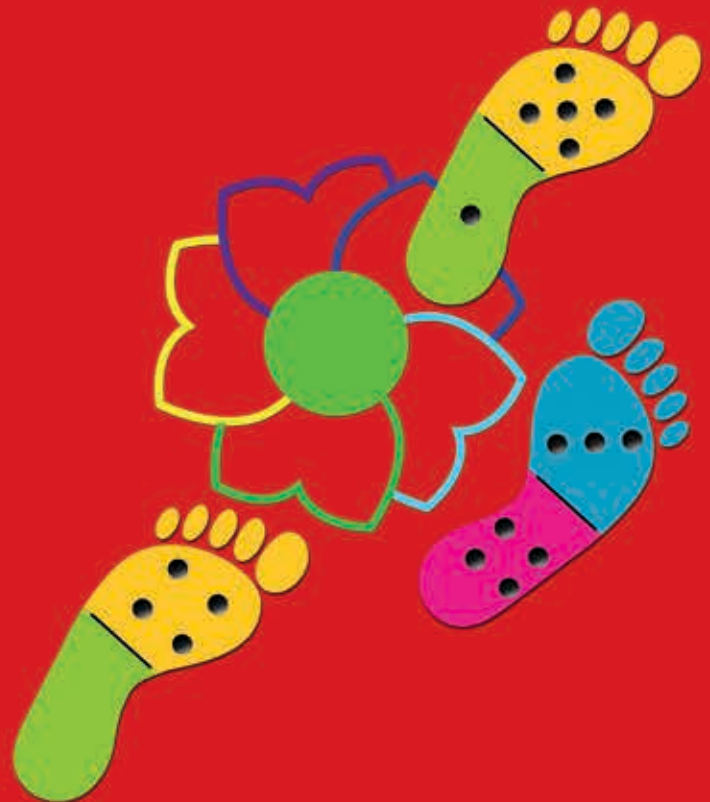


Christine Riesner  
Herausgeberin

# Dementia Care Mapping (DCM)

Evaluation und Anwendung  
im deutschsprachigen Raum



Christine Riesner (Hrsg.)  
**Dementia Care Mapping (DCM)**

Verlag Hans Huber  
**Programmbereich Pflege**

*Beirat*

Angelika Abt-Zegelin, Dortmund

Jürgen Osterbrink, Salzburg

Doris Schaeffer, Bielefeld

Christine Sowinski, Köln

Franz Wagner, Berlin





Christine Riesner  
(Herausgeberin)

# Dementia Care Mapping (DCM)

**Evaluation und Anwendung  
im deutschsprachigen Raum**

Unter Mitarbeit von

Christian Müller-Hergl  
Iris Hochgraeber  
Renate Kirchgäßner  
Milena von Kutzleben  
Lieseltraud Lange-Riechmann  
Stefan Ortner  
Tina Quasdorf

Beate Radzey  
Christine Riesner  
Detlef Rüsing  
Johannes van Dijk  
Claudia Zemlin  
Maria Zörkler

Verlag Hans Huber

**Christine Riesner (Hrsg.)** Dr. rer., Dr. rer. medic., BScN, MSEN, MScN, DCM Strategic Lead Germany  
Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e. V. (DZNE)  
in Kooperation mit der Universität Witten/Herdecke  
Standort Witten  
Stockumer Str. 12  
DE-58453 Witten  
Tel.: +49 23 02 926 175  
Fax: +49 23 02 926 318  
Web: <http://www.dzne.de>  
E-Mail: [christine.riesner@dzne.de](mailto:christine.riesner@dzne.de)

Lektorat: Jürgen Georg, Andrea Weberschinke  
Bearbeitung: Swantje Kubillus  
Herstellung: Daniel Berger  
Titellillustration: pinx. Winterwerb und Partner, Design-Büro, Wiesbaden  
Satz: Claudia Wild, Konstanz  
Druck und buchbinderische Verarbeitung: Hubert & Co., Göttingen  
Printed in Germany

*Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek*

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Angaben sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.



Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne schriftliche Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Verfasser haben größte Mühe darauf verwandt, dass die therapeutischen Angaben insbesondere von Medikamenten, ihre Dosierungen und Applikationen dem jeweiligen Wissensstand bei der Fertigstellung des Werkes entsprechen.

Da jedoch die Pflege und Medizin als Wissenschaften ständig im Fluss sind, da menschliche Irrtümer und Druckfehler nie völlig auszuschließen sind, übernimmt der Verlag für derartige Angaben keine Gewähr. Jeder Anwender ist daher dringend aufgefordert, alle Angaben in eigener Verantwortung auf ihre Richtigkeit zu überprüfen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen oder Warenbezeichnungen in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen-Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

*Anregungen und Zuschriften bitte an:*

Verlag Hans Huber  
Lektorat Pflege  
z. H.: Jürgen Georg  
Länggass-Strasse 76  
CH-3000 Bern 9  
Tel: 0041 (0)31 300 4500  
Fax: 0041 (0)31 300 4593  
[juergen.georg@hanshuber.com](mailto:juergen.georg@hanshuber.com)  
<http://verlag-hanshuber.com>

1. Auflage 2014

© 2014 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern

(E-Book-ISBN\_PDF 978-3-456-95344-1

(E-Book-ISBN\_EPUB 978-3-456-75344-7)

ISBN 978-3-456-85344-4

## Inhaltsverzeichnis

Geleitwort	11
Vorwort der deutschen Herausgeberin	13
<b>1. DCM im Kontext von Konzepten zur Lebensqualität von Menschen mit Demenz</b>	
<i>Christian Müller-Hergl</i>	15
1.1 Einleitung	15
1.2 Pflegequalität, Subjektivität und wertorientierte Entwicklung	15
1.3 Lebensqualität als multidimensionales Konstrukt	16
1.4 Von der Selbstbekundung zur Fremdeinschätzung	17
1.5 Beobachtung	19
1.6 Es gibt keine «Cadillac-Version»	20
1.6.1 Sind Selbstauskünfte unhinterfragbar?	21
1.6.2 Um was geht es bei der Erhebung von Lebensqualität	22
1.7 Personsein	23
1.8 Entwicklung einer wertorientierten Pflegekultur	24
1.8.1 Wie man lebt, nicht (nur), wie es geht ...	25
1.9 Fazit	26
<b>2. DCM – Instrument und Methode</b>	
<i>Christine Riesner</i>	31
2.1 Einleitung	31
2.2 Hintergrund – Dialektik der Demenz	31
2.2.1 Maligne Sozialpsychologie und Personsein	32
2.2.2 Positive Personenarbeit und Wohlbefinden	35
2.3 DCM – Das Instrument	36
2.3.1 DCM – Die Verhaltenskategorien	37
2.3.2 DCM Wohlbefinden	41
2.3.3 DCM – Sozialpsychologie und Beziehungsqualität	41
2.4 DCM – Die Methode	44
2.5 Ethik	47
2.6 Psychometrische Untersuchungen zu DCM	47
2.6.1 Diskussion der psychometrischen Untersuchungen von DCM	49
2.7 Einsatzgebiete von DCM	51
2.8 Zusammenfassung und Ausblick	53

<b>3.</b>	<b>Biografie, psychobiografisches Pflegemodell nach Böhm und DCM</b>	
	<i>Claudia Zemlin und Beate Radzey</i> . . . . .	57
3.1	Einleitung . . . . .	57
3.2	Theoretischer Zugang zu Biografie und person-zentrierter Pflege . . . . .	57
3.2.1	Biografisches Arbeiten und Erinnerungspflege in der Altenhilfe . . . . .	58
3.2.2	Die Biografie eines Menschen im psychobiografischen Pflegemodell . . . . .	60
3.2.3	Grundlagen des Modells . . . . .	61
3.3	Praxisbeispiel eines trägerinternen Implementierungsprozesses . . . . .	62
3.3.1	Einführung . . . . .	62
3.3.2	Ausgangssituation . . . . .	62
3.3.3	Neuausrichtung auf person-zentrierte Pflege und Einführung von DCM . . . . .	62
3.3.4	Einführung des psychobiografischen Pflegemodells . . . . .	63
3.3.5	Die Verknüpfung der beiden Ansätze . . . . .	63
3.3.6	Kitwoods und Böhms Ansatz: Was verbindet sie? . . . . .	65
3.3.7	Konzeptionelle und inhaltliche Weiterentwicklungen . . . . .	65
3.3.8	Ergebnisqualität: DCM-Ergebnisse und Mitarbeiterhaltung . . . . .	67
3.4	Fazit . . . . .	70
<b>4.</b>	<b>Der Einfluss von Umgebungsfaktoren auf das Wohlbefinden</b>	
	<i>Beate Radzey</i> . . . . .	71
4.1	Einführung . . . . .	71
4.2	Theoretische Konzepte zur Konzeptualisierung von Mensch-Umwelt-Beziehungen . . . . .	72
4.3	Die Bedeutung der Umgebungsbedingungen . . . . .	73
4.3.1	Ausgewogenheit sensorischer Umweltstimuli . . . . .	74
4.3.2	Vermeidung akustischer Überstimulation . . . . .	74
4.3.3	Licht für besseres Sehen . . . . .	75
4.3.4	Licht am Tag für besseres Schlafen in der Nacht . . . . .	75
4.3.5	Vermeidung von Blendung . . . . .	76
4.3.6	Gerüche schaffen Atmosphäre . . . . .	76
4.3.7	Thermische Behaglichkeit . . . . .	77
4.4	Anregungen und Handlungsmöglichkeiten bieten . . . . .	77
4.4.1	Wohnküchen . . . . .	78
4.4.2	«Aktivitätsecken» . . . . .	78
4.4.3	Bewegungsraum . . . . .	79
4.4.4	Freibereiche . . . . .	79
4.5	Räumlich-soziales Verhalten . . . . .	80
4.5.1	Respektieren des persönlichen Raums . . . . .	80
4.5.2	Stresserleben durch eine zu große soziale Dichte . . . . .	81
4.5.3	Sitzordnung und Position im Raum . . . . .	81
4.6	Sich vertraut und heimisch fühlen . . . . .	82
4.6.1	Gestalterische Assoziationen an Häuslichkeit . . . . .	82
4.6.2	Möglichkeiten zur Entwicklung bedürfnisorientierter Nutzungs- und Verhaltensmuster . . . . .	83
4.6.3	Die Bedeutung von «Lieblingsplätzen» . . . . .	83

4.7	Person-zentrierte Pflege und Milieuthherapie als sich ergänzende Rahmenkonzepte . . . . .	84
4.8	Ausblick . . . . .	85
<b>5.</b>	<b>Erfassung des Erlebens von Menschen mit Demenz durch DCM und Interviews – Ergebnisse und Erfahrungen am Beispiel eines Betreuungsangebotes</b>	
	<i>Iris Hochgraeber</i> . . . . .	89
5.1	Einleitung . . . . .	89
5.2	Hintergrund . . . . .	89
5.3	Ziel und Fragestellung . . . . .	90
5.4	Methodik . . . . .	90
5.4.1	Untersuchungsfeld . . . . .	90
5.4.2	Erhebung und ethische Aspekt . . . . .	90
5.4.3	Analyse . . . . .	91
5.5	Ergebnisse . . . . .	91
5.5.1	Teilnehmende Personen . . . . .	91
5.5.2	DCM-Erhebungen . . . . .	92
5.5.3	Interviews . . . . .	97
5.6	Diskussion . . . . .	100
5.7	Limitationen der Studie . . . . .	102
5.8	Fazit . . . . .	102
<b>6.</b>	<b>DCM im Krankenhaus – Erfahrungen in Deutschland im internationalen Kontext</b>	
	<i>Detlef Rüsing und Claudia Zemlin</i> . . . . .	105
6.1	Einleitung . . . . .	105
6.2	Demenz im Krankenhaus . . . . .	106
6.2.1	Die Situation von Menschen mit Demenz im Krankenhaus . . . . .	106
6.2.2	Projekte und Studien zur Verbesserung der Versorgung in der Akutversorgung . . . . .	107
6.3	DCM im Krankenhaus . . . . .	108
6.3.1	Dementia Care Mapping – Instrument und Methode . . . . .	108
6.3.2	Anwendung der DCM-Methode im Krankenhaus . . . . .	109
6.3.3	DCM – Studien zur Anwendung in Krankenhäusern . . . . .	110
6.4	Fazit . . . . .	112
<b>7.</b>	<b>DCM in der Tagespflege – Ein Erfahrungsbericht</b>	
	<i>Tina Quasdorf und Milena von Kutzleben</i> . . . . .	115
7.1	Einleitung . . . . .	115
7.2	Tagespflege als ein Angebot der teilstationären Versorgung für Menschen mit Demenz . . . . .	115
7.3	Die Tagespflege am Turm in Sprockhövel als beispielhaftes Setting für eine DCM-Beobachtung . . . . .	117
7.4	Ergebnisse . . . . .	118
7.4.1	Gruppenbezogene Ergebnisse – Darstellung im Tagesverlauf . . . . .	119
7.4.2	Zusammenfassung der Daten . . . . .	119



7.4.3	Tagesverlauf	119
7.4.4	Psychologische Bedürfnisse	121
7.4.5	Diskussion und Zwischenfazit	122
7.5	Fallbeispiel I – Herr A	122
7.5.1	Zusammenfassung der Daten	122
7.5.2	Tagesverlauf	123
7.5.3	Psychologische Bedürfnisse	124
7.5.4	Diskussion und Zwischenfazit	124
7.6	Fallbeispiel II – Frau B	125
7.6.1	Zusammenfassung der Daten	125
7.6.2	Tagesverlauf	126
7.6.3	Psychologische Bedürfnisse	126
7.6.4	Diskussion und Zwischenfazit	127
7.7	Reflexion der Zusammenarbeit mit den Mitarbeiterinnen und des Feedbackgesprächs	127
7.8	Diskussion und Fazit	128
<b>8.</b>	<b>Die DCM-Evaluation ist zu lang – geht es auch kürzer?</b>	
	<i>Johannes van Dijk und Claudia Zemlin</i>	133
8.1	Einleitung	133
8.2	Gründe dafür, dass DCM nicht angewendet wird	133
8.2.1	Potentiell interessierte Einrichtungen, die DCM nicht einsetzen	134
8.2.2	Einrichtungen, die DCM anfangen und damit später wieder aufhören	134
8.3	Was kostet DCM?	135
8.4	Zeitbedarf für eine Beobachtung über sechs Stunden	137
8.5	Können mit weniger Zeitaufwand ausreichend gute Ergebnisse erzielt werden?	138
8.6	Erfahrungen mit Kurz-DCM	140
8.6.1	Kurz-DCM in der Stunde vor dem Mittagessen	140
8.6.2	Untersuchungsergebnisse von sieben Kurz-DCM-Modellen	140
8.6.3	Parallelmappings	141
8.6.4	Ein positives Praxisbeispiel von Kurz-DCM	142
8.6.5	Schriftliche Befragung der Mitarbeiter zur Einschätzung von Kurz-DCM	143
8.6.6	Wenn aus Voll-DCM nur ein Teil benutzt wird	145
8.7	Empfehlung zu Einsatzmöglichkeiten von Kurzmappings	146
<b>9.</b>	<b>Angehörige im DCM-Prozess beteiligen</b>	
	<i>Stefan Ortner</i>	149
9.1	Einleitung	149
9.2	Angehörige in den DCM-Prozessaufbau integrieren	149
9.2.1	Aufbau des DCM-Prozesses mit Angehörigen	150
9.2.2	Organisation von Feedbackgesprächen im DCM mit Angehörigen	151
9.2.3	Der Ablauf des Angehörigenfeedback	152
9.3	Die Teilnehmenden des Angehörigenfeedback, ihre Rollen und Anliegen	153
9.3.1	Die Vertreter des Pflegeteams	153
9.3.2	Die Angehörigen und ihre Anliegen	154
9.3.3	Die Beobachter als Moderatoren und Advokaten des dementen Bewohners	155

9.3.4	Die Beobachter als Moderatoren: Konflikte und verdeckte Anliegen . . . . .	157
9.4	Die Beobachter als Advokaten: Perspektiven differenzieren . . . . .	158
9.5	Die Dynamik der Öffnung im Angehörigenfeedback . . . . .	159
9.6	Zugang zum biografischen Verstehen im Angehörigenfeedback . . . . .	161
9.7	Abschluss . . . . .	162
<b>10.</b>	<b>DCM in innovativen Versorgungsformen – Das Beispiel häuslicher Tagespflege</b>	
	<i>Maria Zörkler und Renate Kirchgäßner</i> . . . . .	165
10.1	Einleitung . . . . .	165
10.2	Ausgangssituation . . . . .	165
10.3	Die Erprobung qualitätsgesicherter häuslicher Tagespflege . . . . .	166
10.3.1	Zufriedenheit der Gäste und Angehörigen . . . . .	169
10.3.2	Zufriedenheit und Belastungserleben der Betreuungspersonen . . . . .	170
10.3.3	Wohlbefinden der Gäste . . . . .	172
10.4	Fazit und Ausblick . . . . .	179
<b>11.</b>	<b>DCM unter ökonomischer Betrachtung</b>	
	<i>Lieseltraud Lange-Riechmann</i> . . . . .	183
11.1	Einleitung . . . . .	183
11.2	Ökonomie und die Zufriedenheit aller Betroffenen . . . . .	183
11.2.1	Nachweis der Zufriedenheit . . . . .	184
11.3	Ökonomische Effizienz für Unternehmen und Organisationen . . . . .	188
11.3.1	Personalkosten und die Weiterentwicklung einer Dienstleistung in Unternehmen . . . . .	188
11.4	Veränderungen von Hierarchien . . . . .	193
11.5	Humankapital . . . . .	193
11.6	Bedeutung von Wissensmanagement für die ökonomische Effizienz in Unternehmen . . . . .	195
11.7	Marketingaspekt von DCM im Unternehmen . . . . .	199
11.8	Preisfindung . . . . .	201
11.9	Gesellschaftliche Verantwortung . . . . .	203
11.10	Zusammenfassung . . . . .	204
<b>12.</b>	<b>Vernetzung von DCM-Partnern</b>	
	<i>Lieseltraud Lange-Riechmann</i> . . . . .	207
12.1	Einleitung . . . . .	207
12.2	Das Implementierungsprojekt . . . . .	207
12.3	Der Landkreis Minden-Lübbecke . . . . .	207
12.4	Das Projekt . . . . .	208
12.4.1	Projekt-Evaluation . . . . .	212
12.5	Case- und Caremanagement . . . . .	213
12.6	Umsetzung in die Praxis . . . . .	214
12.6.1	Bewertung der Umsetzung in die Praxis . . . . .	216
12.6.2	Finanzierung . . . . .	216
12.7	SWOT-Analyse . . . . .	217
12.7.1	SWOT-Analyse des Unternehmens . . . . .	217
12.7.2	SWOT-Analyse aus Sicht der Mapper . . . . .	218

12.8	Zusammenfassung .....	219
12.9	Ausblick .....	220
	Deutschsprachige Literatur, Adressen und Links zum Thema «Demenz» .....	223
	Adressenverzeichnis .....	235
	MitarbeiterInnenverzeichnis .....	241
	Sachwortverzeichnis .....	245

## Dementia Care Mapping – Erfahrungen und Anwendung in deutschen Versorgungskontexten

Demenz – eine der großen Herausforderungen für die gesamte Gesellschaft. Nach derzeitigen Schätzungen leben bis zu 1,4 Millionen Menschen in Deutschland, mit der Diagnose Demenz. Vor dem Hintergrund der Tatsachen, dass die Ursachen für das Entstehen der Erkrankung immer noch unklar sind und eine effektive Therapie demnach auf sich warten lässt, kommt insbesondere psycho-sozialen Interventionen sowie einem person-zentrierten Betreuungsansatz eine herausragende Rolle zu. Genau hier setzt die vorliegende Publikation an.

Dementia Care Mapping (DCM), eine seit 1998 international erfolgreich eingesetzte Beobachtungsmethode, die die Möglichkeit bietet, den Alltag eines Menschen mit Demenz abzubilden. DCM geht auf die theoretischen Ausführungen von Kitwood zur person-zentrierten Pflege zurück. Mit Hilfe dieser Methode gelingt es, detaillierte Auskunft darüber zu erhalten, welche Vorlieben oder Abneigungen eine Person hat oder wie Pflege und Betreuung erlebt wird. DCM setzt damit unmittelbar am Erleben der von Demenz betroffenen Person an und räumt dem Wohlbefinden einen zentralen Stellenwert ein. Ziel dieser Vorgehensweise ist es, ein individuell angepasstes Angebot anbieten zu können und somit auch die Qualität von Pflege und Betreuung zu erhöhen.

Dementia Care Mapping bedient zwei Ergebnisebenen: Erstens, das Wohlbefinden des Menschen mit Demenz, verstanden als Ergebnis für eine person-zentrierte Pflege und Betreuung. Gleichwohl sei angemerkt, dass noch Forschungsbedarf besteht hinsichtlich der Ge-

neralisierbarkeit der Aussagen sowie der Frage danach, ob eine quantitative Zusammenfassung aller auf das Wohlbefinden ausgerichteter Fragen methodisch hinreichend abgesichert ist. Zweitens, die detaillierte Abbildung des Alltags mit konkreten Hinweisen auf das Verhalten und Erleben von Pflege und Betreuung sowie der Beziehungsqualität. Hierbei handelt es sich um quantitative wie auch qualitative Daten, die gehaltvoll für die Praxis und den Pflegeprozess sind.

Dementia Care Mapping verbindet Praxisanforderungen sinnvoll mit Forschungsfragen: Es wird von den Praktikern geschätzt, da es wertvolle Erkenntnisse für die Gestaltung von Pflege und Betreuung liefert. Es wurde aus der Praxis heraus entwickelt und fand dann Einzug in die Pflegeforschung. Es ist in der Pflegeforschung international akzeptiert. Gleichwohl handelt es sich um eine sehr komplexe Beobachtungsmethode, die sowohl personal- als auch zeitintensiv ist. Bedingt durch ihren Anspruch person-zentrierte Pflege und Betreuung nicht nur zu erfassen, sondern auch deren Umsetzung im Alltag zu befördern, geht mit einer Implementierung ein Sinneswandel einher, d. h. weg von einer vorwiegend funktionalen, hin zu einer den Anforderungen der Person mit Demenz orientierten Alltagsgestaltung.

Der Herausgeberin ist es gelungen, Autorinnen und Autoren zu gewinnen, um die Vielzahl der unterschiedlichen DCM Anwendungsgebiete zusammenfassend darzustellen. Somit verdeutlichen die einzelnen Beiträge in diesem Buch einerseits, wie Dementia Care Mapping in

verschiedenen Betreuungs- und Pflegesettings (u. a. stationäre Pflege, Tagespflege, Krankenhaus) eingesetzt werden kann. Andererseits werden theoretische und methodische Herausforderungen von Dementia Care Mapping erläutert. Somit bedient diese Publikation sowohl Anforderungen der Praxis als auch der For-

schung und stellt einen wertvollen Beitrag für die weitere Diskussion hinsichtlich noch offener Fragen und Anwendungsbereiche dar.

Witten, 1. Oktober 2013

Prof. Dr. Martina Roes

## Vorwort der Herausgeberin

Die personzentrierte Pflege bei Demenz und das Dementia Care Mapping (DCM) sind in Deutschland schon viele Jahre bekannt. Erste DCM Basiskurse, in denen das Kodieren, Analysieren und Feedback-Geben mit DCM erlernt werden, fanden seit dem Jahr 1998 statt. Seit diesen Anfängen wird DCM in der Praxis und in wissenschaftlichen Qualifizierungsarbeiten behandelt oder es werden Evaluationen mit DCM durchgeführt. Wohlbefinden für Menschen mit Demenz hat sich zu einem wesentlichen Qualitätsmerkmal guter Demenzpflege entwickelt und auch dies hängt mit Kitwoods Theorie person-zentrierter Pflege und dem DCM Instrumentarium zusammen.

In der (Demenz)Versorgung wird die Auseinandersetzung um wissenschaftlich und/oder praktisch nutzbare Assessment-Instrumente fortlaufend geführt. Die Anforderungen an ein Assessment können sich je nach Praxis- oder wissenschaftlicher Nutzung unterscheiden. Die Frage der Adaptierbarkeit in einen Praxiskontext ist beispielsweise eher ein Kriterium für die Praxisanwendung. Dieser Aspekt soll später noch einmal aufgegriffen werden. An dieser Stelle ist es wichtig, festzuhalten, dass DCM unter Beteiligung der Praxis für die Praxis entwickelt wurde. Es sind hierfür viele Stunden für Feldversuche, Diskussionen mit Praktikern und Assessment-Anpassungen verwendet worden. So ist ein komplexes Instrumentarium entstanden, welches auch wissenschaftlichen Anforderungen der Validität und Reliabilität standhält, aber seine volle Kapazität erst in der Praxisentwicklung entfalten kann.

In Deutschland sind bisher hauptsächlich aus dem Englischen übersetzte Werke zu Kitwoods

Theorie personzentrierter Pflege und DCM erhältlich. Das vorliegende Buch stellt die erste Sammlung von Erfahrungen mit Themen der personzentrierten Pflege unter Verwendung von DCM in Deutschland dar. Es enthält Beiträge, die sich, wie DCM selbst, in der Verbindung zwischen Praxis und Wissenschaft bewegen. Beispielsweise wird eine eher wissenschaftstheoretische Auseinandersetzung um Konstrukte der Lebensqualität bei Demenz und DCM im ersten Kapitel geführt. Die Theorie personzentrierter Pflege und ihre Konzepte, das Assessmentinstrument DCM mit seinen Konstrukten und psychometrischen Eigenschaften und die DCM Methode wird in Kapitel 2 bearbeitet. Eine wissenschaftliche Qualifizierungsarbeit beschäftigt sich mit dem Erleben von Menschen mit Demenz in niedrigschwelligen Betreuungsangeboten in Kapitel 5. Evaluationen der Praxis werden mit verschiedenen Fragestellungen in mehreren Kapiteln behandelt. Erkenntnisse zu Versorgungsthemen durch die DCM Anwendung, wie z.B. die Einbeziehung Angehöriger, den Einfluss des Milieus auf das Erleben von Menschen mit Demenz oder den Einsatz von DCM im Krankenhaus finden in weiteren Kapiteln statt. Eine praxisnahe Auseinandersetzung mit Fragen der Ressourcen und Lösungsmöglichkeiten für die DCM Anwendung wird in Kapitel 8 geführt und Kapitel 11 befasst sich mit der ökonomischen Analyse von DCM Einsätzen. Die Darstellung der Netzwerkarbeit unter Verwendung von DCM wird in Kapitel 12 besprochen. Es ist also zusammenfassend ein umfangreiches Werk entstanden, in dem viele Anwendungen und Erfahrungen mit DCM und personzentrierter Pflege

in Deutschland zusammengeführt wurden. Darin besteht auf der abstrakteren Ebene der Wert dieses Werks, denn es zeigt, dass DCM heute auch in Deutschland zum Versorgungsalltag bei Demenz gehört. Auf einer detaillierteren Ebene ist ein facettenreiches Bild gelungener Ansätze, interessanter Erkenntnisse und zukunftsweisender Fragen zur Gestaltung des Alltags für Menschen mit Demenz entstanden, die sowohl praktische Impulse setzen als auch zu weiterer wissenschaftlicher Auseinandersetzung anregen.

Das Thema der Implementierung von DCM wurde in dieser Publikation nicht intensiv behandelt, denn hierzu stehen viele wissenschaftliche Erkenntnisse noch aus. In einer DCM Implementierungsstudie besteht ein häufig verwendetes Design in der Schulung von Mitarbeitern in personenzentrierter Pflege und in der Anwendung der DCM Methode bestehend aus einer Einführung, der DCM Anwendung, des anschließenden Feedbacks und danach erfolgenden Erstellung eines Handlungsplans. Teilweise wird zusätzlich die Veränderung der Hal-

tung und Einstellung der Mitarbeitenden zu Menschen mit Demenz (Attitudes to Dementia Questionnaire ADQ) oder die personenzentrierte Umgebung (PCAT) erfasst. Die Ergebnisse dieser Studien stellen eine wichtige Basis für die Praxisimplementierung dar, allerdings sind viele Fragen hier noch nicht beantwortet. So ist die Frage nach Kriterien für das Bereitsein der Organisation (organizational readiness) für eine erfolgversprechende DCM Implementierung noch offen. Ebenso ist unklar, wie engmaschig DCM angewendet werden sollte, um eine Verbesserung im Hinblick auf person-zentrierte Pflege erreichen zu können. Fragen beispielsweise nach den Grundanforderungen an einen DCM-Ergebnisbericht und an einen DCM-Handlungsplan schließen sich an. Hier werden gegenwärtig in verschiedenen Ländern Studien durchgeführt, deren Ergebnisse das Wissen zur DCM Anwendung vermehren werden.

Wuppertal, 1. Oktober 2013

Dr. Christine Riesner

# 1. DCM im Kontext von Konzepten zur Lebensqualität von Menschen mit Demenz

Von *Christian Müller-Hergl*

## 1.1 Einleitung

Ziel dieses Kapitels ist es, DCM im Kontext der Diskussion um Lebensqualität und ihre Darstellung zu verorten. In Abgrenzung zu Befragungen von Menschen mit Demenz und Einschätzungen seitens der Angehörigen oder Professionellen soll der besondere Beitrag von DCM zur Qualitätsdiskussion herausgearbeitet werden. Die ausgeprägte Verknüpfung von Prozess und Ergebnis lässt Anknüpfungspunkte für die Verbesserung der Praxis besonders deutlich werden. Daraus begründet sich der Anspruch des DCM-Verfahrens, in besonderer Weise zur entwicklungsbezogenen Evaluation von Einrichtungen beizutragen.

## 1.2 Pflegequalität, Subjektivität und wertorientierte Entwicklung

Pflegequalität entwickelt sich an dem Anspruch, die Bedürfnisse und Erwartungen der Klienten möglichst zu erfüllen. Dazu gehört auch, nicht nur die Werte und die Lebensgeschichte eines Menschen zu kennen, sondern auch zu wissen, wie er die Krankheit erlebt und was diese für ihn unter den konkreten Lebensbedingungen, beispielsweise einer stationären Einrichtung, bedeutet (Holst/Hallberg, 2003). Für Menschen mit Demenz ergibt sich die besondere Herausforderung, dass Erinnerung und Urteilsfähigkeit, Sprache und Einsicht beeinträchtigt sind. Dennoch liegen inzwischen viele Belege dafür

vor, dass Menschen mit leichter und mittelschwerer Demenz über ihre Erfahrungen – auch mit der Pflege – berichten können (van Baalen et al., 2011).

Die Beziehung von Pflege- und Lebensqualität ist komplex: Pflegequalität ist eine notwendige, nicht aber hinreichende Voraussetzung von Lebensqualität. Erstere kann ausgezeichnet ausfallen, ohne dass eine hohe Lebensqualität resultiert (Edelman et al., 2005). Andererseits wird in der Regel die Lebensqualität als Teilaspekt der Pflegequalität betrachtet: So gilt sensorische Überstimulation als Mangel in der Pflegequalität aber auch als Mangel der Lebensqualität.

Für viele Klientinnen und Klienten, gerade mit Demenz, ist subjektiv die klinische, funktionale Pflege weniger wichtig, sie verbinden psychosoziale Zuwendung und sinnvolle Betätigung mit Lebensqualität (vgl. Müller-Hergl, 2010). Dies gilt weniger für das sehr späte Stadium der Demenz im Kontext palliativer Pflege, bei der eher die Durchführung der Pflege als möglicher Hinweis auf Lebensqualität gilt (Volicer et al., 2000). Menschen mit mittlerer bis schwerer Demenz sind insgesamt eher zufrieden mit Umwelt und Komfort, weniger zufrieden mit Aktivitäten, Privatheit, Individualität und bedeutsamen Beziehungen: die Lebensqualität, insbesondere in Hinblick auf emotionales Wohlbefinden, nimmt mit der Schwere der Demenz eher ab (Abrahamson et al., 2012). Insgesamt nimmt das Thema Lebensqualität in be-



tonter Weise die Erfahrungswelt der Person in den Blick – es geht weniger um «health care» sondern darum, sein eigenes Leben sinnvoll zu gestalten (Rubinstein, 2000; Uman et al., 2000). Die WHO (1997) definiert Lebensqualität als «the individual's perception of their position in life in the context of the culture and value system in which they live, and in relationship to their goals, expectations, and standards». Damit lässt sich die Frage nach der Lebensqualität nicht loslösen von Fragen, wie Menschen und Familien das Leben mit Demenz erfahren und bewältigen.

Lebensqualität als Teil der Pflegequalität sollte nicht als Glasperlenspiel betrachtet werden: zum einen geht es darum, Defizite der Institutionen und Hospitalisierungsfolgen, insbesondere eine übermäßige Funktionalisierung des Alltags unter Vernachlässigung der psychosozialen Bedürfnisse aufzudecken; zum anderen ist ein gezielter und präziser Beitrag zu einer wertorientierten Entwicklung von Dienstleistungen zu erbringen, um Zufriedenheit (in der Regel bezogen auf extern festgelegte Dimensionen), Wohlbefinden (subjektives Erleben und Bewerten) und Freude zu steigern, Teilhabe zu

sichern und individuell bereichernde Gelegenheiten zu schaffen sowie Vermeidung belastender Situationen zu ermöglichen (Cummins/Lau, 2003).

### 1.3 Lebensqualität als multidimensionales Konstrukt

Lebensqualität stellt ein multidimensionales Konstrukt dar: bestimmte Faktoren wie gesundheitliche Versorgung und materielle Sicherheit, Wahrung der Rechte sowie Umweltbedingungen, aber auch Anzahl und Qualifizierung der Professionellen sind eher am objektiven Ende des Lebenskontextes verortet und können an allgemeinen beziehungsweise kulturell eingegrenzten Standards überprüft werden (sozialnormative Kriterien). Dies entspricht in der Terminologie Veenhovens (2000) der ökonomischen, ökologischen und kulturellen «livability» der Umwelt (in etwa: Lebenswürdigkeit). Davon zu unterscheiden sind die für die konkrete Person spezifischen Interessen und Bedürfnisse, die individuellen Diagnosen und das Verhalten (bei Veenhoven [2000] die Lebensfähigkeit der Person mit den Dimensionen der körperlichen

Tabelle 1-1: Lebens- und Pflegequalität (eigene Darstellung Müller-Hergl, C.)

Konzepte der Lebensqualität	Konzepte der Pflegequalität
Würde	Gesundheit
Privatheit	Mobilität, Stürze
Interaktion und Kommunikation mit Angehörigen und Professionellen	Ernährung
Milieu	Inkontinenz
Beziehungen zu Freunden, Familie, anderen Klienten	Lebensqualität (beispielsweise Fixierungen, sensorische Unterstimulation, Aktivitätsmangel)
Selbstachtung, Selbstwert	Hautzustand
Affekt und Stimmung	Medikation, insbesondere psychotrope Drogen
Engagement und tätig sein	Sensorik (zum Beispiel Hören, Sehen)
Lebenssituation	physisches Wohlbefinden

Tabelle 1-2: Objektive und subjektive Faktoren der Lebensqualität (eigene Darstellung Müller-Hergl, C.)

Eher objektive Aspekte der Lebensqualität	Eher subjektive Aspekte der Lebensqualität
Verhaltenskompetenz	Affekte, Stimmungen
Gesundheit (z. B. Depressivität) und funktionaler Status	Zufriedenheit mit Familie, Freunden, Versorgung
Umgebung, Milieu	Spiritualität
sozioökonomischer Status	Selbstbestimmung, Autonomie

und geistigen Gesundheit sowie dem Wissen und den Fertigkeiten der Person). Es folgen die persönlichen und subjektiven Erfahrungen und die Bewertung des eigenen Lebens im Kontext der objektiven Faktoren und Kontexte (evaluative Komponente). Letzteres entspricht der subjektiven Einschätzung des Lebens nach Veenhoven (2000): Zufriedenheit, Affekte und Stimmungen sowie allgemeine affektive und kognitive Einschätzungen des Lebens.

Die objektiven Faktoren der Lebensqualität weisen eine große Ähnlichkeit mit den oben genannten Konzepten der Pflegequalität auf (s. Tabelle 1-1).

Alle drei – die subjektive, die evaluative sowie die objektive Dimension – sind anhand unterschiedlicher Instrumente und Verfahren einzuschätzen. International hat sich die Unterscheidung von Lawton behauptet, zwischen den objektiven Kriterien, der Verhaltenskompetenz und der interpersonellen Umgebung, sowie den subjektiven Kriterien: psychologisches Wohlbefinden und wahrgenommener Lebensqualität zu unterscheiden. Den letzten Dimensionen, insbesondere dem psychologischen Wohlbefinden, wird die entscheidende Bedeutung für die Bestimmung der Lebensqualität zugemessen («ultimate outcome measure») mit den anderen Dimensionen als Determinanten (Lawton et al., 2000; Lawton, 2001). Umstritten und diskutiert wird, ob es sich bei diesen Dimensionen um definierende Faktoren, Prädiktoren oder Indikatoren der Lebensqualität handelt (Ready/Ott, 2003) (s. Tabelle 1-2).

In umfassenden Reviews wurden folgende acht Dimensionen der Lebensqualität im Sinne einer Konsensdefinition identifiziert: emotionales Wohlbefinden, interpersonale Beziehungen, materielles Wohlbefinden, persönliche Entwicklung, körperliches Wohlbefinden, Selbstbestimmung, soziale Teilhabe und Wahrung der Rechte der Person (Schallock, 2000; Wang et al., 2010). Zusammengefasst machen sie das Gesamtkonstrukt «Lebensqualität» aus.

Lebensqualität verändert sich mit der Zeit, ist abhängig von den kulturell geprägten Umgebungen, wozu auch die Pflegekultur gehört, den individuellen Interessen, Vorlieben und Neigungen sowie den konkreten Rahmenbedingungen.

## 1.4 Von der Selbstbekundung zur Fremdeinschätzung

Nur die Person selbst, die eine Dienstleistung entgegennimmt, kann beurteilen, ob diese ihren Wünschen und Bedürfnissen entspricht (Brod et al., 1999). Es besteht heute Konsens darüber, dass das Ergebnis der Pflege nicht nur an der objektiven Pflegequalität der Einrichtung, sondern an der Zufriedenheit und dem Wohlbefinden der Klienten gemessen werden muss (Sloane et al., 2005). Je mehr die Demenz allerdings zunimmt, desto eher ist es eine Herausforderung, im Kontakt mit Menschen mit Demenz durch Befragungen deren Zufriedenheit und Wohlbefinden zu ermitteln (Brooker und Woolley, 2007; 2007a; Sloane et al., 2005). Sie haben