eine grundlegende kritische Reflexion des gesellschaftlichen und persönlichen Alters- und Menschenbildes ist notwendig, um langfristig den Umgang mit Menschen mit Demenz zu verändern und zu verbessern (vgl. Kruse 2006, 61). H.I.L.DE. kann einen Beitrag dazu leisten, die berufliche Reflexion des pflegerischen Handelns bei Menschen mit Demenz zu fördern. H.I.L.DE. fördert jedoch implizit durch die Reflexion des beruflichen Handelns auch ein Umdenken und ein Nachdenken über das persönliche Menschenbild und den bisherigen persönlichen Umgang mit Personen mit Demenz (vgl. Kruse, Schmitt 2008, 77-78). Bereits bei der Entwicklung von H.I.L.DE. setzten sich die Verfasser intensiv mit ethischen Fragestellungen auseinander. So sollen die Ergebnisse aus H.I.L.DE. den Pflegenden auch einen ethischen Begründungsrahmen für ihr Handeln liefern. Die Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen führt zu der schwierigen Frage der Allokation der zur Verfügung stehenden Mittel (vgl. Kruse 2004, 17-19). Durch H.I.L.DE. wird den Pflegenden ein Instrument zur Hand gegeben, das ihnen für die ethische Argumentation eine Grundlage verschafft und somit als Gegengewicht für bzw. in wirtschaftlichen Diskussionen verwendet werden kann (vgl. Kruse 2005b, 275-282).

Bei der Diskussion der wirtschaftlichen Aspekte zeigt sich, dass beide Instrumente für die Profilierung von Einrichtungen genutzt werden könnten. Ein Wettbewerbsvorteil ist damit

denkbar, wenn bislang auch noch nicht nachgewiesen (vgl. Brooker 2004, 137-138; Igl, Klie 2002, 11; Kruse 2008, 75).

Beim DCM wird im Rahmen einer Studie deutlich, dass sich das Arbeitsklima zwischen Einrichtungsleitung sowie Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen verbesserte. Dieser Umstand kann sich langfristig gesehen auszahlen (vgl. Banner et al. 1998, 69). Auch bei H.I.L.DE. zeigte sich, dass sich das Arbeitsklima verbesserte, wobei hier v. a. die persönliche Arbeitszufriedenheit gemeint ist (vgl. Becker 2006, 13). Gleichzeitig wird in der Studie zum DCM deutlich, wie hoch die Kosten für das DCM sind. Anzumerken ist aber auch, dass bislang in Bezug auf die Kosten kein Vergleich zu einem anderen ähnlichen Instrument vorliegt. Beim Instrument H.I.L.DE. finden sich bislang keine Angaben über Kosten oder geplante Kosten für den Erwerb und die Implementierung des Instrumentes. Positiv ist die mögliche Argumentationsgrundlage gegenüber den Kostenträgern, die durch H.I.L.DE. geschaffen wird. Jedoch ist diese laut Kruse ethischer Natur, sie kann somit lediglich als Gegenpol zu den Kosten in der Diskussion verwendet werden (vgl. Kruse 2008, 75).

Beide Instrumente leisten auch einen Beitrag zur Qualitätssicherung bzw. -entwicklung in der Pflege. Besonders hervorzuheben ist, dass durch den Einsatz des DCM und H.I.L.DE. Ergebnisse von Bewohnern und Bewohnerinnen messbar gemacht werden, so dass anhand der Zahlen bzw. Kennwerte auch Vergleiche möglich sind (vgl. Riesner 2006, 36; Becker 2006, 15). Dies kann auch in Bezug auf die gesellschaftliche Diskussion der Pflege und Versorgung von Bewohnern und Bewohnerinnen mit Demenz relevant sein und dafür eingesetzt werden (vgl. Kruse 2004, 17-19).

Beim DCM führt ein dreitägiger Basiskurs zum ausgebildeten Basic Mapper. Anzumerken ist jedoch, dass dieser Kurs sehr defizitär ist, denn er führt eigentlich nicht zur kompetenten Anwendung des DCM (vgl. Müller-Hergl 2004, 73). Trotz dieses Bewusstseins für dieses Defizit findet sich bislang keine Modifikation. Beim Instrument H.I.L.DE. ist die Entwicklung eines Manuals geplant. Momentan werden die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen noch von den Projektleitern und Projektleiterinnen geschult. Geplant ist zukünftig nur noch der Einsatz des Manuals (vgl. Becker 2006, 26). Kritisch angemerkt werden muss jedoch, dass allein das Manual zur Anwendung von H.I.L.DE. vermutlich nicht ausreicht, um alle Facetten des komplexen Themas abzudecken. Vermutlich werden den Pflegenden dann nicht genügend Kompetenzen für die Anwendung vermittelt. Dies würde zur gleichen Problematik wie bei DCM führen.

Beim DCM wird versucht, die Mapper durch die Anwendung des DCM einer reflektierten Praxis nahe zu bringen (vgl. Müller-Hergl 2004b, 74). Ebenso wird die Professionalisierung der Pflegeteams gefördert, bspw. wird durch Feedbackgespräche das Einüben der Fachsprache ermöglicht (vgl. Brooker 2004, 138; Strunk-Richter 2005, 49). Bei H.I.L.DE. wird die Reflexion des Pflegepersonals gefördert, dies zeigte sich bereits bei der Diskussion des ethischen Aspekts (vgl. Kruse, Schmitt 2008, 77-78). Die Pflegenden werden außerdem durch die Anwendung von H.I.L.DE. auf besondere Aspekte bei Bewohnern und Bewohnerinnen mit Demenz sensibilisiert, die nicht sofort im Pflegealltag präsent sind, wie z. B. die Bedeutung von Verstorbenen als wichtiges soziales Bezugssystem (vgl. Becker et al. 2005, 120). Somit leisten beide Instrumente, jedes auf seine Weise, einen Beitrag zur Professionalisierung und Verbesserung der Pflege.

Das DCM kann aufgrund der Aussagen in der Literatur als ein multiprofessionell nutzbares Instrument klassifiziert werden. Diese Argumentation stützt sich auf die Angehörigen verschiedener Professionen, die als Mapper tätig sind (vgl. Innes 2004, 15). Fraglich bleibt jedoch, inwieweit die eigene Profession einen Einfluss auf das Mappen hat. Beim Instrument H.I.L.DE. ist diesbezüglich Klarheit vorhanden. Das Instrument ist nicht multiprofessionell nutzbar, sondern wurde für die Anwendung für Pflegendende konzipiert. Jedoch können die Ergebnisse als fundierte Argumentationsgrundlage in multiprofessionellen Teamsitzungen genutzt werden (vgl. Becker 2006, 27). Einige Ergebnisse können auch handlungsleitend für andere Berufsgruppen sein, wie z. B. die Ärzteschaft (vgl. Becker et al. 2005, 110).

Standardisierung bei DCM und H.I.L.DE.

Das DCM wird als standardisiertes Instrument in der Literatur beschrieben (vgl. Capstick 2004, 28; Rüsing 2004, 35). Jedoch wird durch die Literatúraussagen nicht immer klar, auf welcher theoretischen Grundlage die einzelnen Kategorien basieren (vgl. Capstick 2004, 33-34). Das DCM ist sehr umfangreich und komplex. Neben den vier Kategorien findet sich zusätzlich ein sehr umfassendes Regelwerk. Somit kann das Kriterium der Standardisierung als erfüllt angesehen werden, aber mit der Bemerkung, dass es sich beim DCM um eine sehr komplexe Form eines standardisierten Instrumentes handelt (vgl. Rüsing 2004, 84). Dies trifft auch auf H.I.L.DE. zu. Die einzelnen Kategorien haben bei H.I.L.DE. einen klar erkennbaren theoretischen Bezug. So wurden die Kategorien aus den Interviews der ersten Projektphase von H.I.L.DE. entwickelt (vgl. Becker 2006, 7). Dadurch ist beim Instrument H.I.L.DE. für den Anwender und die Anwenderin ein stringenter Verlauf bei der Entwicklung des Instruments und seiner Kategorien nachvollziehbar. Ein weiterer Vorteil von H.I.L.DE. ist, dass trotz der Standardisierung eine Berücksichtigung von indivi-

duellen Bedürfnissen der Bewohner und Bewohnerinnen mit Demenz erfolgt (vgl. Becker 2006, 19). Die Standardisierung ermöglicht es, die aus H.I.L.DE. gewonnenen Ergebnisse für weitere Verbesserungen in der Praxis zu nutzen. Da sie empiriebasiert sind, haben sie auch eine hohe Aussagekraft und können im Rahmen von berufspolitischen Diskussionen eingebracht werden (vgl. Kruse 2008, 75).

Integrierbarkeit in die Pflegeplanung bei DCM und H.I.L.DE.

Sowohl die Ergebnisse des DCM als auch von H.I.L.DE. können für die Erstellung bzw. Optimierung der Pflegeplanung genutzt werden (vgl. Innes 2004, 93-94, Becker et al. 2006, 352). Jedoch erscheint die Reaktion innerhalb der Pflegeplanung auf kurzfristige Zustandsveränderungen von einem Bewohner bzw. einer Bewohnerin mit dem Einsatz von DCM utopisch, da eine erneute Beobachtung dafür notwendig wäre. DCM Beobachtungen finden jedoch - laut Aussagen der Literatur - immer nur für Bewohnergruppen statt. Eine Anzahl von fünf bis zehn beobachteten Bewohnern und Bewohnerinnen ist laut den Beschreibungen in der Literatur üblich (vgl. Edelmann et al. 2006, 344). Somit ist die Veränderung der Pflegeplanung abhängig vom DCM-Zyklus und nicht vom Zustand des Bewohners und der Bewohnerin. Im Gegensatz zu DCM ist bei H.I.L.DE. die schnelle Anpassung der Pflegeplanung bei einer Zustandsveränderung kein Problem, weil H.I.L.DE. von Pflegenden zeitnah und individuell eingesetzt werden kann. Außerdem sensibilisiert H.I.L.DE. für die Ressourcen der Bewohner und Bewohnerinnen, es zeigt Interventionsmöglichkeiten auf, die nicht nur pflegerischer Natur sein müssen, so z. B. die Gestaltung von Räumen oder der sozialen Umwelt (vgl. Kruse 2006, 52). Durch die Ergebnisse von H.I.L.DE., insbesondere der Kompetenzgruppenbestimmung, können Ziele und Maßnahmen realistisch formuliert und erreicht werden (vgl. Becker 2006, 15).

Vollständigkeit und Praktikabilität bei DCM und H.I.L.DE.

Bei der Analyse und Diskussion zeichnete sich sehr schnell ab, dass dieses Kriterium sehr umfangreich ist und viele Aspekte der beiden Instrumente damit beleuchtet werden können. Es zeigte sich, dass das DCM versucht, den Pflegeprozess objektiv abzubilden (vgl. Strunk-Richter 2001, 466). Bezüglich der Vollständigkeit des Ergebnisses von DCM wird von DCM-Vertretern und Vertreterinnen die Verwendung der Beobachtung teilweise kritisch dargestellt, z. B. besteht die Gefahr des Hawthorne-Effekts. Dennoch finden die DCM-Vertreter und Vertreterinnen immer wieder positive Argumente, die für den Erhalt der bisherigen Methode, d. h. der Beobachtung, sprechen (vgl. Müller-Hergl 2001, 126; Martin, Younger 2000, 66). Dass diese Argumentation teilweise zu bröckeln beginnt, wird in der achten Auflage des DCM zunehmend deutlich. Während noch in der siebten Auflage an der Kategorie der WIB Werte festgehalten wurde, finden sich ab der achten Auflage

diesbezüglich erhebliche Veränderungen. So wurde die Erfassung der WIB Werte innerhalb der time-frames durch eine neue Kategorie ersetzt. Dadurch wird jetzt nur noch ein WIB Wert aus der neuen Kategorie mood/engagement value (ME) generiert (vgl. Brooker, Surr 2006, 17-19). Durch diese Veränderung können aber auch die Ergebnisse der siebten Auflage des DCM zunehmend in Frage gestellt werden. H.I.L.DE. versucht ebenfalls der Anforderung der Vollständigkeit gerecht zu werden. Die Abbildung bzw. Erfassung der Lebensqualität ist jedoch sehr komplex, so dass H.I.L.DE. als ein sehr umfangreiches Instrument bezeichnet werden kann (vgl. Becker et al. 2005, 119), welches sehr umfassende Ergebnisse liefert. Dies liegt u. a. daran, dass die Messung der acht Dimensionen von Lebensqualität mittels unterschiedlicher Methoden und Probanden erfolgt (vgl. Becker et al. 2005, 119), so dass eine Verzerrung oder Fehlerhäufigkeit bei der Ergebnisdarstellung minimiert oder gar vermieden werden kann.

Für die Vollständigkeit der Daten ist die Teilnahme an der Beobachtung durch die Bewohner und Bewohnerinnen eine Grundvoraussetzung beim DCM. Es zeigt sich bei einer Studie, dass aufgrund von Zustandsverschlechterungen eine Teilnahme durch die Bewohner und Bewohnerinnen mit Demenz für annähernd ein Drittel nicht mehr möglich ist. Es kommt daher zu unvollständigen Zyklusdaten bzw. Ergebnissen, so dass Verbesserungen nicht sichtbar gemacht werden können (vgl. Chenoweth, Jeon 2007, 242). Dies führt zu der Einschätzung, dass DCM in dieser Hinsicht unpraktikabel und teilweise zu unvollständigen Ergebnissen führt. Auch bei H.I.L.DE. sind die Bewohner und Bewohnerinnen wichtig für die Ergebnisdarstellung. Voraussetzung für die Anwendung von H.I.L.DE. ist, dass der Bewohner bzw. die Bewohnerin mit Demenz erkennbare Reaktionen auf seine Umwelt zeigt. Diese können sich zwar auf den mimische Ausdruck beschränken, ohne ein emotionales mimisches Ausdrucksmuster ist jedoch auch H.I.L.DE. nicht in der Lage, die Lebensqualität demenzkranker Menschen vollständig abzubilden (vgl. Becker et al. 2005, 110).

Das DCM stammt ursprünglich aus England. Bei der Einführung in Deutschland fand keine Hin- und Rückübersetzung statt (vgl. Rüsing 2004, 29). Immer wieder stößt man in der Literatur auf Übersetzungsprobleme. Dieser Umstand trägt nicht zur Akzeptanz und dem Gefühl von Vollständigkeit bei DCM bei. H.I.L.DE. entstand im Gegensatz zum DCM, das von Sozialpsychologen entwickelt wurde, unter Beteiligung von Pflegenden aus der Praxis (vgl. Kruse 2008, 74). Somit darf einerseits eine hohe Akzeptanz vermutet werden, zum anderen kann durch die Mitarbeit der Pflegenden bei der Entwicklung von H.I.L.DE. davon ausgegangen werden, dass die Anforderung an Vollständigkeit erfüllt ist. H.I.L.DE. ist auch das erste Instrument, das zu diesem Thema in dieser Komplexität in Deutschland

entwickelt wurde (vgl. Institut für Gerontologie 2008, 1). Positiv ist dabei auch, dass spezifische kulturelle Einflüsse und der Aufbau des Gesundheits- und Altenpflegesystems sowie das deutsche Pflegeverständnis berücksichtigt werden konnten und keine Übersetzungsproblematiken auftreten.

Bei H.I.L.DE. wurde im Gegensatz zu DCM die Wichtigkeit der Praktikabilität für den Pflegealltag bereits in der Entwicklung erkannt und berücksichtigt, z. B. der Wegfall von Videoaufnahmen zugunsten der Praktikabilität (vgl. Becker 2006, 9). Trotzdem ist der Zeitaufwand von beiden Instrumenten vergleichbar. Bei H.I.L.DE. beträgt der zeitliche Umfang ca. ein bis zwei Stunden (vgl. Becker 2006, 5). Beim DCM wird für das Mappen von ca. sieben Bewohnern und Bewohnerinnen mit sechs bis zwölf Stunden Zeitumfang gerechnet (vgl. Innes 2004, 16). Zudem wird in der Literatur zu DCM empfohlen, einen Zyklusabstand von drei bis sechs Monaten einzuhalten, um aussagekräftige Ergebnisse zu erhalten (vgl. BMG 2006, 83-84). Bei H.I.L.DE. finden sich darüber keine Angaben bzw. Empfehlungen. Dies liegt vermutlich daran, dass sich H.I.L.DE. immer noch in der Entwicklungs- und Erprobungsphase befindet. Aufgrund dieser Tatsache ist der Verbreitungsgrad von H.I.L.DE. noch relativ gering, da es der breiten Öffentlichkeit noch nicht zugänglich ist. Dies bedeutet jedoch nicht, dass H.I.L.DE. unpraktikabel ist. Die rasche Verbreitung des DCM in Deutschland sowie auch der person-zentrierte Ansatz lassen vermuten, dass DCM trotz aller Kritik dennoch praktikabel ist. Dieser Eindruck verstärkt sich aufgrund der hohen Akzeptanz von namhaften Organisationen in der deutschen Pflege Landschaft, die sich mit DCM und dem person-zentrierten Ansatz auseinandersetzen und diese Aktivitäten teilweise auch finanziell unterstützen (vgl. Raabe 2002, 7-11). Vermutlich führt die Akzeptanz und die Verbreitung des person-zentrierten Ansatz und des DCM zur Ausblendung der bisherigen negativen Ergebnisse, bspw. der teststatistischen Angaben (vgl. Rüsing 2004, 24).

Kernkomponenten und Zusatzmodule bei DCM und H.I.L.DE.

Das DCM kann als ein zielgruppenspezifisches Instrument beschrieben werden. In Studien zeigte sich, dass die Kernkomponenten wenig variabel bzw. übertragbar auf andere Zielgruppen sind (vgl. Brooker 2004, 135). H.I.L.D.E. ist ebenfalls zielgruppenspezifisch (vgl. Becker 2006, 3), inwieweit die Kernkomponenten auf andere Zielgruppen übertragbar sind, ist fraglich. Es finden sich diesbezüglich keine Aussagen in der Literatur. Da sich H.I.L.DE. noch im Entwicklungsprozess bzw. in der Erprobungsphase befindet, können dazu nur Vermutungen geäußert werden. Sowohl bei DCM als auch bei H.I.L.DE. sind keine Zusatzmodule vorhanden. Inwieweit Zusatzmodule überhaupt sinnvoll sind, ist fraglich, denn sie sollen laut Bartholomeyczik und Halek zielgruppenspezifische Informationen

liefern (vgl. Bartholomeyczik, Halek 2004, 138). Da es sich sowohl bei DCM als auch bei H.I.L.DE. bereits um zielgruppenspezifische Instrumente handelt, ist fraglich, ob Zusatzmodule in diesem Sinne nützlich sind. Beim DCM finden sich in der Literatur jedoch immer wieder Überlegungen in diese Richtung (vgl. Brooker 2004, 146). Eine Umsetzung findet jedoch bislang noch nicht statt.

Neben den Kernkomponenten und Zusatzmodulen wurde in diesem Anforderungspunkt auch die Einsatzmöglichkeiten der beiden Instrumente diskutiert. Das DCM wird in der Altenpflege weltweit angewendet (vgl. Brooker, Surr 2006, 17-19). Ebenfalls wird das DCM im Rahmen von Fortbildungen angewendet, der Abklärung der Effektivität von therapeutischen Interventionen (vgl. Brooker 2004, 136-138) und im Rahmen von Forschungszwecken. Kritisch anzumerken ist, dass Ergebnisse der Überprüfung der Validität und Reliabilität bei diesen alternativen Anwendungsformen des DCM bislang noch nicht vorliegen (vgl. Chenoweth, Jeon 2007, 244). H.I.L.DE. wird momentan nur in der stationären Altenpflege getestet, eine Anpassung bzw. Anwendung im ambulanten Sektor wird momentan diskutiert (vgl. BMFSFJ 2008, 1). Die Erprobung von H.I.L.DE. findet aktuell nur in Deutschland statt. Inwieweit H.I.L.DE. auch im Krankenhaus angewendet werden kann, ist aufgrund der Komplexität fraglich. H.I.L.DE. wird jedoch bereits von Anfang an für Forschungszwecke verwendet. Die Ergebnisse der ersten Projektphase konnten zur Illustration der Potentiale eines solchen umfassenden Instrumentes genutzt werden (vgl. Becker et al. 2005, 108).

Bündelung von Informationen bei DCM und H.I.L.DE.

Nach einer ca. zwölfstündigen Beobachtungszeit erfolgt beim DCM anschließend die Bündelung der Daten in sogenannten Profilen. Das Pflegeteam erhält neben einem Feedbackgespräch für jeden Bewohner und jede Bewohnerin ein individuell erstelltes Profil auf Grundlage der Daten aus der DCM Beobachtung. Dieses Profil kann als Grundlage, bspw. für die Erstellung einer Pflegeplanung, verwendet werden (vgl. Innes 2004, 87-94). Bei H.I.L.DE. findet ebenfalls eine Bündelung von Daten statt, die als Ergebnis ein Profil ergeben, das die Lebensqualität in allen erfassten Inhaltsbereichen abbildet. Jedoch werden alle Inhaltsbereiche einzeln abgebildet, da ein „Gesamtsummenscore“ die Lebensqualität in ihrer Komplexität nicht abbilden könnte (vgl. Becker 2006, 26). Bei H.I.L.DE. wird somit die Gefahr des Informationsverlustes durch eine zu starke Bündelung von Informationen erkannt. Zusätzlich erfolgt eine Bündelung von Informationen durch die Kompetenzgruppen, die bestimmte Muster von Merkmalen aufweisen. Auf Basis der Kompetenzmerkmale können realistische Pflegeplanungen erstellt werden, in denen die Ziele an

den Ressourcen des Bewohners bzw. der Bewohnerin ausgerichtet sind und realistisch erreicht werden können (vgl. Becker 2006, 15).

Definition von Pflegebedürftigkeit bei DCM und H.I.L.DE.

Festzustellen ist, dass sowohl bei DCM als auch bei H.I.L.DE. keine Definition von Pflegebedürftigkeit vorhanden ist. Beide Instrumente verfolgen als Ziel jedoch nicht die Erfassung von Pflegebedürftigkeit. Das Ziel des DCM ist es, das Wohlbefinden der Bewohner und Bewohnerinnen zu erfassen und eine Aussage über die Qualität der Pflege zu machen (vgl. Innes 2004, 15). Problematisiert werden kann, dass für Anwender, Pflegeteams und Interessierte an DCM in der Literatur Definitionen und eindeutige Verweise auf theoretische Fundierungen häufig nicht vorzufinden sind. So findet sich keine Definition von Wohlbefinden und die Aussagen zu Pflegequalität können nur teilweise auf die theoretische Fundierung zurückgeführt werden (vgl. Capstick 2004, 33-34). Im Gegensatz zu DCM ist bei H.I.L.DE. eine Definition von Lebensqualität vorhanden, die auch theoretisch fundiert ist und empirisch abgesichert werden kann (vgl. Becker et al. 2005, 109). Ziel und zentraler Inhalt von H.I.L.DE. ist die Erfassung der Lebensqualität demenzkranker Menschen. Aufgrund der eindeutigen Definition leitet sich für H.I.L.DE. eine konkrete Aufgabenstellung ab, die die Erfassung der mehrdimensionalen Lebensqualität beinhaltet (vgl. Becker et al. 2006, 350).

Theorie- und Empiriebasierung bei DCM und H.I.L.DE.

Festzustellen ist, dass in der Literatur zu DCM drei theoretische Stränge beschrieben werden. Diese sind jedoch in ihrer Wirkungsweise bei der Bildung der Kategorien des DCM nicht eindeutig ersichtlich. Deutlich wird, dass ein Großteil der theoretischen Ausrichtungen des DCM auf dem person-zentrierten Ansatz basiert. Jedoch werden nicht alle Kategorien damit in ihrer theoretischen Herkunft abgedeckt (vgl. Capstick 2004, 31-34). Außerdem konnte in der Analyse dargestellt werden, dass eine Überprüfung der theoretischen Fundierung des DCM inkonsistente Ergebnisse hervorbringt. Die empirische Grundlage bei DCM ist ebenfalls in ihrer Gesamtheit nicht nachvollziehbar (vgl. Persaud 2004, 127). Im Gegensatz dazu ist die gesamte Konzeption bei H.I.L.DE. theoriebasiert. Zum einen haben verschiedene empirische Untersuchungen im Vorfeld die Entwicklung von H.I.L.DE. beeinflusst (vgl. Kruse 2004, 10-16; Bär et al. 2003, 454-462). Zum anderen sind sämtliche Instrumente, die bei H.I.L.DE. zur Erfassung der einzelnen Dimensionen von Lebensqualität angewendet werden, bereits in der Praxis erprobt, und wurden alle als ausreichend valide und reliabel beschrieben (vgl. Becker et al. 2005, 111-118). Auch die Weiterentwicklung von H.I.L.DE. beruht auf einer empirisch gewonnenen Datenlage aus der ersten Projektphase (vgl. Becker 2006, 8).

Kritisch angemerkt werden kann bei beiden Instrumenten, dass nicht auf eine Pflege-theorie zurückgegriffen werden kann. Dies liegt aber vermutlich daran, dass sie aus anderen wissenschaftlichen Kontexten entwickelt wurden und daher keinen pflegewissenschaftlichen Hintergrund haben. Gleichwohl können beide Instrumente für die Pflegepraxis bzw. die Pflegewissenschaft genutzt werden (vgl. Brandenburg 2001, 136; Raabe 2002, 11).

Teststatistische Angaben bei DCM und H.I.L.DE.

In der Literatur findet sich immer wieder die Anmerkung, dass kaum eine repräsentative Studie zu DCM vorliegt (vgl. Beavis et al. 2002, 730-732). Diese Tatsache verringert die Aussagekraft zu Studien über DCM. In der Literatur findet sich kaum ein Nachweis, der die Behauptung stützt, das DCM sei reliabel (vgl. Rüsing 2004, 24). Die Augenscheinvalidität kann in einer Studie nachgewiesen werden. Weitere Kriterien zur Validität konnten durch die Literaturlage nicht bestätigt werden. Trotzdem wird dem DCM in der Literatur immer wieder eine moderate Validität bescheinigt (vgl. Beavis et al. 2002, 730-732). Demgegenüber kann bei H.I.L.DE. festgestellt werden, dass die teststatistischen Gütekriterien während der gesamten Entwicklung von H.I.L.DE. Berücksichtigung fanden. Die Stichprobe der Bewohner und Bewohnerinnen mit Demenz bei der ersten Anwendung von H.I.L.DE. kann nach entsprechender Auswertung als repräsentativ für den stationären Altenpflegesektor bezeichnet werden (vgl. Becker et al. 2005, 110-111). Außerdem wurden alle Instrumente, die bei H.I.L.DE. verwendet werden, im Vorfeld in der Praxis auf Validität und Reliabilität überprüft (vgl. Becker et al. 2005, 111-118). Auf die Überprüfung der teststatistischen Angaben wird auch im weiteren Projektverlauf großen Wert gelegt (vgl. Becker 2006, 5). Die bisherigen Ergebnisse bezüglich Validität und Reliabilität bei H.I.L.DE. unterstützen die Aussage, dass H.I.L.DE. die teststatistischen Kriterien erfüllt.

6 Empfehlung und Resümee

6.1 Empfehlung

Nach eingehender Analyse und Diskussion der Instrumente DCM und H.I.L.DE. anhand pflegewissenschaftlicher Kriterien entstand zunehmend der Eindruck, dass das DCM nur bedingt für eine Empfehlung geeignet ist. Es konnten immer wieder Mängel, z. B. bei teststatistischen Angaben oder der Theoriebasierung, aufgezeigt werden. Dagegen wurden sämtliche Kriterien bei H.I.L.DE. ohne größere Defizite erfüllt, so dass auf Grundlage der Analyse und Diskussion eindeutig H.I.L.DE. als Assessmentinstrument für die Messung der Lebensqualität demenzkranker Menschen für den stationären Altenpflegebereich aus unserer Sicht bevorzugt werden sollte.

Kritisch angemerkt werden kann, dass H.I.L.DE. sich immer noch in der Entwicklungs- und Erprobungsphase befindet und daher der breiten Fachöffentlichkeit zur kritischen Diskussion noch nicht zur Verfügung steht. Erst nach Abschluss der Entwicklungs- und Erprobungsphase sowie objektiv gesammelter Erfahrungen in der Pflegepraxis außerhalb des Projektes kann sichergestellt werden, dass H.I.L.DE. der aktuellen positiven Resonanz gerecht wird. Trotz aller negativ geübten Kritik darf der Wert des DCM in Bezug auf den Versuch der Verbesserung der Pflegepraxis nicht vollkommen unterschätzt werden. Besonders der person-zentrierte Ansatz wurde mit Hilfe des DCM in die Pflegepraxis transferiert, so dass er unserer Meinung nach gemeinsam mit dem Instrument DCM einen wichtigen Beitrag zur sensibilisierten Wahrnehmung der Bedürfnisse von Menschen mit Demenz leistet.

Inwieweit H.I.L.DE. eine Veränderung und Verbesserung der Pflegepraxis hervorrufen kann, lässt sich aus unserer Sicht noch nicht präzise benennen. Die ersten Auswertungen zu H.I.L.DE. machen deutlich, dass zukünftige Veränderungen im Umgang mit Menschen mit Demenz auf empirischen Daten und Untersuchungen beruhen und daher als wissenschaftlich fundiert bezeichnet werden können. Zusätzlich ermöglichen die Ergebnisse eine Reflexion der persönlichen und beruflichen Werte, die den Umgang mit demenzkranken Bewohnern und Bewohnerinnen bedeutend beeinflussen und positiv verändern können.

6.2 Resümee

Die intensive Auseinandersetzung mit DCM und H.I.L.DE. verdeutlichte, welche Chancen und Potentiale sich für die Profession Pflege eröffnen können, denn Pflege hat auch immer einen gesellschaftlichen Auftrag. Durch die Messung der Lebensqualität bzw. des Wohlbefindens von Menschen mit Demenz mit entsprechenden Instrumenten entstehen Ergebnisse, die die Pflege transparent machen. Dadurch entsteht eine Argumentationsgrundlage für gesellschaftliche Diskussionen für den Umgang und die Betreuung von Menschen mit Demenz.

„Pflege wird ihrer (!) professionellen Aufgaben erst dann umfassend gerecht, wenn sie sich auf die gesellschaftlichen Trends einstellt, sie mit gestaltet und den Menschen vermittelt, was ihr spezieller Auftrag in der Gesundheitserhaltung und Krankheitsbewältigung von Menschen ist“ (vgl. Elsbernd 2007b, 12)

Ziele dieser Arbeit waren u. a. die Darstellung der Instrumente DCM und H.I.L.DE. sowie deren Betrachtung anhand pflegewissenschaftlicher Kriterien. Beide Ziele konnten erreicht werden. Die Darstellung und pflegewissenschaftliche Diskussion konnte durch eine umfangreiche und facettenreiche Literatur unterstützt werden. Im Gegensatz zur vielfältigen Literatur zu DCM war die Literaturlage bei H.I.L.DE. sehr begrenzt. Es fanden sich

ausschließlich Artikel in Fachzeitschriften sowie Informationen auf einigen Internetseiten, die eine kritische Auseinandersetzung erschwerten. Für beide Instrumente kann bezüglich der Literatur festgestellt werden, dass diese überwiegend von DCM-Vertretern und -Vertreterinnen bzw. ausschließlich von H.I.L.DE.-Entwicklern und -Entwicklerinnen verfasst wurde und daher einen gewissen manipulativen Charakter besitzen, der eine objektive und kritische Auseinandersetzung erschwert.

Die Bachelorarbeit ermöglichte eine intensive Auseinandersetzung mit dem Thema „Assessmentinstrumente in der Pflege“. Nach Sichtung der Literatur wurde für uns nochmals deutlich, dass es bislang keine allgemeingültigen Kriterien gibt, anhand derer eine pflegewissenschaftliche Analyse und Diskussion stattfinden kann. In einem Artikel der wissenschaftlichen Zeitschrift „Pflege“ im Oktober 2008 wird dies ebenfalls problematisiert. Es erfolgt die Bemerkung, dass einerseits ein Boom an Assessmentinstrumenten in der Pflege in den letzten Jahren entstanden ist. Andererseits fehlt es bislang an einer unabhängigen Kontrollinstanz, welche die Pflegepraxis vor dem Einsatz von ungeeigneten Instrumenten schützt. Solche Kontrollinstanzen, verbunden mit klaren Richtlinien, sind in der Medizin bereits vorzufinden und könnten in dieser Hinsicht ein Vorbild für die Pflege sein (vgl. Reuschenbach 2008, 296-297). Dieser Artikel bestärkt aber nochmals unsere Ansicht, dass das ausgewählte Thema für die Bachelorarbeit die notwendige Aktualität einer Bearbeitung besitzt und dass somit durch die erfolgte Auseinandersetzung ein Beitrag zur pflegewissenschaftlichen Diskussion geleistet werden konnte.

Abschließend kann an dieser Stelle angemerkt werden, dass DCM und H.I.L.DE. einen wichtigen Beitrag zu dem aktuellen Themenkomplex „Lebensqualität bzw. Wohlbefinden bei Menschen mit Demenz“ leistet. Auf weitere Veröffentlichungen und kritische Auseinandersetzungen darf man gespannt sein.

Literaturverzeichnis

Abt-Zegelin, Angelika; Bartholomeyczik, Sabine; Hunstein, Dirk; Koch, Veronika: Zeitrichtlinien zur Begutachtung des Pflegebedarfs: Evaluation der Orientierungswerte für die Pflegezeitbemessung, Frankfurt am Main: Mabuse, 2001

Abt-Zegelin, Angelika; Tackenberg, Peter (Hrsg.): Demenz und Pflege: Eine interdisziplinäre Betrachtung. 4. Aufl., Frankfurt am Main: Mabuse, 2004

Aeffner, Karl. H.; Döring, Thorsten; Fischer, Gisela; Junius-Walker, Ulrike; Karst, Matthias; Riesberg, Anette; Thies-Zajonc, Sophie; Wimmer, Thomas: „Hausärztliche Versorgung Hochaltriger und demenziell Erkrankter“ in: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): Expertisen zum Vierten Altenbericht der Bundesregierung: Hochaltrigkeit und Demenz als Herausforderung an die Gesundheits- und Pflegeversorgung. Band III, Hannover: Vincentz, 2002, 5-181

Aging & Mental Health, Jg. 2, H. 1, 1998

Aging & Mental Health, Jg. 10, H. 4, 2006

Aging & Mental Health, Jg. 11, H. 3, 2007

Altenheim, Jg. 44, H. 10, 2005

Altenpflege, Jg. 23, H. 6, 1998

Altenpflege, Jg. 30, H. 1, 2005

Altenpflege, Jg. 31, H. 6, 2006

Archibald, Carole: Menschen mit Demenz im Krankenhaus: Ein Lern- und Arbeitsbuch für Pflegekräfte. Köln: Kuratorium Deutscher Altershilfe, 2007

Banner, A.; Brooker, Dawn; Foster, N.; Jackson, L.; Payne, M.: “the efficacy of Dementia Care Mapping as an audit tool: report of a 3-year British NHS evaluation” in: **Aging & Mental Health**, Jg. 2, H 1, 1998, 60-70

Bartholomeyczik, Sabine: „Operationalisierung von Pflegebedürftigkeit - Assessments und ihre Möglichkeiten“ in: Bartholomeyczik, Sabine; Halek, Margareta (Hrsg.): Assessmentinstrumente in der Pflege: Möglichkeiten und Grenzen. Hannover: Schlütersche, 2004, 11-18

Bartholomeyczik, Sabine: „Kritische Anmerkungen zu standardisierten Assessmentinstrumenten“ in: Pflege Jg. 20, H. 4, 2007, 211-217

Bartholomeyczik, Sabine; Gordon, Marjory: Pflegediagnosen: Theoretische Grundlagen. München Jena: Urban und Fischer, 2001

Bartholomeyczik, Sabine; Halek, Margareta (Hrsg.): Assessmentinstrumente in der Pflege: Möglichkeiten und Grenzen. Hannover: Schlütersche, 2004

Bartholomeyczik, Sabine; Halek, Margareta: „Assessmentverfahren in der Altenpflege“ in: Bartholomeyczik, Sabine; Halek, Margareta (Hrsg.): Assessmentinstrumente in der Pflege: Möglichkeiten und Grenzen. Hannover: Schlütersche, 2004, 131-138

Bartholomeyczik, Sabine; Halek, Margareta: „Einführung“ in: Bartholomeyczik, Sabine; Halek, Margareta (Hrsg.): Assessmentinstrumente in der Pflege: Möglichkeiten und Grenzen. Hannover: Schlütersche, 2004, 9-10

Bartholomeyczik, Sabine; Hunstein, Dirk: „Standardisierte Assessmentinstrumente - Möglichkeiten und Grenzen“ in: PR Internet Jg. 8, H. 5, 2006, 315-317

Bartholomeyczik, Sabine; Schreier, Maria Magdalena: Mangelernährung bei alten Menschen: Ursachen und Prävention aus pflegerischer Perspektive Review/ Literaturanalyse. Hannover: Schlütersche, 2004

Bartholomeyczik, Sabine; Schrems, Berta: Qualitätsentwicklung und Leistungstransparenz in Frankfurter Altenpflegeheimen. Köln: Kuratorium Deutscher Altershilfe, 2004

Bär, Marion; Kruse, Andreas; Re, Susanna: „Emotional bedeutsame Situationen im Alltag demenzkranker Heimbewohner“ in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Jg. 36, H. 6, 2003, 454-462

Beavis, D.; Graham, I.; Simpson, S.: "A literature review of dementia care mapping: methodological considerations and efficacy" in: Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, Vol.9, 2002, 725-736

Becker, Stefanie: „Projekt Identifizierung bzw. Entwicklung von Instrumenten zur Erfassung von Lebensqualität gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen in stationären Einrichtungen der Altenhilfe - Das HILDE-Instrument: Vorstellung der Inhalte und Entwicklungsphasen“ (2006) in: <http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/abschlussbericht-projektphase-hilde,property=pdf,bereich=,sprache=de,rwb=true.pdf>, aufgerufen am 09.08.2008

Becker, Stefanie; Kaspar, Roman; Kruse, Andreas: „Die Bedeutung unterschiedlicher Referenzgruppen für die Beurteilung der Lebensqualität demenzkranker Menschen“ in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Jg. 39, H. 5, 2006, 350-357

Becker, Stefanie; Kruse, Andreas; Schröder, Johannes; Seidl, Ulrich: „Das Heidelberger Instrument zur Erfassung von Lebensqualität bei Demenz (H.I.L.DE.)“ in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Jg. 38, H. 2, 2005, 108-121

Berthou, Anna: „Das Projekt NURSING Data in der Schweiz“ in: Bartholomeyczik, Sabine; Halek, Margareta (Hrsg.): Assessmentinstrumente in der Pflege: Möglichkeiten und Grenzen. Hannover: Schlütersche, 2004, 21-40

Bischoff-Wanner, Claudia: Empathie in der Pflege. Bern Göttingen Toronto Seattle: Hans Huber, 2002

Bölicke, Claudia; Steinhagen-Thiessen, Elisabeth: „Qualität in der Pflege dementierender alter Menschen Pflegequalitätskonzept für demenziell Erkrankte“ in: Gerste, Bettina; Igl, Gerhard; Klose, Joachim; Schiemann, Doris. (Hrsg.): Qualität in der Pflege: Betreuung und Versorgung von pflegebedürftigen alten Menschen in der stationären und ambulanten Altenhilfe. Stuttgart: Schattauer, 2002, 179-188

Bradford Dementia Group: „Dementia Care Mapping“ in: <http://www.brad.ac.uk/health/dementia/dcm/index.php>, aufgerufen am 22.08.2008

Brandenburg, H.: „Gerontologie und Pflege“ in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 34, H.2, 2001, 129-139

Brobst, Ruth A.; Coughlin, Clarke, Arlene M.; Cunningham, Diane; Feldmann, Martin Joyce; Hess jr., Robert G.; Mason, Joane; Mc Bride Fenner, Lois A.; Romano, Carol A.; Warren, Judith J.; Wright, Wendy: Der Pflegeprozess in der Praxis. 2. vollständig überarbeitete und aktualisierte Aufl., deutschsprachige Ausgabe herausgegeben von Georg, Jürgen. Bern: Hans Huber, 2007

Brooker, Dawn: “Looking at them, looking at me. A review of observational studies into the quality of institutional care for elderly people with dementia” in: Journal of Mental Health, Vol.4, Issue 2, 1995, 145-157

Brooker, Dawn: Person-zentriert pflegen: Das VIPS-Modell zur Pflege und Betreuung von Menschen mit einer Demenz. Deutschsprachige Herausgabe von Müller-Hergl, Christian und Rüsing, Detlef, Bern: Hans Huber, 2008

Brooker, Dawn: „Zukünftige Herausforderungen für DCM“ in: Innes, Anthea (Hrsg.): Die Dementia Care Mapping Methode (DCM): Anwendung und Erfahrungen mit Kitwoods person-zentriertem Ansatz. Deutschsprachige Herausgabe von Müller-Hergl, Christian, Bern Göttingen Toronto Seattle: Hans Huber, 2004, 135-141

Brooker, Dawn; Surr, Claire: “Care practice: dementia care mapping update: DCM 8 is ready for action” in: The journal of dementia care, Jg. 14, H.1, 2006, 17-19

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: „Aktuelle Forschung und Projekte zum Thema Demenz“ (2006) in: <http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/demenz-deutsch,property=pdf,bereich=,sprache=de,rwb=true.pdf>, aufgerufen am 28.08.2008

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: „Forschungsprojekt hilft, Lebensalltag für Demenzkranke und ihre Angehörigen zu verbessern“ (2008) in: <http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/Kategorien/Presse/pressemitteilungen,did=110218.html>, aufgerufen am 21.05.2008

Bundesministerium für Gesundheit: „Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe.“ (2006) in: http://www.bmg.bund.de/cln_117/nn_1168762/SharedDocs/Publikationen/DE/Forschungsberichte/f007,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/f007.pdf, aufgerufen am 10.09.2008

Bundesministerium für Gesundheit: „Die Entwicklung der Pflegeversicherung: Vierter Bericht“ (2008a) in: http://www.bmg.bund.de/cln_117/nn_1168248/SharedDocs/Publikationen/DE/Pflege/Pflegebericht,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Pflegebericht.pdf, aufgerufen am 29.10.2008

Bundesministerium für Gesundheit: „Leuchtturmprojekt Demenz - Projektförderung Teil 1“ (2008b) in: http://www.bmg.bund.de/cln_117/nn_1168248/SharedDocs/Downloads/DE/Neu/Leuchtturmprojekt-Demenz__Leuchtturmprojekt_Demenz__Themenfeld1,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Leuchtturmprojekt-Demenz_Leuchtturmprojekt-Demenz__Themenfeld1.pdf, aufgerufen am 29.10.2008

Bundesministerium für Gesundheit: „Umsetzung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“ (2008c) in: http://www.bmg.bund.de/cln_110/SharedDocs/Downloads/DE/Pflege/Leitfaden-Umsetzung-Pflegereform,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Leitfaden-Umsetzung-Pflegereform.pdf, aufgerufen am 29.10.2008

Bundesministerium für Gesundheit: „SGB XI – Soziale Pflegeversicherung. Zweites Kapitel. Leistungsberechtigter Personenkreis - §14 Begriff der Pflegebedürftigkeit“ (2008d) in: www.db03.bmgs.de/Gesetze/gesetze.htm, aufgerufen am 10.11.2008

Büscher A., Gansweid B., Wingenfeld K.: „Das neue Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit“ (2008) in: http://www.unibielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/Abschlussbericht_IPW_MDKWL_25.03.08.pdf, aufgerufen am 30.10.2008

Capstick, Andrea: „Die theoretischen Ursprünge des DCM“ in: Innes, Anthea (Hrsg.): Die Dementia Care Mapping Methode (DCM): Anwendung und Erfahrungen mit Kitwoods

person-zentriertem Ansatz. Deutschsprachige Herausgabe von Müller-Hergl, Christian, Bern Göttingen Toronto Seattle: Hans Huber, 2004, 25-37

Chenoweth, Lynn. Jeon, Yun-Hee: "Determining the efficacy of Dementia Care Mapping as an outcome measure and a process for change: A pilot study" in: Aging & Mental Health, Jg. 11, H. 3, 2007, 237-245

Deutscher Berufsverband für Krankenpflege (DBfK): „Kurzübersicht zu den wichtigsten Veränderungen durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz ab dem 1. Juli 2008“ (2008) in: http://www.dbfk.de/download/Uebersicht_PfWG_2008-07-03_final.pdf, aufgerufen am 30.10.2008

Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS): „Beurteilung von Schmerzen bei Menschen mit Demenz (BESD)“ (2007) in: www.dgss.org/fileadmin/user_upload/ak_alter_2007.doc, aufgerufen am 13.08.2008

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.): Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege: Entwicklung – Konsentierung - Kommentierung. Osnabrück: Eigenverlag, 2006

Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): Expertisen zum Vierten Altenbericht der Bundesregierung: Hochaltrigkeit und Demenz als Herausforderung an die Gesundheits- und Pflegeversorgung. Band III, Hannover: Vincentz, 2002

Dialogzentrum Demenz: „Assessments in der Versorgung von Personen mit Demenz“ (2007) in: http://wga.dmz.uni-wh.de/pflege/file/Assessments_DZD/Assessments_DZD.pdf, aufgerufen am 24.08.2008

Dinand, Claudia; Eickelmann, Hans-Joachim: „Demenz: Aufträge für die Pflegewissenschaft“ in: Abt-Zegelin, Angelika; Tackenberg, Peter (Hrsg.): Demenz und Pflege: Eine interdisziplinäre Betrachtung. 4. Aufl., Frankfurt am Main: Mabuse, 2004, 293-300

Dr. med. Mabuse, Jg. 29, H. 152, 2004

Edelmann, P.; Fulton, B.R.; Kuhn, D.: "Streamlined models of dementia care mapping" in: Aging & Mental Health, Jg. 10, H. 4, 2006, 343-351

Elsbernd, Astrid: Indikatorenentwicklung in der stationären Altenpflege. Explorative Untersuchung zu Bewertungs- und Steuerungsinstrumenten in der Praxis. Stuttgart: Diakonisches Werk Württemberg, 2007a

Elsbernd, Astrid: „Von der Berufung zur Profession“ (2007b) in: <http://www.lpr-bw.de/pdf/Von%20der%20Berufung%20zur%20Profession.pdf>, aufgerufen am 10.10.2008

Evers, Georges C. M.: „Einleitung“ in: Evers, Georges C.M. (Hrsg.): Professionelle Selbstpflege: Einschätzen – messen - anwenden. Bern: Hans Huber, 2002, 25-28

Evers, Georges C.M. (Hrsg.): Professionelle Selbstpflege: Einschätzen – messen - anwenden. Bern: Hans Huber, 2002

Evers, G.; Sermeus, W.: „Reliabilität und Validität von Messinstrumenten“ in: Evers, Georges C.M. (Hrsg.): Professionelle Selbstpflege: Einschätzen – messen - anwenden. Bern: Hans Huber, 2002

Evers, Georges, C.M., et al.: „Qualitätskriterien von Assessmentinstrumenten – Cohen`s Kappa als Maß der Interrater- Reliabilität (Teil 1)“ in: Pflege, Jg.17, H. 1, 2004, 36-46

Fierz, Katharina; Hasemann, Wolfgang; Spirig, Rebecca; Vincenzi, Christine: „ Editorial. Assessments als Grundlage für eine evidenzbasierte Pflege“ in: Pflege, Jg. 20, H. 4, 2007,182-184

Fillibeck, Heiko; Sowinski, Christine; Stehling, Heiko: „Literaturstudie“ in: DNQP (Hrsg.): Expertenstandard Sturzprophylaxe: Entwicklung – Konsentierung - Kommentierung. Osnabrück: Eigenverlag, 2006, 43-105

Fünfstück, Mathias; Oertel, Daniela: „Entwicklung eines Pflege- und Betreuungskonzeptes für Menschen mit Demenz: Leitfaden zeigt Weg zum gelebten Konzept“ in: Pflegezeitschrift, Jg. 61, H. 2, 2008, 82-86

Friebe, Jens: „Kultursensibles Pflegeassessment – Standardisierte Verfahren in der Pflegeinteraktion?“ in: Pflege & Gesellschaft, Jg. 8, H. 1, 2003, 17-20

Gebert, Alfred J.; Kneubühler, Hans-Ulrich: Qualitätsbeurteilung und Evaluation der Qualitätssicherung in Pflegeheimen: Plädoyer für ein gemeinsames Lernen. 2. überarbeitete und ergänzte Aufl., Bern: Hans Huber 2003

Gerste, Bettina; Igl, Gerhard; Klose, Joachim; Schiemann, Doris. (Hrsg.): Qualität in der Pflege: Betreuung und Versorgung von pflegebedürftigen alten Menschen in der stationären und ambulanten Altenhilfe. Stuttgart: Schattauer, 2002

Gräßle, Rosemarie; Rosenkötter, Jochen: „Was es braucht, damit es nützt“ in: Altenheim, Jg. 44, H. 10, 2005, 36-38

Grob, Daniel: „Geriatric: Siebzig Jahre geriatrisches Assessment – wo stehen wir heute?“ in: Schweizerisches Medizin Forum, 5. Jg., H. 51, 2005, 1280–1282

Gunzelmann, Thomas; Oswald, Wolf. D: Gerontologie Diagnostik und Assessment. Stuttgart: Kohlhammer, 2005

Halek, Margareta: Wie misst man Pflegebedürftigkeit? Eine Analyse der deutschsprachigen Assessmentverfahren zur Erhebung der Pflegebedürftigkeit. Hannover: Schlütersche, 2003

Heller, Lisa: „Der Einsatz des DCM in Settings der Gesundheitsversorgung und der Sozialfürsorge“ in: Innes, Anthea (Hrsg.): Die Dementia Care Mapping Methode (DCM): Anwendung und Erfahrungen mit Kitwoods person-zentriertem Ansatz. Deutschsprachige Herausgabe von Müller-Hergl, Christian, Bern Göttingen Toronto Seattle: Hans Huber, 2004, 52-66

Heim und Pflege, Jg. 30, H. 3, 1999

Heim und Pflege, Jg.32, H.10, 2001

http://wga.dmz.uni-wh.de/pflege/file/Assessments_DZD/Assessments_DZD.pdf, aufgerufen am 24.08.2008

<http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/Kategorien/Presse/pressemitteilungen,did=110218.html>, aufgerufen am 21.05.2008

<http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/abschlussbericht-projektphase-hilde,property=pdf,bereich=,sprache=de,rwb=true.pdf>, aufgerufen am 09.08.2008

<http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/demenz-deutsch,property=pdf,bereich=,sprache=de,rwb=true.pdf>, aufgerufen am 28.08.2008

http://www.bmg.bund.de/cln_117/nn_1168762/SharedDocs/Publikationen/DE/Forschungsberichte/f007,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/f007.pdf, aufgerufen am 10.09.2008

http://www.bmg.bund.de/cln_117/nn_1168248/SharedDocs/Downloads/DE/Neu/Leuchtturmprojekt-Demenz__Leuchtturmprojekt_Demenz__Themenfeld1,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Leuchtturmprojekt-Demenz_Leuchtturmprojekt-Demenz_Themenfeld1.pdf, aufgerufen am 29.10.2008

http://www.bmg.bund.de/cln_110/SharedDocs/Downloads/DE/Pflege/Leitfaden-Umsetzung-Pflegereform,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Leitfaden-Umsetzung-Pflegereform.pdf, aufgerufen am 29.10.2008

http://www.bmg.bund.de/cln_117/nn_1168248/SharedDocs/Publikationen/DE/Pflege/Pflegebericht,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Pflegebericht.pdf, aufgerufen am 29.10.2008

http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/Vortrag_Kruse_neu.pdf, aufgerufen am 04.08.2008

<http://www.brad.ac.uk/health/dementia/dcm/index.php>, aufgerufen am 22.08.2008

http://www.dbfk.de/download/Uebersicht_PfWG_2008-07-03_final.pdf, aufgerufen am 30.10.2008

<http://www.dip-home.de/material/downloads/bericht-pflegeleistung1.pdf>, aufgerufen am 20.08.2008

<http://www.gero.uni-heidelberg.de/HILDE/Projektbeschreibung.html>, aufgerufen am 21.05.2008

<http://www.icnp/info/doc/MMM2006c.pdf>, aufgerufen am 15.08.2008

<http://www.lpr-bw.de/pdf/Von%20der%20Berufung%20zur%20Profession.pdf>,

<http://www.nmc-uk.org/aFrameDisplay.aspx?DocumentID=3954>, aufgerufen am 22.10.2008

http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/Abschlussbericht_IPW_MDKWL_25.03.08.pdf, aufgerufen am 30.10.2008

Huber, Evelyn: „Zufriedenheit der Angehörigen von Bewohnerinnen in Altersinstitutionen“ in: Pflege, Jg. 21, H. 5, 2008, 319-326

Igl, Gerhard; Klie, Thomas: „Die jüngere Entwicklung der Qualitätsdiskussion in der Versorgung Pflegebedürftiger im Rahmen des SGB XI und in der häuslichen Krankenpflege“ in: Gerste, Bettina; Igl, Gerhard; Klose, Joachim; Schiemann, Doris. (Hrsg.): Qualität in der Pflege: Betreuung und Versorgung von pflegebedürftigen alten Menschen in der stationären und ambulanten Altenhilfe. Stuttgart: Schattauer, 2002, 3-17

Innes, Anthea (Hrsg.): Die Dementia Care Mapping Methode (DCM): Anwendung und Erfahrungen mit Kitwoods person-zentriertem Ansatz. Deutschsprachige Herausgabe von Müller-Hergl, Christian, Bern Göttingen Toronto Seattle: Hans Huber, 2004

Innes, Anthea: „Einleitung“ in: Innes, Anthea (Hrsg.): Die Dementia Care Mapping Methode (DCM): Anwendung und Erfahrungen mit Kitwoods person-zentriertem Ansatz. Deutschsprachige Herausgabe von Müller-Hergl, Christian, Bern Göttingen Toronto Seattle: Hans Huber, 2004, 15-22

Innes, Anthea: „Der Einsatz des DCM zu Zwecken der Pflegeplanung“ in: Innes, Anthea (Hrsg.): Die Dementia Care Mapping Methode (DCM): Anwendung und Erfahrungen mit Kitwoods person-zentriertem Ansatz. Deutschsprachige Herausgabe von Müller-Hergl, Christian, Bern Göttingen Toronto Seattle: Hans Huber, 2004, 87-96

Innes, Anthea: „Zum Abschluss“ in: Innes, Anthea (Hrsg.): Die Dementia Care Mapping Methode (DCM): Anwendung und Erfahrungen mit Kitwoods person-zentriertem Ansatz. Deutschsprachige Herausgabe von Müller-Hergl, Christian, Bern Göttingen Toronto Seattle: Hans Huber, 2004, 143-147

Institut für Gerontologie: „H.I.L.DE. – Projektbeschreibung“ (2008) in: <http://www.gero.uni-heidelberg.de/HILDE/Projektbeschreibung.html>, aufgerufen am 21.05.2008

Isenberg, Thomas: „Defizite der Pflegeversicherung und Missstände in der Pflege aus dem Blickwinkel der Verbraucherpolitik“ in: Gerste, Bettina; Igl, Gerhard; Klose, Joachim; Schiemann, Doris. (Hrsg.): Qualität in der Pflege: Betreuung und Versorgung von pflegebedürftigen alten Menschen in der stationären und ambulanten Altenhilfe. Stuttgart: Schattauer, 2002, 65-78

Journal of Mental Health, Vol.4, Issue 2, 1995

Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, Vol. 7, 2000, 59-67

Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, Vol.9, 2002, 725-736

Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V. (Hrsg.): „Pflegequalität und Pflegeleistungen I - Bericht über die erste Phase des Projektes „Entwicklung und Erprobung eines Modells zur Planung und Darstellung von Pflegequalität und Pflegeleistungen“. (2001) in: <http://www.dip-home.de/material/downloads/bericht-pflegeleistung1.pdf>, aufgerufen am 20.08.2008

Kitwood, Tom: Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Deutschsprachige Ausgabe herausgegeben von Müller-Hergl, Christian, 4. unveränderte Aufl.; Bern Göttingen Toronto Seattle: Hans Huber, 2005

Kranich, Mariana: „Dementia Care Mapping: Die Botschaften von Demenzen richtig verstehen“ in: Pflegen Ambulant, Jg. 12, H.5, 2001, 19-22

Kruse, Andreas: „Gemeinsam für ein besseres Leben mit Demenz in Wissenschaft und Gesellschaft“ (2004) in: http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/Vortrag_Kruse_neu.pdf, aufgerufen am 04.08.2008

Kruse, Andreas: „Ethische Perspektiven“ in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Jg. 38, H. 4, 2005a, 231-232

Kruse, Andreas: „Selbstständigkeit, bewusst angenommene Abhängigkeit, Selbstverantwortung und Mitverantwortung als zentrale Kategorien einer ethischen Betrachtung“ in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Jg. 38, H. 4, 2005b, 273-287

Kruse, Andreas: „Lebensqualität demenzkranker Menschen“ in: Zeitschrift für medizinische Ethik, Jg. 51, 2005c, 41-57

Kruse, Andreas: „Ethische und sozialpsychologische Implikationen von Altersdemenz und Alzheimer-Erkrankung“ (2006) in: Nationaler Ethikrat (Hrsg.): Altersdemenz und Morbus Alzheimer, Berlin: Ad litteras, 2006, 51-62

Kruse, Andreas: „Lebensqualität und Wohlbefinden von Menschen mit Demenz: Wir können den Wert guter Pflege belegen“ in: Pflegezeitschrift, Jg. 61, H. 2, 2008, 74-75

Kruse, Andreas; Schmitt, Eric: „Kompetenzgruppen von an Demenz erkrankten Menschen: Den Blick auf die Ressourcen richten“ in: Pflegezeitschrift, Jg. 61, H. 2, 2008, 77-81

Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.): Qualitätshandbuch Leben mit Demenz: Zugänge finden und erhalten in der Förderung, Pflege und Begleitung von Menschen mit Demenz und psychischen Veränderungen. Köln: Eigenverlag, 2001, 117-128

Lindpaintner, Lyn, S.: „Der Beitrag der Körperuntersuchung zum klinischen Assessment: Wirksames Instrument der professionellen Pflege“ in: Pflege, Jg. 20, H. 4, 2007, 185-190

Lintern, Tracey; Woods, Bob: „Reliabilität und Validität des DCM“ in: Innes, Anthea (Hrsg.): Die Dementia Care Mapping Methode (DCM): Anwendung und Erfahrungen mit Kitwoods person-zentriertem Ansatz. Deutschsprachige Herausgabe von Müller-Hergl, Christian. Bern Göttingen Toronto Seattle: Hans Huber, 2004, 38-50

Martin, W. Geoffrey; Younger, Dennis: „Anti oppressive practice: a route to the empowerment of people with dementia through communication and choice“ in: Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, Vol. 7, 2000, 59-67

Mayer, Hanna: Pflegeforschung: Elemente und Basiswissen. 3., verbesserte Auflage; Wien: Facultas, 2003

Mayer, Hanna; Sommer, Eva: „Grundlagen I: Forschungsansätze“ in: Warmbrunn, Angelika (Hrsg.): Werkstattbücher zur Pflege heute: Pflegehandeln an pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen ausrichten. München: Elsevier, 2006

Müller, Ingrid: „Verstehen kommt von Beobachten“ in: Heim und Pflege, Jg. 32, H. 10, 2001, 353- 356

Müller-Hergl, Christian: „Positive Personenarbeit“ in: Altenpflege, Jg. 23, H. 6, 1998, 35-37

Müller-Hergl, Christian: „Oft trägt der Schein: Fühlen sich Demenzkranke tatsächlich wohl? Ermitteln Sie es mit dem DCM- Verfahren“ in: Heim und Pflege, Jg. 30, H. 3, 1999, 98-103

Müller-Hergl, Christian: „Die Evaluation der Lebensqualität bei einer Gruppe von Klienten mit Hilfe des Dementia Care Mappings (DCM) in der teilstationären und stationären Pflege“ in: KDA (Hrsg.) : Qualitätshandbuch Leben mit Demenz: Zugänge finden und erhalten in der Förderung, Pflege und Begleitung von Menschen mit Demenz und psychischen Veränderungen. Köln: Eigenverlag, 2001, 117-128

Müller-Hergl, Christian: „Wahrnehmen und Beschreiben. Dementia Care Mapping“ in: Dr. med. Mabuse, Jg. 29, H. 152, 2004a, 37-40

Müller-Hergl, Christian: „Kritische Betrachtung des DCM in Deutschland“ in: Innes, Anthea (Hrsg.): Die Dementia Care Mapping Methode (DCM): Anwendung und Erfahrungen mit Kitwoods person-zentriertem Ansatz. Deutschsprachige Herausgabe von Müller-Hergl, Christian, Bern Göttingen Toronto Seattle: Hans Huber, 2004b, 69-86

Müller-Hergl, Christian: „Wohlbefinden und Methode: Dementia Care Mapping. Zur Analytik zentraler Begriffe“ in: Bartholomeyczik, Sabine; Halek, Margareta (Hrsg.): Assessmentinstrumente in der Pflege: Möglichkeiten und Grenzen. Hannover: Schlütersche, 2004c, 115-126

Müller-Staub, Maria: „Anforderungen und Ergebnisse systematischer Pflegeassessments“ (2006) in: <http://www.icnp/info/doc/MMM2006c.pdf>, aufgerufen am 15.08.2008

Nationaler Ethikrat (Hrsg.): Altersdemenz und Morbus Alzheimer, Berlin: Ad litteras, 2006

Nationale Pflegeassessmentgruppe Deutschland: „Grundsatzstellungsnahme, Ernährung und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen. Abschlussbericht Projektgruppe P39 des medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen“ in: Pflegezeitschrift, Jg. 58, H. 7, 2005, 2-8

Nursing and Midwifery Council: “The Code: Standards of conduct, performance and ethics for nurses and midwives” (2007) in: <http://www.nmc-uk.org/aFrameDisplay.aspx?DocumentID=3954>, aufgerufen am 22.10.2008

Persaud, Michelle: „Was Dienstleister für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen lernen können“ in: Innes, Anthea (Hrsg.): Die Dementia Care Mapping Methode (DCM): Anwendung und Erfahrungen mit Kitwoods person-zentriertem Ansatz. Deutschsprachige Herausgabe von Müller-Hergl, Christian, Bern Göttingen Toronto Seattle: Hans Huber, 2004, 125-132

Pflege, Jg. 7, H. 3, 2002

Pflege, Jg.17 , H. 1, 2004

Pflege Jg. 20, H. 4, 2007

Pflege, Jg. 21, H. 5, 2008

Pflege Aktuell, Jg. 55, H. 9, 2001

Pflegen Ambulant, Jg.12, H. 5, 2001

Pflege & Gesellschaft, Jg. 8, H. 1, 2003

Pflegezeitschrift, Jg. 58, H. 7, 2005

Pflegezeitschrift, Jg. 61, H. 2, 2008

Pons: Kompaktwörterbuch. Englisch- deutsch, deutsch- Englisch. Stuttgart: Klett, 1985

PR Internet, Jg. 8, H. 5, 2006

pro Alter, Jg. 33, H. 1, 2000

pro Alter, Jg. 35, H. 3, 2002

Psychrembel: Klinisches Wörterbuch. 261. neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Walter de Gruyter: Berlin New York, 2007

Raabe, Harald: „Dementia Care Mapping: Beobachten, Verstehen, Verändern“ in: pro Alter, Jg. 35, H. 3, 2002, 7-11

Rappold, Elisabeth: „SMAF, RAI und ICF- Pflegeassessmentinstrumente für den extramuralen Bereich“ in: Pflege, Jg. 20, H. 4, 2007, 205-210

Re, Susanna: „Emotionales Ausdrucksverhalten bei schweren demenziellen Erkrankungen“ in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Jg. 36, H. 6, 2003, 447-453

Reuschenbach, Bernd: „Editorial: Wer bewahrt die Praxis vor ungeeigneten Pflegeassessments?“ in: Pflege, Jg. 21, H. 5, 2008, 295-298

Riesner, Christine: „Beziehung gestalten: Eine Evaluationsstudie zur Implementierung personenzentrierter Pflege im stationären Bereich“ in: Altenpflege, Jg. 31, H. 6, 2006, 35-38

Rogers, R. Carl. Schmid, F. Peter: Person-zentriert: Grundlagen von Theorie und Praxis: Mit einem kommentierten Beratungsgespräch von Carl R. Rogers. Mainz: Matthias-Grünwald, 1991

Rumsey, Deborah: Statistik für Dummies. Weinheim: WILEY- VCH, 2005

Rückert, Willi: „Beobachtungsmethode „Dementia Care Mapping“ ermittelt: Wie zufrieden sind altersverwirrte Menschen? Endlich praktikables Verfahren zur Qualitätsabschätzung gerontopsychiatrischer Pflege“ in: pro Alter, Jg. 33, H. 1, 2000, 53-55

Rüsing, Detlef: „Die Interraterreliabilität der Verhaltens- und Wohlbefindlichkeitskodierung des Beobachtungsinstrumentes Dementia Care Mapping (DCM)“ Masterthesis, Universität Witten/Herdecke, 2004

Schaeffer, Doris: „Pflegeforschung: Aktuelle Entwicklungstendenzen und – herausforderungen“ in: Pflege Jg. 7, H. 3, 2002, 73-79

Schnabel, Mirja: Umgang mit Demenzkranken: Entwicklung eines Lernfeldes auf Basis empirischer Daten aus der Berufspraxis der Pflege. Hannover: Schlütersche, 2005

Schrems, Berta: „Standardisierte Assessmentinstrumente im Lichte der Hermeneutik“ in: Pflege, Jg. 20, H. 4, 2007, 218-224

Schweizerisches Medizin Forum, Jg. 5, H. 51, 2005

Scurfield-Walton, Maria: „DCM und Personalentwicklung“ in: Innes, Anthea (Hrsg.): Die Dementia Care Mapping Methode (DCM): Anwendung und Erfahrungen mit Kitwoods person-zentriertem Ansatz. Deutschsprachige Herausgabe von Müller-Hergl, Christian, Bern Göttingen Toronto Seattle: Hans Huber, 2004, 97-107

Strunk-Richter, Gerlinde: „Wie sinnvoll ist Dementia Care Mapping?“ in: Pflege Aktuell, Jg. 55, H.9, 2001, 466-469

Strunk-Richter, Gerlinde: „Landkarte des Verhaltens“ in: Altenpflege, Jg. 30, H.1, 2005, 47-49

The journal of dementia care, Jg. 14, H.1, 2006

Wallner, Jürgen: Ethik im Gesundheitssystem: eine Einführung; EthGS. Wien: Facultas, 2004

Warmbrunn, Angelika (Hrsg.): Werkstattbücher zur Pflege heute: Pflegehandeln an pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen ausrichten München: Elsevier, 2006

www.dgss.org/fileadmin/user_upload/ak_alter_2007.doc, aufgerufen am 13.08.2008

Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Jg. 34, H. 2, 2001

Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Jg. 36, H. 6, 2003

Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Jg. 38, H. 2, 2005

Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Jg. 38, H. 4, 2005

Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Jg. 39, H. 5, 2006

Zeit Literatur, Jg. 42, 2008

Zeitschrift für medizinische Ethik, Jg. 51, 2005

Erklärung

„Hiermit versichere ich gemäß § 28 der Studien- und Prüfungsordnung der Hochschule Esslingen – Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege, dass ich diese Bachelorarbeit selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe.“

Esslingen, den _____

(Datum)

(Unterschrift)

Erklärung

„Hiermit versichere ich gemäß § 28 der Studien- und Prüfungsordnung der Hochschule Esslingen – Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege, dass ich diese Bachelorarbeit selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe.“

Esslingen, den _____
(Datum)

(Unterschrift)