



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Hochschule Neubrandenburg
Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management
Studiengang Pflegewissenschaft/Pflegemanagement

***DIE ANWENDBARKEIT DER INSTRUMENTE DCM
UND H.I.L.DE.* IN DER PFLEGERISCHEN PRAXIS
-EIN VERGLEICH-***

** Dementia Care Mapping Methode und Heidelberger Instrument zur Erfassung der
Lebensqualität demenzkranker Menschen*

Master-Arbeit

zur

Erlangung des akademischen Grades

Master of Science (M.Sc.)

Vorgelegt von: Susann Mau

urn:nbn:de:gbv:519-thesis2012-0605-2

Betreuer: Prof. Dr. Hans- Joachim Goetze
Diplom Pflegewirtin (FH) Daniela Ortel

Tag der Einreichung: 06.05.2013

Inhaltsverzeichnis

	Abbildungsverzeichnis	4
1	Einleitung	5
2	Theoretischer Teil-	7
	Grundlagen zu den zentralen Begriffen	
2.1	Definition und Prävalenz von Demenzerkrankungen	
2.2	Klassifikationen von Demenzen	9
2.3	Stadien der Demenzen	12
2.4	Symptome der Demenzen	14
2.5	Definition Lebensqualität	15
2.6	Dimensionen der Lebensqualität bei Demenz	17
2.7	H.I.L.DE.	19
2.8	DCM	20
3	Empirischer Teil	
3.1	Rahmenbedingungen Ort der Erhebung	23
3.2	Untersuchungsdesign	26
3.2.1	Feldorganisation/ Settingauswahl	27
3.2.2	Ausschlusskriterien	29
3.2.3	Information und Einbeziehung aller Beteiligten	31
3.2.4	Methodenprüfung (Pretest) DCM und H.I.L.DE.	33

3.3	Datenerhebung als Grundlage des DCM und H.I.L.DE.	35
3.4	Auswertung des DCM	
3.4.1	Deskriptive Auswertung der Verhaltenskategorien (BCC)	36
3.4.2	Deskriptive Auswertung der Wohlbefindlichkeitswerte (WIB)	38
3.5	Auswertung der Datenerfassung mit H.I.L.DE.	43
3.5.1	Deskriptive Auswertung der medizinischen Betreuung und des Bewohnerumfeldes	45
3.5.2	Deskriptive Auswertung der räumlichen Umwelt	
3.5.3	Deskriptive Auswertung der Aktivitäten	46
3.5.4	Deskriptive Auswertung des sozialen Bezugssystems	47
3.5.5	Deskriptive Auswertung des emotionalen Erlebens	
3.5.6	Deskriptive Auswertung der Teilnehmerbeobachtung	48
4	Vergleichende Interpretation und Diskussion der Ergebnisse unter der Beantwortung der Forschungsfragen	49
5	Fazit	52
6	Literaturverzeichnis	56
7	Abkürzungsverzeichnis	59

Eidesstattliche Erklärung

Abbildungsverzeichnis

Abb.1 Entwicklung der Zahl der Demenzkranken (65 Jahre und älter) (Bickel, H. 2006)	5
Abb.2 Zeitlicher Verlauf der Studie	33
Abb.3 Zusammensetzung der Codenummer für die personenbezogenen Daten der Studienteilnehmer	33
Abb.4 WIB-Wertprofil der Gruppe (Gruppen-WIB-Wert: + 0,89)	43
Abb.5 Darstellung der Gemeinsamkeiten und Unterschiede von DCM und H.I.L.DE. im Vergleich	52

Tabellenverzeichnis

Tab.1 Dimensionen der Lebensqualität bei Menschen mit Demenz (Dr. phil., Betr. oec. Sandra Oppikofer Universität Zürich ^{UZH} Zentrum für Gerontologie)	17
Tab.2 Übersicht über den Demenzgrad der Studien-Teilnehmer	30
Tab.3 Darstellung der Datenmengen DCM	36
Tab.4 Darstellung der Datenmengen H.I.L.DE.	44

1. Einleitung

In Deutschland sind mehr als 1,4 Millionen Menschen von einer Demenz betroffen, Pressemitteilung Deutsche Alzheimer Gesellschaft vom 04.09.2012. Aufgrund der demographischen Entwicklung kann heute prognostiziert werden, dass sich bis zum Jahr 2030 diese Zahl auf rund 1,9 Millionen, bis zum Jahr 2050 auf über 3 Millionen erhöhen wird, siehe Abb. 1. Dies entspricht einem Anstieg der Demenzkranken um 40.000 pro Jahr, das heißt um mehr als 100 pro Tag. (Bickel, H. 2012). Eine Aufgabe der Zukunft besteht darin, eine menschenwürdige und qualitativ hochwertige, dem aktuellen pflegerischen und medizinischen Kenntnisstand entsprechende, ökonomische Begleitung von an Demenz Erkrankten zu gewährleisten.

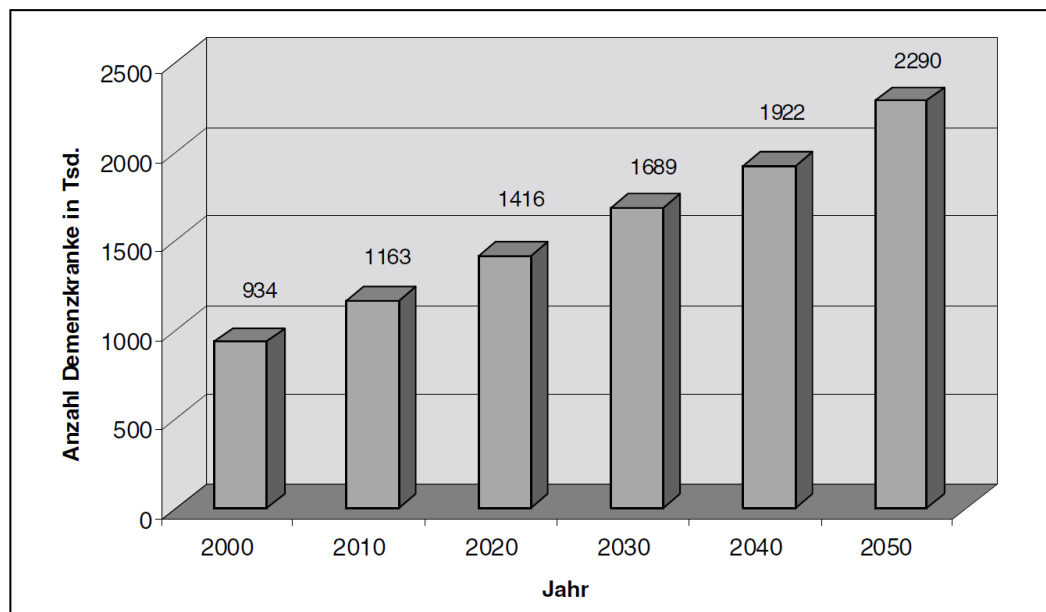


Abb. 1 Entwicklung der Zahl der Demenzkranken (65 Jahre und älter) (Bickel, H. 2006)

Bickels Berechnung basiert auf den von der Dachorganisation Alzheimer Europe (Luxemburg) ermittelten aktuellen Prävalenzraten (Prozentanteil der Erkrankten in einer bestimmten Altersgruppe). Diese Raten steigen mit dem Alter steil an. Sie liegen in der Altersgruppe der 65- 69- Jährigen bei 1,6 Prozent, bei den 80- 84- Jährigen bei 15,7 Prozent und bei den über

90- Jährigen bei 41 Prozent. Zwei Drittel aller Erkrankten haben bereits das 80. Lebensjahr vollendet, fast 70 Prozent der Erkrankten sind Frauen. Zwischen den Bundesländern gibt es Unterschiede aufgrund der Altersstruktur der Bevölkerung über 65. So sind in Brandenburg 7,9 Prozent der über 65-Jährigen an einer Demenz erkrankt, in Rheinland-Pfalz sind es 9 Prozent. Nordrhein- Westfalen als bevölkerungsreichstes Bundesland hat mit mehr als 314.000 Betroffenen die absolut höchste Zahl der Demenzkranken.

In den nächsten Jahrzehnten wird nach Vorausberechnungen des Statistischen Bundesamtes die Anzahl der über 65- Jährigen um weitere sieben Millionen ansteigen. Dieser Anstieg und die durch fortwährend wachsende Lebenserwartung bedingte überproportionale Zunahme der Höchstbetagten werden auch weiterhin die Krankenzahlen erhöhen.

Eine Befragung dementiell erkrankter Menschen zu ihrer Zufriedenheit mit der Lebenssituation und zur fühlbaren Lebensqualität gestaltet sich aufgrund zunehmend eingeschränkter kognitiver Fähigkeiten problembehaftet. Mit der Einführung von Dementia Care Mapping (DCM) 1999 in Deutschland stand für die Pflegenden ein Instrument zur Verfügung, das bei der Bestimmung der Bewohnerzufriedenheit in teil- und stationären Settings hilfreich ist. Daneben kann seit der Beendigung des Bundesprojekts H.I.L.DE. im Jahr 2011, mit einem in Deutschland entwickelten Messinstrument zur Bestimmung der Lebensqualität dementiell erkrankter Menschen gearbeitet werden.

Das Ziel meiner Forschung ist der Erkenntnisgewinn über die Reichweite und Vergleichbarkeit beider Assessmentinstrumente. Gemeinsamkeiten und Vor- und Nachteile sollen herauskristallisiert werden. Beide Assessmentinstrumente werden in einer Studie angewandt bei 10 Bewohnern eines Dementen- Wohnbereiches einer stationären Pflegeeinrichtung.

Der erste Abschnitt der vorliegenden Arbeit beschäftigt sich mit dem theoretischen Teil. Zentrale Begriffe wie Demenz, Lebensqualität und die Assessmentinstrumente DCM und H.I.L.DE. werden beschrieben.

Der empirische Teil der Arbeit beschreibt die gegebenen Rahmenbedingungen, das Untersuchungsdesign und letztendlich die Ergebnisse der Studie.

Für die Benennung von Personen wird vereinfachend die männliche Variante verwendet, auch wenn es sich sowohl um männliche als auch um weibliche Personen handelt.

2. Theoretischer Teil

Grundlagen zu den zentralen Begriffen

2.1 Definition von Demenzerkrankungen

Das Wort Demenz leitet sich aus dem Lateinischen ab. „de“ bedeutet „ohne“ und „mens“ heißt „Verstand“. Man kann Demenz also übersetzen als „ohne Verstand“. Das lateinische Adjektiv „demens“ bedeutet so viel wie „unsinnig“ oder „toll“ (vgl. Menge/ Pertsch 1984, S.158)

Die WHO (1996) definiert Demenz als „ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Erkrankung des Gehirns mit Beeinträchtigung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen.“

Die Bedeutung der Bezeichnung „Demenz“ hat geschichtlich betrachtet mehrfach gewechselt. Noch vor dreihundert Jahren wurde

umgangssprachlich und juristisch jede Form der geistigen Störung damit bezeichnet. Zur Jahrhundertwende 18. - 19. Jahrhundert verwandte man „Demenz“ zur Kennzeichnung für das Nachlassen der intellektuellen Fähigkeiten und des logischen Denkvermögens.

„Esquirol (Esquirol, JED 1838) verglich den dementen Menschen mit einem, der früher reich war und nun arm geworden sei, während der „Idiot“ schon immer arm gewesen sei. (L'homme en démence est privé des biens dont il jouissait autrefois; c'est un riche devenu pauvre: l'idiot a toujours été dans l'infortune et la misère). Neben der Abgrenzung angeborener oder früh erworbener mentaler Defizite war auch die Abgrenzung reiner Aphasien und anderer umschriebener Werkzeugstörungen wichtig. Erst durch die erfolgreiche Therapie der progressiven Paralyse durch eine absichtlich herbeigeführte Malariainfektion (Wagner-Jauregg J. 1917) lernte man, dass Demenzen keineswegs immer irreversibel sind. Die Bezeichnung Demenz für bestimmte "endogene" Psychosen (Dementia praecox, Kraepelin, E. 1898) wurde zugunsten des Bleulerschen Begriffes "Schizophrenie" verlassen.“(Fleer, B., Brüggemann, J., Brucker, U., Eben, E., Gerber, H., Kurzmann, K., Ziegert, S., Lübke, N. 2009, S.32) Damit wurde die Begrifflichkeit der „Demenz“ im engeren Sinne nur noch für erworbene Störungen geistiger Fähigkeiten verwendet, welche durch eine Schädigung des Gehirns verursacht wurden.

Laut ICD 9 verstand man unter „Demenz“ organische Psychosen mit Störungen der Orientierung, des Gedächtnisses, der Auffassung, des Rechnens, der Lern- und Urteilsfähigkeit mit chronischem oder fortschreitendem Verlauf, die unbehandelt irreversibel sind und einen Endzustand darstellen.

Moderne Klassifikationssysteme wie der ICD 10 stellen auf multiple kognitive Beeinträchtigungen inklusive einer Gedächtnisstörung ab. Nach ICD 10 ist das demenzielle Syndrom die Folge einer Erkrankung des Gehirns. Der Verlauf ist gewöhnlich chronisch oder fortschreitend, damit sind Rückläufigkeit und Konstanz nicht ausgeschlossen.

Die kognitiven Beeinträchtigungen, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen äußern sich

symptomatisch in Störungen des Bewusstseins, begleitet von einer Verschlechterung der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens und/oder der Motivation.

2.2 Klassifikationen

Demenz ist ein Sammelbegriff für unterschiedliche demenzielle Erkrankungen und Symptome. Im Allgemeinen unterscheidet man primäre und sekundäre Demenzen. (vgl. Schmidt- Hackenberg, S.933)

Zu den **primären Demenzen** gehören die degenerative Demenz, die vaskuläre Demenz und Mischformen.

Die Krankheitsursachen entstehen im Gehirn, sind irreversibel und lassen sich nicht aufhalten. Die degenerativen und vaskulären Demenzen machen 80-90 Prozent aller Demenzen aus.

Die Demenz vom Alzheimer Typ (DAT) und die vaskulären Demenzen sind die häufigsten Formen von Demenz.

Demenz vom Alzheimer Typ (DAT)

DAT ist nach Alois Alzheimer benannt, weil die Erkrankung von ihm vor 100 Jahren entdeckt wurde.

Der Anteil der Alzheimerkrankheit beträgt 60 Prozent der primären Demenzen. (vgl. Weyerer/ Bickel 2006, S.58)

Eine zentrale Rolle in der Entstehung der Alzheimer- Krankheit spielt die Verarbeitung eines normalen Eiweißbestandteils der Nervenzellhüllen. Normalerweise wird es durch ein Enzym (α - Sekretase) so auseinander geschnitten, dass lösliche Bruchstücke entstehen, die leicht

abtransportiert werden können. Zu einem Teil wird das Vorläufer- Eiweiß aber auch durch zwei andere Enzyme (β - und γ - Sekretase) gespalten. Es entsteht somit ein Bruchstück, das sich zu unlöslichen, für Nervenzellen schädlichen Fäserchen zusammenlagert. Folge ist das Verklumpen zu größeren Ablagerungen. Das Eiweißfragment bezeichnet man als β -Amyloid. Die aus β -Amyloid bestehenden Fäserchen und Ablagerungen wirken wie Giftstoffe auf Nervenzellen, Nervenzellkontakte (Synapsen) und energieproduzierende Zellorganellen (Mitochondrien). Das Tau-Protein, dessen Aufgabe die Stabilisierung von Transportstrukturen innerhalb von Nervenzellen ist, verliert seine normale Stützfunktion. Dadurch kann es sich nicht mehr an die Transportstrukturen anheften. Dann verklebt es zu Faserknäueln, welche die Nervenzelle zunehmend ausfüllen und ihre Lebensvorgänge lahm legen (Neurofibrillenbündel). In ihrer Gesamtheit führen die geschilderten Vorgänge zum Absterben von Nervenzellen in großen Teilen der Hirnrinde sowie auch in tiefer liegenden Abschnitten des Gehirns. Durch den Zelluntergang kommt es zum Ausfall von Überträgerstoffen, welche für die Informationsverarbeitung im Gehirn wichtig sind. (vgl. Kurz 2010, S.6 f.)

Die vaskuläre Demenz VD

Die Vaskuläre Demenz wird auch als Multiinfarkt- Demenz bezeichnet. Sie wird verursacht durch Verkalkungen der Hirngefäße, durch kleine Apoplexe und Veränderungen der Mikrozirkulation der Blutgefäße. (vgl. Volles 1991, S.351)

Multiinfarktdemenz stellt eine der Varianten der zerebralen Arteriosklerose dar.

Die Multiinfarktdemenz entsteht infolge kortikordaler Infarkte, die durch Embolien verursacht werden. Welche funktionellen Beeinträchtigungen die Folge sind und welche Ausprägung vorliegt hängt von der Dauer, dem Umfang und der Lokalisierung der Unterbrechung von Blut- und Sauerstoffversorgung ab.

Die strategischen Infarkte sind kleine Infarkte an besonders kritischen Stellen mit wichtigen neuropsychologischen Folgen. Es kann neben kognitiven Einbußen auch zu verschiedenen neurologischen Ausfällen, wie Sprachstörungen oder Lähmungen kommen. Anders als bei der DAT können die geistige Leistungsfähigkeit und die Persönlichkeit lange stabil bleiben. Bei der VD kommt es zu einer abrupten Verschlechterung kognitiver Fähigkeiten, welche sich aber wieder bessern können. Mit einem weiteren Infarkt kommt es zu einem erneuten abrupten Absinken der Fähigkeiten. Der Prozess verläuft nicht gleichmäßig abwärts, sondern wechselhaft oder schubweise mit einer negativen Tendenz. Eine Behandlung der Vaskulären Demenz ist nicht möglich. Zerstörtes Gehirngewebe lässt sich nicht wieder herstellen. Das Fortschreiten der Krankheit kann allerdings durch Behandlung der Risikofaktoren verhindert werden. Hauptrisiken sind Bluthochdruck, Rauchen, Übergewicht, Diabetes, erhöhtes Cholesterin, Bewegungsmangel und Stress. (vgl. Enßle 2010, S.18)

Die Symptome sind die der DAT sehr ähnlich.

Mischformen

Eine dritte Gruppe der primären Demenzen sind Mischformen aus der DAT und der VD. Das Krankheitsbild zeigt sowohl den degenerativen Abbau des Gehirns, wie bei der DAT, als auch Hirninfarkte, wie bei der VD. Die Wahrscheinlichkeit, dass eine Mischform vorliegt, steigt mit dem Alter. (vgl. Enßle 2010, S.19)

Sekundäre Demenzen können durch unterschiedliche Krankheiten oder Verletzungen entstehen, wie zum Beispiel Hirntumore, Vitamin B12- Mangel, entzündliche Erkrankungen nach einem Zeckenbiss, Herz- Kreislauf- Insuffizienz, Mangelernährung, Stoffwechselerkrankungen, rheumatische Erkrankungen, Epilepsie, Depression,

Vergiftungen durch Alkohol oder Medikamente, die Lewy-Körperchen- Erkrankung und die Parkinson Erkrankung.

(vgl. Enßle 2010, S.19)

Es ist zwingend notwendig das demenzielle Syndrom differenzialdiagnostisch von Depression und zum Delir abzugrenzen.

2.3 Stadien der Demenzen

Die Medizin unterscheidet verschiedene Demenzstadien nach der Beurteilung des kognitiven Abbaus den damit einhergehenden Beeinträchtigungen.(vgl. Kooij 2001, S.71) Dabei findet ein geriatrisches Assessment, mindestens bestehend MMST (Mini-Mental Status Test) und Uhren-Zeichentest, sowie GDS (geriatrische Depressionsscala) Anwendung. Der Mini-Mental Status Test wurde 1975 von Folstein u.a. als einfaches Testinstrument entwickelt. Der Test wird in der Demenzdiagnostik, vorrangig in geriatrischen Kliniken eingesetzt und dient als Hilfsmittel zur groben Einschätzung einer kognitiven Funktionsstörung sowie zur Einschätzung der Schweregrades.

Demenzerkrankungen verlaufen progredient mit infauster Prognose. Sozialökonomisch wird nach leichter, mittelschwerer und schwerer Demenz unterscheidet. Die Einstufung hängt vom Ausprägungsgrad der Symptome und dem damit zusammenhängenden Grad der Hilfebedürftigkeit ab.

Eine leichte Demenz liegt vor, wenn aktuelle Ereignisse oder kürzlich mitgeteilte Informationen zeitweilig oder ganz vergessen werden. Die Orientierung für Zeit oder Ort ist beeinträchtigt und bei der täglichen Lebensführung treten häufiger Fehler oder Irrtümer auf.

Eine mittelschwere oder schwere Demenz liegt vor, abhängig vom Ausprägungsgrad der Störungen, wenn unmittelbare Erlebnisse kaum noch erinnert werden. Die Betroffenen sind zeitlich und örtlich desorientiert. Eine selbständige Lebensführung ist, unter Beachtung der wachsenden Selbstgefährdung durch inadäquate Verhaltensweisen in unterschiedlichen Alltagssituationen, nicht möglich. Bei den alltäglichen Verrichtungen sind Demenzkranke in diesen Stadien auf fremde Hilfe angewiesen. (vgl. Wojnar 2001, S.34)

Naomi Feil entwickelte eine andere Möglichkeit zu beurteilen, in welchem Stadium der Demenz sich ein Mensch befindet. Sie teilt Demenz in vier Stadien der Desorientierung ein. Die Stadien werden anhand psychologischer und körperlicher Charakteristika bestimmt und im Kontext der subjektiven Realität und des sozialen Umfeldes gesehen. Sie stellt einen engen Zusammenhang zwischen Psyche, Körper und Umwelt dar. Wichtig ist, wie Gefühle und Konflikte erlebt und verarbeitet werden. Solche Zusammenhänge werden in den medizinischen Einteilungen eher vernachlässigt. Für Feil ist jedes Stadium mit einem weiteren Rückzug aus der Realität und einem weiteren Schritt einer körperlichen Regression verbunden.

Stadium 1: mangelhafte Orientierung- unglückliche Orientierung an der Realität

Stadium 2: Zeitverwirrtheit- Verlust der kognitiven Fähigkeiten

Stadium 3: sich wiederholende Bewegungen, sie ersetzen die Sprache

Stadium 4: Vegetieren- totaler Rückzug nach innen

(vgl. Feil 1992, S.49)

Die unterschiedlichen Stadien und Grade, in welchen sich Menschen mit Demenz befinden, sind Orientierungshilfen für das Erkennen der bestehenden Bedürfnisse und Bedarfe.

Sie sind individuell immer sehr unterschiedlich.

2.4 Symptome der Demenzen

In der Literatur findet man verschiedene Symptome, welche im Zusammenhang mit demenziellen Erkrankungen auftreten. Symptome, welche direkt auf der Schädigung bestimmter Strukturen des Gehirns beruhen werden als kognitive Symptome bezeichnet. Außerdem gibt es Symptome, welche als Folge oder Reaktion auf die kognitiven Beeinträchtigungen angesehen werden können. Als Ursachen werden vor allem neurobiologische, psychologische und soziale Einflussgrößen gesehen. (vgl. Füsgen 2001, S.51)

Schröder (2000, S.176) teilt die Psychopathologie der Demenz in die kognitive und nichtkognitive Symptomatik ein. Zu den nichtkognitiven Symptomen gehören Depression, Unruhe, Psychose und Aggressivität. Zu den kognitiven Symptomen gehören Amnesie (Gedächtnisstörungen), Aphasie (Probleme bei der Sprachproduktion und beim Sprachverständnis, Apraxie (durch eine Hirnfunktionsstörung erworbene Ungeschicklichkeit im Umgang mit Dingen des täglichen Lebens) und Agnosie (Unfähigkeit, einen wahrgenommenen Gegenstand richtig zuzuordnen).

Nach Schröder führen die nichtkognitiven Symptome zu Verstörtheit und die kognitiven Symptome zur Verwirrtheit.

Wächtler (vgl. 2002, S.1f.) beschreibt Symptome, welche zur Diagnosestellung einer Demenz gehören und unterscheidet ebenso zwischen kognitiven und nichtkognitiven Symptomen.

Abnahme des Gedächtnisses und weiterer kognitiver Funktionen wie Störungen des Denkens, des kritischen Abwägens und des vernünftigen Urteilens werden beschrieben. Die Störungen sind so schwer, dass sie den Betroffenen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens (zum Beispiel Waschen, Ankleiden, Essen, persönliche Hygiene, Kontrolle der Körperausscheidungen und Benutzung der Toilette) stark beeinträchtigen. Außerdem zeigen sich Störungen

von Aufmerksamkeit und Konzentration, die Abnahme der emotionalen Kontrolle, Störungen des Sozialverhaltens oder der Motivation. Psychische Symptome in Form von nichtkognitiven Störungen, wie beispielsweise Depression, Angst, Wahn, Halluzinationen, Unruhe und Aggressionen treten zusätzlich auf. Im späteren Stadium der Demenz kommt es zunehmend zu neurologischen Symptomen wie Schluckstörungen, Gang- und Haltungsanomalien und Inkontinenz. Im mittleren und schweren Stadium treten häufig Unruhe, Aggressivität und eine Umkehrung des Tag- Nacht- Rhythmus auf.

2.5 Definition Lebensqualität

Der Begriff Lebensqualität taucht nicht nur im Zusammenhang mit Pflege auf. Im Folgenden stelle ich die Betrachtungen zu Lebensqualität in zeitlichen Zusammenhang.

Nach der Definition der WHO wird Lebensqualität als die subjektive Wahrnehmung einer Person über ihre Stellung im Leben in Relation zur Kultur, den Wertsystemen, in denen sie lebt und in Bezug auf ihre Ziele, Erwartungen und Anliegen beschrieben.

„Lebensqualität wird als eine Kombination aus subjektivem Wohlbefinden und positiven objektiven Lebensbedingungen verstanden.“ (vgl. Mayring 1991, S. 52- 53)

Lawton beschreibt 1994 ein multidimensionales Konzept der Lebensqualität, welches ein physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden umfasst. Mit psychologischem Wohlbefinden, der Verhaltenskompetenz, der objektiven Umwelt und der wahrgenommenen Lebensqualität teilt er vier Dimensionen ein, die zur Lebensqualität beitragen. (vgl. Lawton, M. P. 1994)

Innerhalb der Lebensqualitätsforschung wird Lebensqualität im medizinischen Kontext als multidimensionales Konstrukt betrachtet, welches physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden umfasst. Viele Skalen zur Erfassung von Lebensqualität enthalten Items wie körperliche Fitness, alltägliche Aktivitäten, wie Arbeit und soziales Leben, kognitive Funktionen, Stimmung und Schmerz. (vgl. Selai et.al. 1999, S. 102)

Bei der Erfassung von Lebensqualität werden objektive und subjektive Aspekte berücksichtigt. Objektive Aspekte betreffen die Handlungsfähigkeit der Person und ihre Möglichkeiten, die eigene Lebenslage zu beeinflussen (zum Beispiel körperliche und seelische Gesundheit, Mobilität und Handlungsfähigkeit, soziale Beziehungen, materielle Lage, Ausstattung der Wohnung, Infrastruktur des Wohnumfeldes). Subjektive Lebensqualität umfasst Aspekte, welche die Bewertung und Gefühle der Person hinsichtlich der eigenen Lebenslage beeinflussen. Es wird unterschieden zwischen globalem subjektivem Wohlbefinden (Lebenszufriedenheit oder Glücksempfinden) und der Bewertung verschiedener Lebensbereiche (Gesundheit, Autonomieerleben, soziale Beziehungen, Umweltbedingungen). Zwischen kognitiven Urteilen und emotionalen Zuständen sollte ebenfalls unterschieden werden. (vgl. BMFSFJ, 2002, S. 79)

Subjektives Wohlbefinden umfasst nach Smith (2005) subjektives Wohlbefinden, kognitive sowie emotionale Aspekte. (vgl. Smith, S.C. 2005) Kognitiv werden Lebenszufriedenheit, positive und negative Emotionen wie Glück und Trauer verarbeitet. Wohlbefinden meint, ähnlich der Bedürfnispyramide nach Maslow, die Befriedigung aller Aspekte einer Persönlichkeit nach Bewegung, Essen/Trinken, Beschäftigung, Erinnerung und Gemeinschaft, emotional sind Anerkennung, Wertschätzung, Respekt und Sicherheit belegt.

2.6 Dimensionen der Lebensqualität bei Demenz

Nach Meier, D. (1995) kann die Lebensqualität auf verschiedenen Ebenen erfasst werden. Auf der Makroebene wird die Lebensqualität von großen Populationen oder Bevölkerungen eingeschätzt. Auf der Mesoebene sind spezifische Populationen Gegenstand der Untersuchung. Die Erfassung der mit der Krankheit verbundenen Lebensqualität steht auf dieser Ebene im Vordergrund. Die Lebensqualität des Individuums wird auf der Mikroebene bewertet.

Dimensionen der Lebensqualität bei Menschen mit Demenz				
UMWELT	GESUNDHEIT	VERHALTENS-KOMPETENZ	INDIVIDUALITÄT	SUBJEKTIVES ERLEBEN UND EMOTIONALE BEFINDLICHKEIT
Räumliche Umwelt - Privatheit - physische Sicherheit - Atmosphäre/Ästhetik - Freiheit von Grenzen -(Institutions)-Umgebung	Medizinisch-funktional - Medizinischer Status - Allgemeinzustand - Komorbidität - Medikation (internistisch) - Ernährungszustand - Schmerz	Selbständigkeit - Selbstpflege - Ankleiden - Ernährung/Trinken - Toilette / Inkontinenz - Baden	Selbstwert - Selbstbewusstsein - Selbstwirksamkeit	Affekt - positiver Affekt - negativer Affekt - emotionaler Ausdruck - Freude an Aktivitäten - Reaktion auf Umgebung - Reaktion auf Stimulation
Soziale Umwelt - Art und Struktur sozialer Kontakte (Angehörige, Pfleger, Ärzte, Therapeuten, Freiwillige) - soziales Engagement - sinnvolle Zeitrnutzung	Kognition - Beeinträchtigung - Differentialdiagnose	Kommunikation	Moralempfinden	Zugehörigkeitsgefühl - soziale Integration - Muttersprache
Funktionale Umwelt - Betreuungsqualität - Pflegegeschüssel - Pflegeausbildung - Freiheitseinschränkende Massnahmen - Gesundheitspflege - Tagesstruktur - Stimulation - Mitbestimmung - Menschenwürde - Einkaufs-, Transport- u. Unterhaltungsmöglichkeiten	Psychopathologie - psychopathologische Symptome - Depression - Medikation (psychotrop)	Mobilität - Mobilität u. Immobilität	Spiritualität - Religiosität - Lebenssinn	Lebenszufriedenheit / Wohlbefinden Zufriedenheit mit: - Umwelten (räumliche, soziale, funktionale) - Gesundheit - Verhaltenskompetenz - Individualität
	Verhaltensauffälligkeiten - Aktivitätsstörungen - Halluzinationen - Tagesrhythmusstörung - Aggressivität - Ängste/Phobien - Paranoid/Wahnvorstellungen - Enthemmung	Fähigkeit zur Aktivität	Persönlichkeit z.B. Belastbarkeit, Ausgeglichenheit resp. Persönlichkeitsfaktoren z.B. Neurotizismus, Extraversion	Beurteilung finanzieller Situation
		Anpassungsfähigkeit - emotionale Balance - positives Selbstbild - unsichere Zukunft - Beeinträchtigungen - soziale Beziehungen - Pflegebeziehung - institutionelle Umwelt	Ästhetischer Sinn	
		Problemlösungs- und Urteilsfähigkeit	Kontrollerleben	
		Orientierung	Lebenshaltung	
			Wunsch nach Autonomie	

Tab.1 Dr. phil., Betr. oec. Sandra Oppikofer Universität Zürich^{UZH} Zentrum für Gerontologie

Assessmentinstrumente

Verschiedene Assessmentinstrumente, die spezifisch zur Erfassung der Lebenssituation Demenzkranker entwickelt wurden, sind auch dazu geeignet, die Wirkung von Interventionen zu evaluieren. Grundsätzlich werden drei Arten der Datenerhebung unterschieden: Selbsteinschätzung (Self-report), Fremdeinschätzung (Proxy-report) und Beobachtung. Ein weiteres an Bedeutung gewinnendes Verfahren ist die Dokumentenanalyse.

Verschiedene Assessmentverfahren sind:

- Activity and Affect Indicators of QOL
- ADRQL (Alzheimer Disease Health Related Quality of Life)
- CBS (Cornell- Brown Scale for Quality of Life in Dementia)
- DCM (Dementia Care Mapping)
- DQoL (Dementia Quality of Life)
- NOSGER (Die Nurses` Observation Scale for Geriatric Patients)
- PRS (Positive Response Schedule for Server Dementia)
- PWB- CIP (Psychological Well- Being in Cognitely Impaired Persons)
- QOL- AD (Quality of life- Alzheimer´s Disease)
- QOLAS (The Quality of Life Assessment Schedule)
- QOL- DJ (Quality of Life- Dementia Japan)
- QUALID (Quality of Life in Late- Stage Dementia Scale)
- SEIQoL (Schedule for the Individualised Quality of Life)
- H.I.L.DE.

Da alle Assessmentinstrumente zur Erfassung der Lebensqualität dementer Menschen sich in der Erfassung und Abbildung der Dimensionen der Lebensqualität unterscheiden sind diese nur eingeschränkt miteinander vergleichbar. Die oben aufgeführten Assessmentinstrumente werden im angloamerikanischen Sprachraum angewendet. Derzeit sind nur einige wenige Übersetzungen in die deutsche Sprache bekannt. Vor der Anwendung dieser im deutschsprachigen Raum müssen alle übersetzten Instrumente auf ihre Übertragbarkeit bezüglich Kulturunterschiede validiert werden.

Subjektive und objektive Faktoren werden nur von einigen Instrumenten erfasst, meist beschränken sich die Dimensionen auf positive und negative Affekte, Interaktion, Reaktionen auf die Umwelt, Aktivität und Selbstaussdruck.

Eine vergleichende Langzeiterfassung der Lebensqualität ist für alle Assessmentinstrumente nicht belegt. (vgl. Lyketsos, C.G. et al. 2003). Übersichtsarbeiten zu Lebensqualitäts-Assessmentinstrumenten finden sich bei Ready (Ready, R.E. 2002) und Ettema (Ettema, T.P. et al. 2005), Health Technology Assessments bei Horstedt (Horstedt, C.& Christiansen, T. 2006) und Smith (Smith, S.C. 2005). Hampel hat 2006 (Hampel, R. 2006) eine pflegewissenschaftliche Diplomarbeit zu „Lebensqualität und Demenz“ mit kritischer Analyse vorhandener Verfahren vorgelegt.

2.7 H.I.L.DE.

Das H.I.L.DE. wurde von 2003 bis 2009 in Gemeinschaftsarbeit des Heidelberger Instituts für Gerontologie in Zusammenarbeit mit der Sektion Gerontopsychiatrie des Universitätsklinikums Heidelberg, auf der Grundlage des schwedischen „level of living approach“ und dem amerikanischen „Quality of life“ Ansatz, entwickelt.

Dabei wird den Dimensionen medizinisch funktionaler Status, der räumlichen Umwelt, Betreuungsqualität, sozialen Umwelt, Verhaltenskompetenz, der Psychopathologie und Verhaltensauffälligkeiten, dem subjektiven Erleben emotionaler Befindlichkeit Bedeutung beigemessen.

Mittels strukturiertem Erfassungsheft werden die Dimensionen der Lebensqualität unter Anwendung unterschiedlicher Instrumente, wie Fragebögen, Interviews, Beobachtungen und Dokumentenanalyse aufgenommen.

„Ein ökopyschologisches Verfahren dient zur Erfassung der räumlichen Umwelt „TESS-NH“, der „Social convoy“ zur Erfassung der Sozialen Umwelt, die Qualifikation der betreuenden Mitarbeiter wird erhoben und das Schmerzerleben (dabei Erprobung der deutschen Version des PAIN-AD (pain assessment in advanced dementia), dem sogenannten BESD) erfasst. Der Barthel-Index

steht für die Selbstversorgungskompetenz, die gerontopsychiatrische Untersuchung dient als medizinisch-funktionaler Status, mittels einer neuropsychologischen Testbatterie (beinhaltet das „Bielefelder autobiographisches Gedächtnisinventar“) wird der kognitive Status erfasst. Die Psychopathologie wird durch das Neuro-Psychiatrische Inventar und das „Apathie Evaluation Protocol“ (in autorisierter deutscher Fassung) dargestellt, das emotionale Erleben wird mit der „Apparent affect rating scale – AARS“ erfasst.“(vgl. Fleer, B. et al 2009, S.23)

Da auch in fortgeschrittenen Stadien der Demenzerkrankung Emotionen erlebt durch die Erkrankten gespiegelt werden, konnte dieser auf der Grundlage von Deutungen der Mimik und Gestik der Erkrankten im Handlungskontext deutschsprachig validiert werden. (vgl. Becker, S. 2005).

2.8 DCM

Die Dementia Care Mapping Methode (DCM) wurde Anfang der 90er Jahre von Tom Kitwood in Großbritannien entwickelt. Es handelt sich dabei um eine Methode zur Messung des relativen Wohlbefindens demenzkranker Menschen. Gleichzeitig wird vorausgesetzt, dass relatives Wohlbefinden identisch ist mit guter Pflege. Im Sinne der Pflegephilosophie Kitwoods ist es notwendig, den einzelnen demenzkranken Menschen als Person anzuerkennen, wertzuschätzen und zu fördern, um ein solches Wohlbefinden zu entwickeln.

DCM versucht das Wohlbefinden der Betroffenen anhand ihres Verhaltens und ihres Erscheinungsbildes mit einem hohen Grad an Detailgenauigkeit abzubilden, um herauszufinden, was genau auf welche Weise einem Demenzkranken gut tut, im Gegensatz zu dem, was Pflegende glauben, dass es ihm gut tut. Außerdem wird beobachtet, welche Formen personaler Missachtung (von

Mitbewohnern, Angehörigen, aber auch Pflegenden) vorkommen und welche Aspekte im Umgang mit dem Einzelnen im Detail zu beachten sind. DCM schult die Beobachtungsfähigkeit der Mitarbeiter im Hinblick auf dementielles Verhalten, und fördert eine Haltung, die „verwirrtes“ Verhalten in seinen personalen Tiefendimensionen zu verstehen erlaubt und für dessen symbolischen Gehalt empfänglich macht.

Die Beobachter werden in diesem Verfahren als „Mapper“ bezeichnet.

Während einer DCM-Evaluation beobachtet ein „Mapper“ zwischen 5 und 10 Teilnehmer kontinuierlich über eine repräsentative Zeitperiode, 2x 6 Stunden des Tages im öffentlichen Wohnbereich. Mit der DCM-Methode werden sowohl quantitative wie auch qualitative Daten erhoben.

Innes, A. beschreibt, dass hier vier miteinander verbundene Konzepte beobachtet werden:

1. BCC= Behavior Category Coding - Das Verhalten der beobachteten Teilnehmer.
2. WIB = Wellor Ill Being Wert - Der Wohlbefindlichkeitswert der einzelnen Teilnehmer in Verbindung mit dem vorgefundenen Verhalten.
3. PDC = Personal detraction coding - Auswüchse maligner Sozialpsychologie seitens der Mitarbeiter mit einer gleichzeitigen Beurteilung der Schwere dieses Verhaltens.
4. PER = Positive Event Recording - Beispiele positiver Personearbeit. Hierunter sind besonders personenerhaltende und – fördernde Umgangsformen durch Mitarbeiter zu verstehen.

Der „Mapper“ beobachtet und kartografiert die Gesamtszenerie eines Bereichs mit demenzkranken Bewohnern. Er achtet insbesondere darauf, inwieweit durch die pflegerischen Interaktionen (oder auch deren Fehlen) die körperlichen, sozialen und emotionalen Bedürfnisse der Betroffenen in einer Weise befriedigt werden, die das Personsein würdigt, erhält und stützt.

DCM stellt ein Verfahren dar, das die Qualität der Arbeit anhand der Objektivierbarmachung des Wohlbefindens der Bewohner beurteilt. Das Ziel ist es, durch regelmäßige „Mappings“ in allen Bereichen eine stetige Überprüfung der Richtigkeit der Interventionen der Pflegenden zu erreichen. Gleichzeitig sollen mit Hilfe einer personenzentrierten, externen Sichtweise neue Anregungen und Wege ermittelt werden, die den Pflegenden in ihrer täglichen Arbeit bisher verborgen geblieben sind (Aufdecken von institutionellen Wahrnehmungsgewohnheiten, auch in Hinblick auf das Milieu und die Tagesstruktur im jeweiligen Wohnbereich).(vgl. Müller- Hergl, C. 2000)

Nach beendeter Beobachtung kann ein Durchschnittswert der beobachteten Wohlbefindlichkeitswerte anhand der individuellen WIB-Punktzahl ermittelt werden. Je höher der ermittelte Wert, desto positiver wird das Wohlergehen von Einzelpersonen oder einer Gruppe beurteilt.

Aus der Auswertung der DCM-Methode können konkrete Arbeitsschritte für den Arbeitsalltag hergeleitet werden. Deshalb ist das Feedback über das Erleben des Alltags der beobachteten Teilnehmer hinsichtlich der verschiedenen zu beobachtenden Verhaltensweisen und ihre möglichen Hintergründe sowohl für die Gruppe als auch für einzelne Bewohner hilfreich.

3. Empirischer Teil

3.1 Beschreibung der Einrichtung

Die Einrichtung befindet sich in Stadtrandlage einer kleinen Stadt im Landkreis Vorpommern- Greifswald. Die Außenanlage bietet genügend Möglichkeiten zur Erholung/ Entspannung und Beschäftigung (angebundene Spazierwege, Grünanlagen, Freiterrasse). Hinter dem Gebäude befindet sich eine eingezäunte Grünanlage mit Obstbäumen und mehreren Sitzmöglichkeiten. Das Gebäude hat zwei Etagen. Es gibt einen Personenfahrstuhl sowie einen kleineren Lastenaufzug zum Transport von Speisen, Wäsche etc. vom Keller bis in die obere Etage. Es gibt 3 Treppenhäuser, in der Mitte und jeweils an den Gebäudeenden, sowie 2 Flure (oben und unten), welche breit und barrierefrei gestaltet sind, ideal für Rollstuhlfahrer. Im Eingangsbereich befindet sich ein Foyer mit gutem Lichteinfall, einem kleinen Kiosk für die Bewohner sowie der Rezeption. Im Haus befindet sich eine Telekommunikationsanlage mit integrierter Schwesternrufanlage auf die einzelnen Bewohnerzimmer zu den entsprechenden Schwesternzimmern und eine zentrale Notrufanlage.

Die bauliche Aufteilung ist so gegeben, was eine räumliche Trennung in Wohn- und Pflegebereiche sehr gut möglich macht. Die Sanitäreinrichtungen befinden sich direkt neben den Zimmern. Zusätzlich gibt es 3 Pflegebäder. Es sind genügend zusätzliche Räume für Personal- und Wirtschaftszwecke sowie therapeutisch-betreuerische Angebote und Besucherzimmer ebenso Räume für die Aufbewahrung von Hilfsmitteln vorhanden. In jedem Wohnbereich befinden sich Fäkalien-spülen. Auf der unteren Ebene, im rechten Bereich, von innen und außen zugänglich, befinden sich Räume für Dienstleistungsangebote (Frisör, Fußpflege, Massage, Nähstube) zur Nutzung für die Bewohner. Im Keller befindet sich

eine Kegelbahn mit einem kleinen Servicebereich als Begegnungsstätte für gemeinsame Begegnungen.

Das Gebäude wurde 1994 errichtet als Hotel.

Nach Sanierung und Erweiterung im Jahre 2005 fand eine Umnutzung zum Pflegeheim statt.

Das Pflegeheim umfasst eine Kapazität von 81 Pflegeplätzen, verteilt auf vier Wohnbereiche. Jeder Wohnbereich verfügt über einen Aufenthaltsraum für Gruppenangebote.

Die täglichen Mahlzeiten können im Restaurant eingenommen werden. Bewohner, welche Hilfe bei der Nahrungsaufnahme benötigen, werden von den Mitarbeitern auf den Wohnbereichen unterstützt.

Im Mittelpunkt der Arbeit steht die individuelle Betreuung des Heimbewohners. Speziell jene, die über wenige soziale Kontakte verfügen, viel Zeit in ihrem Zimmer verbringen, eventuell sogar bettlägerig sind oder besonderer Zuwendung bedürfen, gehören primär zur Zielgruppe der intensiveren Einzelbetreuung. Diese Bewohner genießen vor allem das Dasein einer anderen Person und das Gefühl, im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit von anderen zu stehen.

Dadurch wird dem Grundbedürfnis nach persönlicher Zuwendung begegnet.

Die umfassende Begleitung und Betreuung der Bewohner entsprechend dem Motto „Miteinander – Füreinander“ ist für das Personal der Einrichtung eine Selbstverständlichkeit.

Das Ziel der sozialen Betreuung ist es, dem pflegebedürftigen Bewohner eine Lebensqualität zu vermitteln und einen Lebensraum zu gestalten, der ihm weitestgehend die Führung eines selbständigen und selbstbestimmten Lebens ermöglicht und zur Teilnahme am gesellschaftlichen Leben innerhalb und außerhalb der Einrichtung beiträgt.

Damit soll vorrangig erreicht werden, Vereinsamung, Apathie, Depressionen und Immobilität vorzubeugen beziehungsweise zu vermeiden, und dadurch eine Verschlechterung der Pflegebedürftigkeit zu verzögern oder zu verhindern.

Ziele der ergotherapeutischen Arbeit sind die Förderung und der größtmögliche Erhalt der individuellen Handlungsfähigkeit und somit der Selbständigkeit der Bewohner sowie der Erhalt beziehungsweise die Verbesserung der individuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten. In der Regel finden täglich ergotherapeutische Angebote sowohl in Gruppentherapie als auch in Form von Einzeltherapien statt.

Die Angebote der sozialen Betreuung und der Ergotherapie sind abgestimmt auf die Erkrankungen der Bewohner. 70% der Heimbewohner sind an Demenz erkrankt.

Ein Demenzkonzept, ein Konzept der sozialen Betreuung und ein Konzept zum Umgang mit Tod und Sterben entstanden durch die Arbeit der Mitarbeiter in Qualitätszirkeln und werden stetig überarbeitet.

3.2 Untersuchungsdesign

Die Befragung dementiell erkrankter Menschen zu ihrer Zufriedenheit mit der Lebenssituation und zur fühlbaren Lebensqualität gestaltet sich aufgrund zunehmend eingeschränkter kognitiver Fähigkeiten problembehaftet. Mit der Einführung von Dementia Care Mapping (DCM) 1998 in Deutschland stand für die Pflegenden ein Instrument zur Verfügung, das bei der Bestimmung der Bewohnerzufriedenheit in teil- und stationären Settings hilfreich ist. Daneben kann seit der Beendigung des Bundesprojekts H.I.L.DE. (2009), mit einem in Deutschland entwickelten Messinstrument zur Bestimmung der Lebensqualität dementiell erkrankter Menschen gearbeitet werden.

Generell unterscheiden sich die Messinstrumente in ihrem Ansatz, der Beobachtung von Verhaltensweisen und Emotionen, nicht. Hierbei wird in jedem Fall der ressourcenorientierte Ansatz in den Mittelpunkt der Beobachtung gestellt.

Der Unterschied beider Instrumente entsteht daraus, aus welchem Blickwinkel der Beobachtungsprozess geführt wird. Während bei DCM die Methode der teilnehmenden Beobachtung ausschließlich im Pflegesetting der dementen Personen und die beobachteten Verhaltensweisen und Emotionen in situativen Bezug gebracht werden, berücksichtigt das H.I.L.DE. Aussagen zu sozialen, emotionalen Aspekten sowie der graduellen Entwicklung des Pflegesetting des dementen Menschen.

Der empirische Teil gibt Aufschluss über Reichweite und Vergleichbarkeit beider Assessmentinstrumente unter Anwendung der validen Fragebögen (H.I.L.DE.) und Beobachtungsbögen (DCM). Durch eine vergleichende Fallstudie (vgl. Weischner, Ch. 2007) in demselben Pflegesetting wird die Handhabbarkeit beider Instrumente im Praxisalltag zur Qualitätssicherung unter Betrachtung nachfolgender Fragestellungen untersucht:

1. Die DCM-Methode lässt auf die direkte/ situative Zufriedenheit dementer Menschen im Pflegesetting mehr Rückschlüsse zu als H.I.L.DE.
2. Die DCM-Methode ist in ihrer Aussage Tagesformabhängig sowie Pflegepersonalabhängig
3. Mit H.I.L.DE. lassen sich zurückliegende Pflegezeiträume langfristiger auswerten, wohingegen DCM dazu keine Aussage geben kann.
4. Lassen sich Aussagen zur Vergleichbarkeit beider Assessmentinstrumente herleiten?
 - Gemeinsamkeiten
 - Unterschiede (Vorteile/ Nachteile)
 - Anwendbarkeit/ Praxisrelevanz (MDK)

3.2.1 Feldorganisation/ Settingauswahl

Das Untersuchungsdesign umfasst planmäßig die Auswahl einer Einrichtung der stationären Altenhilfe deren Schwerpunkt in der Versorgung dementiell Erkrankter Menschen liegt, entsprechend der Art und Zielsetzung der durchgeführten Vergleiche und die Gütekriterien, nach denen die Ergebnisse der Studie überprüft werden sollen.

Ausgehend von der These, mit Hilfe der Evaluation nach der Datenerhebung aktiv eine positive Entwicklung innerhalb des Hauses, mit Bezug auf die Bewohner- Lebensqualität nehmen zu können, begann ich mit der Vorstellung der Assessmentinstrumente auf der Leitungsebene. Wir planten die Informationsveranstaltung für Bewohner, deren Betreuer und für beteiligte Mitarbeiter.

Das Alten- und Pflegeheim in dem der Vergleich der Assessmentinstrumente durchgeführt wurde ist Teil eines großen, durch einen Trägerverein getragenen, Bereiches der Alten- und Behindertenhilfe. Hier wird großer Wert auf die Identifikation mit dem Träger gelegt. Dies betrifft insbesondere die Wirkung auf Organisation und Prozessgestaltung. Die äußerliche Gestaltung des Alten- und Pflegeheimes ist individuell verschieden von anderen zum Träger gehörenden Einrichtungen. Die Einrichtung macht ihrerseits durch Werbung mittels Flyer auf sich aufmerksam. Hierbei werden Angebote mit Informationen zum Leistungsprofil gegeben. Ich konnte innerhalb des Alten- und Pflegeheimes, im öffentlichen Bereich keine Angebote regionaler institutionsfremder Hilfsorganisationen und Kulturanbieter ausmachen, woraus auf eine Verknüpfung mit dem regionalen Umfeld geschlossen werden könnte.

Innerhalb der Einrichtung ist ein kleinteiliger Wohnbereich ausschließlich für dementiell erkrankte Bewohner eingerichtet. Die Studie wurde für dieses Setting geplant und angelegt. Die gesammelten Informationen und sich daraus ergebende Evaluation der aufgedeckten bewohnerhinderlichen Details sollten zu Veränderungen im Wohnbereichsalltag beitragen.

Die innere Gestaltung, des dementen gerechten Wohnbereiches machte auf mich den Eindruck, eines an die Bedürfnisse der Bewohner angepassten Pflegebereiches, mit vielen Orientierungsmöglichkeiten. Im Detail war die Orientierung anhand eines Farbkonzeptes und von Bildern, auch mit Biographischem Bezug zu den Bewohnern, möglich. Innerhalb des Pflege-Settings lagen die aktuelle Tageszeitung der Region und das TV- Programm aus.

3.2.2 Ausschlusskriterien

Zunächst wurden durch statistisches Sampling schrittweise die Bestandteile der Stichprobe ausgewählt, um im Zuge der Datenerhebung und Datenanalyse aussagekräftige Ergebnisse zu erzielen. Nachfolgend wird das statistische Sampling, ein Auswahlverfahren, um eine einmalige Stichprobe nach einem vorab festgelegten Plan aus einer bekannten Grundgesamtheit zu ziehen, beschrieben (vgl. Strauss, A. L. 1991).

Voraussetzung ist die Repräsentativität der ausgewählten Stichprobe, in Bezug auf die vorhandene Grundgesamtheit und die Diagnose Demenz.

In Anwendung dieser Grundvoraussetzung musste ich im Untersuchungsfeld Ausschlusskriterien formulieren. Das erste Kriterium lautete die medizinisch gesicherte Diagnose Demenz. Das bedeutete, dass alle Bewohner des Alten- und Pflegeheimes ohne die medizinische Diagnose Demenz ausschieden. Dies betraf ebenfalls die Bewohner bei denen zwar der Verdacht einer dementiellen Erkrankung bestand, jedoch die Diagnose medizinisch noch nicht gesichert war.

Als zweites Ausschlusskriterium formulierte ich Komorbiditäten. Dieses Kriterium erscheint durchaus wichtig, da das Bestehen einer Depression oder Psychose, genauso wie das Leiden an einer paranoiden Schizophrenie, das Ergebnis der Studie verfälschen könnte. Beobachtete Verhaltensweisen wären nicht zweifelsfrei der Demenz zuzuordnen. Es können hier Überlagerungen oder Konditionierungen die erhobenen Daten unbrauchbar machen. Somit dient dieses Kriterium dazu, die Validität der Methode zu sichern.

Da die Gruppe der beobachteten Bewohner nicht mehr als zehn Mitglieder umfassen sollte (vgl. Rüsing, D. 2003) wurden als drittes mit Hilfe der Zufallsmethode aus den verbliebenen Bewohnern die Teilnehmer für die Beobachtung bestimmt.

Letztlich bestand die Stichprobe für die Studie aus insgesamt zehn Bewohnern von einer Grundgesamtheit von achtzig Bewohnern eines Alten- und Pflegeheimes, aus vierzehn Bewohnern des Wohnbereiches für dementiell erkrankte Menschen, siehe Tab.1.

Mit einem einfachen Testverfahren können Gruppen von Demenzkranken identifiziert werden. Ich entschloss mich mit Hilfe des Mini-Mental Status Test (MMST) die Demenzstadien der verbliebenen zehn Bewohner zu bestimmen. Dieses Verfahren findet üblicherweise in der gerontopsychiatrischen Diagnostik dementieller Erkrankungen seine Anwendung. Das Ergebnis des MMST kann in vier Kategorien eingeteilt werden. Die erste Kategorie bilden Personen, bei denen eine Demenz ausgeschlossen wird. Sie erreichen üblicherweise ein Testergebnis (MMST) zwischen 25 und 30 Punkten, können für mein Studiendesign jedoch ausgeschlossen werden. Die zweite Kategorie bilden Personen mit mäßiger Demenz. Ihre Testergebnisse (MMST) liegen zwischen 22 und 24 Punkten. Personen mit mittelschwerer Demenz erreichen Testergebnisse (MMST) zwischen 16 und 21 Punkten. Liegt das Testergebnis (MMST) einer Person unterhalb von 16 Punkten spricht man von einer schweren Demenzerkrankung, siehe Tab.2.

Teilnehmer-Code	Punktwert MMST	Schweregrad
ST-01862312	23	Mäßig
ST-01801012	10	Schwer
ST-02900012	00	Schwer
ST-02921112	11	Schwer
ST-02631012	10	Schwer
ST-02790012	00	Schwer
ST-01850012	00	Schwer
ST-02820012	00	Schwer
ST-02901412	14	Schwer
ST-02930712	07	Schwer

Tab.2 Übersicht über den Demenzgrad der Studien-Teilnehmer

Im Kontext mit meiner Studie dient die Kenntnis des Schweregrades der Erkrankung zur Vergleichbarkeit der Ergebnisse der Datenerhebungen aus DCM und H.I.L.DE.. Dadurch werden Spezifizierungen meiner Aussagen zu den Beobachtungen möglich. In Auswertung der Bestimmung der Schweregrade der dementiellen Erkrankung bei den zehn Teilnehmern meiner empirischen Studie DCM war festzustellen, dass neun von zehn Teilnehmern in die Kategorie der schweren Demenz einzuordnen sind. Ein Studienteilnehmer konnte mit einer erreichten Punktzahl im MMST von 23 Punkten der Gruppe mäßiger Demenz zugeordnet werden. Dieses Testergebnis zum Schweregrad der Demenzerkrankung macht die Homogenität der Gruppe deutlich. Alle Studienteilnehmer/innen hielten sich im öffentlichen Bereich des Wohnbereiches auf, die Teilnehmer ST-02631012 und ST-01862312 ausschließlich im Zusammenhang mit der Einnahme der Mahlzeiten.

An dieser Stelle möchte ich nicht unerwähnt lassen, dass in dem untersuchten Alten- und Pflegeheim seit 2007 standardisiert für alle 80 Bewohner die monatliche Erfassung des MMST durchgeführt wird, um den Verlauf der dementiellen Erkrankungen darzustellen.

3.2.3 Information und Einbeziehung aller Beteiligten

Wesentlicher Punkt der Vorbereitung der empirischen Datenerhebung war die Organisation des Untersuchungsfeldes. Hierzu gehörte meinerseits die Kontaktaufnahme mit dem Alten- und Pflegeheim, die Informationsweitergabe an die Leitungsebene und die Erarbeitung eines Zeitplans, siehe Abb.2, zur Information der beobachteten Bewohner und ihrer Betreuer sowie des Pflegepersonals des Settings, mit dem Zweck der Einverständniserklärung zur Datenerhebung und der Planung des Feedbacks an die Einrichtung.

Die Feldorganisation schloss die Informationsweitergabe an die Geschäftsstelle des Trägervereins, die Erarbeitung einer Powerpoint- Präsentation und eines dazugehörigen Handouts, den Abschluss einer Vereinbarung zum Datenschutz, die Erhebung der Demenzstadien mittels MMST und eine vorläufige, zeitlich befristete Literaturweitergabe an die Einrichtung mit ein.

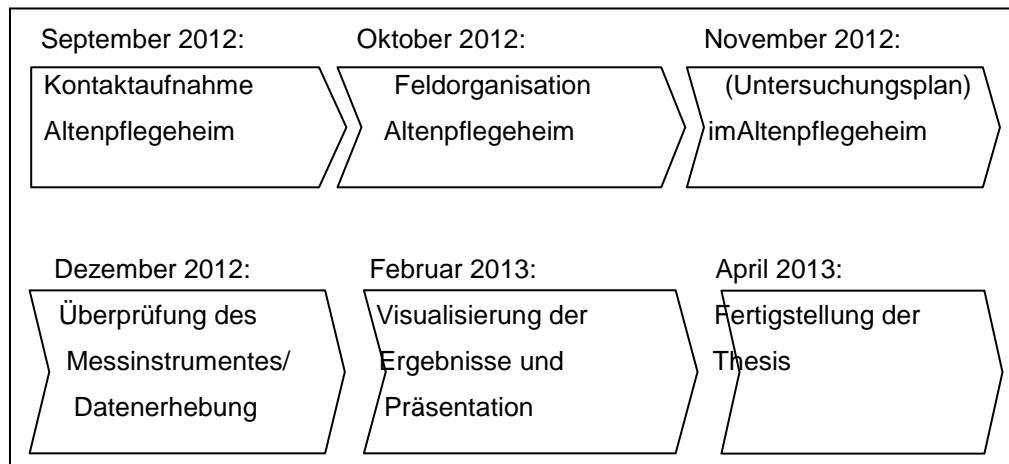


Abb.2 Zeitlicher Verlauf der Studie

Seitens der Einrichtung wurden die personenbezogenen Daten mit einem Code verschlüsselt, so dass nur die Einrichtungsleitung nachvollziehen kann, welcher Bewohner/-in sich hinter welchem Code verbirgt, siehe Abb.3.

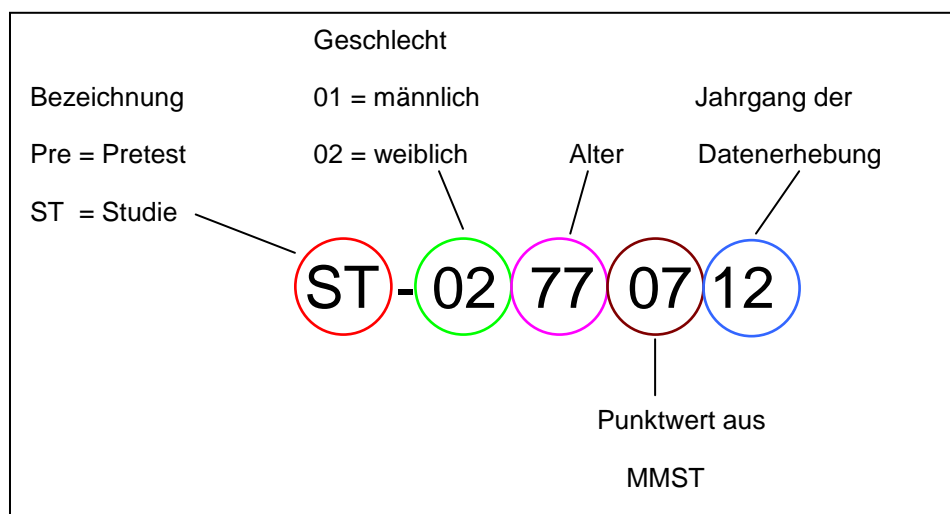


Abb.3 Zusammensetzung der Codenummer für die personenbezogenen Daten der Studienteilnehmer

3.2.4 Die Methodenprüfung (Pretest) DCM und H.I.L.DE.

Nach der Informationsveranstaltung, an der Mitarbeiter, Angehörige, Betreuer und Bewohner des Alten- und Pflegeheimes teilnahmen, gaben alle Beteiligten ihr Einverständnis zur Studie.

Methodisch richtig folgte nun zunächst ein Pretest. Dieser dient der Prüfung der Messmittel. Es ist unerlässlich die Reliabilität und die Validität der anzuwendenden Erhebungsmethoden zu eruieren. Die Sicherheit der Erhebungsmethoden wird festgestellt, indem diese in einem definierten Untersuchungsfeld, zu gleichen Bedingungen wie in der anschließenden Studie, angewandt werden. Der Unterschied zur Studie selbst besteht darin, dass der zeitliche Rahmen und die Anzahl der Teilnehmer weit unterhalb der repräsentativen Menge der Grundgesamtheit angesetzt werden. Der Auszug gibt Auskunft zur Anwendbarkeit der Erhebungsmethoden.

An dieser Stelle möchte ich darauf hinweisen, dass die Methode DCM seit 1998 bundesweit Anwendung findet. Relativ neu hingegen ist das Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität demenzkranker Menschen (H.I.L.DE.), anwendbar seit 2010. Aus diesem Grund wurden im Vorfeld, durch oben beschriebenes Ausschlussverfahren, zwei Bewohner des Alten- und Pflegeheimes im Demenzwohnbereich für den Pretest ausgewählt. Der Zeitrahmen des Pretest wurde mit drei Stunden festgelegt. Dieser Zeitrahmen sollte ausreichen, um die Anwendbarkeit der Beobachtungsmethode DCM sowie des Instrumentes H.I.L.DE. in dem durch mich definierten Untersuchungsfeld zu untersuchen. Beide Assessmentverfahren wurden nacheinander angewendet. Gemeinsam mit einem geschulten Mapper führte das DCM, im Pflegesetting durch, danach wendete ich H.I.L.DE. an.

Am 07.12.2012 betrat ich mit dem Mapper um 14.30 Uhr das definierte Untersuchungsfeld innerhalb des Alten- und Pflegeheimes und begab mich, wie es in der Durchführungsanleitung der Bradford Dementia Group gefordert ist, in den öffentlichen Bereich der

Pflegeinheit des Alten- und Pflegeheimes. In diesem Fall setzten wir uns in den Tagesraum des Wohnbereiches. Insgesamt wohnen vierzehn alte Menschen in diesem Wohnbereich. Sie werden von fünf Mitarbeitern in der Pflege, einer Ergotherapeutin stundenweise und einer Betreuungskraft gemäß §87 SGB XI betreut. Die beiden Pretestteilnehmer bewohnen ein gemeinsames Zimmer im Wohnbereich. Es war Nachmittag. Die Bewohnerinnen bereiteten sich nach der Mittagsruhe auf die Kaffeepause vor. Nach und nach füllte sich der Tagesraum. Zusammenfassend waren in den zwei Stunden vierundzwanzig mögliche Messwerte zu erfassen. Ich notierte im fünfminütigen Abstand die Verhaltenskategorien (BCC) und die dazu empfundenen Wohlbefindlichkeitswerte (WIB). Dazwischen machte ich Feldnotizen, um mich im Nachgang an jede einzelne Episode im Untersuchungsfeld genau erinnern zu können. Im Anschluss füllte ich die Erfassungshefte des Instrumentes H.I.L.DE. für die Pretestteilnehmerinnen Pre-02820612 und Pre-02961212 unter Einbeziehung der Patientendokumentation aus. Zusammenfassend blieb festzustellen, dass alle Vorbereitungen im Hinblick auf eine erfolgreiche und aussagekräftige Datenerhebung sowie Datenanalyse getroffen waren. Der Zeitrahmen für die Datenerhebung DCM wird mit der Methode festgelegt. Für den zeitlichen Umfang der Beobachtungssituation bei H.I.L.DE. war kein Zeitrahmen festgelegt, sodass die Beobachtung einer abgeschlossenen Pflegehandlung den zeitlichen Rahmen beeinflusst. Die gesammelten Erfahrungen aus dem Pretest wurden nun auf die Studie angewandt.

3.3 Datenerhebung als Grundlage des Dementia Care Mapping (DCM) und mit Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität demenzkranker Menschen (H.I.L.DE.)

Die Datenerhebung, mit dem Ziel den Vergleich der praktischen Anwendbarkeit zweier Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität demenzkranker Menschen herzustellen, konnte ohne Komplikationen am 27.12.2012 und 28.12.2012 durchgeführt werden. Das Dementia Care Mapping (DCM) wurde nach der methodischen Anleitung, beschrieben im DCM-Manual (vgl. Bradford Dementia Group (1997): Evaluating Dementia Care. The DCM Method, seventh edition. University of Bradford) durchgeführt. Die parallele Anwendung des Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität demenzkranker Menschen (H.I.L.DE.) entsprechend des Manuals (vgl. Becker, S., Kaspar, R., Kruse, A. 2011) erfolgte durch die Pflegefachkräfte des studienrelevanten Wohnbereiches. Die Datenerhebung im Pflege-Setting innerhalb der Studie, endete planmäßig nachdem die gesamte Stichprobe untersucht worden war.

3.4 Auswertung des Dementia Care Mapping (DCM)

Ich möchte der Datenauswertung voranstellen, dass bei einer Beobachtungsdauer von zwölf Stunden für zehn Studienteilnehmer ein theoretisches Datenvolumen von 1440 Einzelmesswerten erhoben werden kann. Durch die Methode, welche ausschließlich in Form der teilnehmenden Beobachtung im öffentlichen Bereich des Wohnbereiches durchgeführt wird, kommen aufgrund von Abwesenheit einzelner Studienteilnehmer im Gemeinschaftsbereich, Abweichungen zum theoretischen Datenvolumen zustande. Konkret

beträgt die aufgenommene Datenmenge während der Studie 830 Einzelmesswerte, siehe Tabelle 3.

Studienteilnehmer/in	mögliche Datenmenge	Tatsächliche Datenmenge
ST-01862312	144	32
ST-01801012	144	75
ST-02900012	144	121
ST-02921112	144	108
ST-02631012	144	119
ST-02790012	144	36
ST-01850012	144	72
ST-02820012	144	98
ST-02901412	144	53
ST-02930712	144	116

Tab. 3 Darstellung der Datenmengen DCM

3.4.1 Deskriptive Auswertung der Verhaltenskategorien (BCC)

Die DCM-Methode umfasst vierundzwanzig beobachtbare Verhaltenskategorien. Von der Gruppenbetrachtung ausgehend kann ich feststellen, dass von diesen vierundzwanzig, sechzehn verschiedene Verhaltenskategorien innerhalb der Gruppe in unterschiedlicher Form beobachtet werden konnten. Die Häufigkeit des Auftretens einer Verhaltenskategorie ist von multiplen Faktoren abhängig. Zum einen von der Dauer des Aufenthaltes eines Bewohners im öffentlichen Bereich des Settings, z.B. hielt sich ST-01862312 insgesamt ein Viertel des Beobachtungszeitraums im öffentlichen Bereich, meist in Verbindung mit der gemeinschaftlichen Nahrungsaufnahme, auf und belegt nur drei Verhaltenskategorien. Dem gegenüber war die Bewohnerin ST-02930712 achtzig Prozent des Beobachtungszeitraums anwesend und belegt elf

Verhaltenskategorien. Desweiteren besteht eine Verbindung zur Ausdauer eines Bewohners bei der Durchführung einer Aktivität, z.B. benötigt ST-02930712 am 28.12.2012 zum Frühstück eine halbe Stunde. In Verbindung mit dem therapeutischen Angebot in der Pflegeeinheit wird aktivierende Pflege durch variierende Verhaltenskategorien abgebildet. Die beobachteten variierenden Verhaltenskategorien werden deutlich bei der Teilnehmerin ST-02921112. Im Einzelnen waren dies **E** (singen und klatschen), **J** (an einer sportlichen Übung teilnehmen) und **M** (fernsehen). Die tabellarische Darstellung des BCC-Gruppenprofils verdeutlicht den Tagesablauf in der Pflegeeinheit. Der Tagesablauf innerhalb der beobachteten Pflegeeinheit wurde inhaltlich geprägt durch die Verhaltenskategorien **B** (passive Beteiligung an Abläufen), **F** (Nahrungsaufnahme), **K** (Gehen und Fortbewegen) und **N** (Schlafen oder Dösen). Diese Kategorien haben alle Bewohner des Alten- und Pflegeheimes, welche an meiner Studie teilnahmen, belegt. Einige weitere beobachtete Verhaltenskategorien gelten als personfördernd und konnten gelegentlich oder ansatzweise und nicht bei allen Bewohnern beobachtet werden. Diese personfördernden Verhaltenskategorien waren **A** (verbal und / oder nonverbal interagieren), **E** (sich kreativ beschäftigen), **J** (an einer sportlichen Übung teilnehmen), **M** (mit Medien beschäftigt sein), **P** (unabhängige, selbständige Körperpflege) und **T** (sensorische Stimulation). Gleichzeitig konnten jedoch auch person-hinderliche Verhaltenskategorien von mir wahrgenommen werden, wie **D** (Stress ohne Begleitung), **X** (Ausscheidung wegen Inkontinenz), **Y** (halluzinatorische Selbstgespräche), die auf eine mangelnde Präsenz der Pflegefachkräfte im öffentlichen Bereich zurückzuführen sind.

3.4.2 Deskriptive Auswertung der Wohlbefindlichkeitswerte (WIB)

Nachfolgend wird in der Auswertung auf die Well-or-Ill-Being Codes (WIB) eingegangen. Aus der Analyse der einzelnen Wohlbefindlichkeitswerte der Teilnehmer wird dann auf den gruppenbezogenen Wohlbefindlichkeitswert geschlossen. Hierzu werden in einem ersten Schritt, die im Fünf-Minutenrhythmus beobachteten und notierten Einzelwerte zu einer Summe zusammengefasst. Dividiert man anschließend diese Summe durch die tatsächliche Beobachtungszeit (Anwesenheit) des einzelnen Teilnehmers, erhält man dessen individuellen Tageswohlfindlichkeitswert (T-WIB) als objektive Zahl. In Auswertung des Datenerhebungsverfahrens kann ich, retrospektiv für die einzelnen Teilnehmer, folgende Aussagen zu dessen Wohlbefinden treffen:

Der Studienteilnehmer ST-01850012 ist kognitiv sehr stark eingeschränkt. Dies wird aus dem erreichten Punktwert des MMST ersichtlich. Intrinsische Motivation des Bewohners wurde nicht deutlich, von ihm ging keine Aktion aus. ST-01850012 fühlte sich sichtbar unwohl. Der Bewohner ist nur mit dem Rollstuhl mobil. Er ist sturzgefährdet und trägt zur Prophylaxe einen Kopfschutz. Es gelang den Mitarbeitern nicht diesen Bewohner in die Gruppe der Pflegeeinheit zu integrieren. Deshalb bleibt er oft unbeteiligt und schläft dann aufgrund mangelnder aktivierender Prozesse auch tagsüber vermehrt.

Der Studienteilnehmer ST-01801012 war deutlich mobiler und wacher. Die Schwere seiner dementiellen Erkrankung erlaubte es dem Bewohner eigene Bedürfnisse in eingeschränkter Form mitzuteilen. Der Bewohner war häufig passiv mit dem Geschehen in der Pflegeeinheit befasst. Kurzzeitig ließ er sich in Gruppenaktivitäten einbinden. Zusammenfassend kann festgestellt

werden, dass dieser Bewohner mit der Situation zurechtkam, ohne dass Zeichen des Unwohlseins offenkundig wurden.

Eine Bewohnerin des Pflege-Settings ist die Studienteilnehmerin ST-02900012. Sie hielt sich während des Beobachtungszeitraumes am Längsten im öffentlichen Bereich der Pflegeeinheit auf. Diese Bewohnerin erreichte im MMST nur einen Wert von null. Damit ist sie schwer dementiell erkrankt. Die meiste Zeit des Tages beobachtet die Bewohnerin als unbeteiligte Person die Geschehnisse der anderen Bewohner. Die Befriedigung der Grundbedürfnisse gelingt nur in pflegerischer Begleitung. Der Bewohnerin blieb ein natürlicher, aber ungerichteter Antrieb erhalten. Dieser Antrieb wird in Situationen des Aushaltens deutlich. In solchen Momenten sinkt ihr Wohlbefinden. Insgesamt war die Teilnehmerin ST-02900012 jedoch ausgeglichen und kam mit der Situation innerhalb des Settings gut zurecht.

Die nächste Studienteilnehmerin ST-02921112 bewohnt auch dauerhaft diese Pflegeeinheit. Trotz ihrer schweren Demenz lässt sie sich gut führen und in aktivierende Tätigkeiten problemlos integrieren, verbunden mit einer deutlichen Steigerung ihres Wohlbefindens. ST-02921112 sucht aktiv den Blickkontakt zu Mitbewohnern und Personal, um auf der nonverbalen Ebene Signale zu geben. Diese Bewohnerin ist kommunikativ eingestellt. Die Bewohnerin genießt die Mahlzeiten. Leider wird hierauf durch die Mitarbeiter des Pflegeteams zu wenig eingegangen. Das spiegelt sich auch im Gesamtwohlfinden der Bewohnerin wieder. Sie kommt schon etwas besser mit der Situation in der Pflegeeinheit zurecht. Anhaltende Phasen des Beobachtens werden durch kurzweilige Aktivphasen unterbrochen.

Eine durchweg geringe Aufenthaltsdauer im öffentlichen Bereich der Pflegeeinheit ist bei der Bewohnerin ST-02631012 zu beobachten gewesen. Sie war etwa nur ein Viertel des Beobachtungszeitraumes anwesend. Diese Anwesenheitszeiten standen in Verbindung mit der Nahrungsaufnahme. In der verbleibenden Zeit hielt sich die

Bewohnerin in Ihrem Zimmer auf. Ich konnte beobachten, dass ST-02631012 beim Aufenthalt im öffentlichen Bereich deutlich unruhig war. Sie suchte ständig einen Grund in ihr Zimmer zurück zu kehren. Der akzeptierte Grund war Harndrang. Wenngleich die Mitarbeiter der Pflege einen dauernden Harnfluss verneinten und die Bewohnerin nicht als inkontinent galt, gaben die Pflegenden dem Drängen der Bewohnerin immer wieder nach. Die Erkenntnis, dass die Teilnehmerin ST-02631012 stereotype Handlungsmuster verfolgt wird klarer. Diese können durch Ängste, Zwänge oder Langeweile begründet sein. Hier könnten Handlungsansätze für das Pflegeteam folgen. Ein Einbinden in Beschäftigungen außerhalb des Bewohnerzimmers gelang den Mitarbeitern im Pflege-Setting nicht. Die Bewohnerin und Studienteilnehmerin ST-02790012 zeigte deutlich Zeichen des Unwohlseins, der Langeweile und der Frustration. Dies äußert sich in ihrem stereotypen, stundenlangen Lauf im Flur der Pflegeeinheit. In dieser Situation ist die Bewohnerin durch die Mitarbeiter der Pflegeeinheit nicht begleitet worden. Dieses Alleinsein frustrierte die Studienteilnehmerin, sodass dieser im Verlauf seiner Handlung depressiv wurde, negativer WIB-Wert, und aggressiv gegenüber Personal reagierte. Eine frühzeitige Intervention und Begleitung sind erforderlich, um das Wohlbefinden der Bewohnerin ST-02790012 und gleichzeitig ihre Persönlichkeit positiv zu fördern. Die Bewohnerin zeigt sich gleichzeitig in extremen Situationen sehr belastbar. Dies wurde deutlich, als sie gemeinsam mit der Bewohnerin ST-02900012 nach der Abendmahlzeit im Tagesraum aushielt. Der Kontaktaufnahme der Bewohnerin begegnete ST-02790012 nicht aggressiv. Stattdessen ging diese verbal in ruhigem Ton auf sie ein.

Ebenfalls nur etwa ein Viertel des Beobachtungszeitrahmens verbrachte der Bewohner ST-01862312 im öffentlichen Bereich. In dieser Zeit waren deutliche Zeichen von Wohlbefinden zu beobachten. Allein die Nahrungsaufnahme genoss der Bewohner. Zu Mitbewohnern stellte dieser Bewohner keinen Kontakt her. Die

Kontaktaufnahme mit dem Personal erfolgte nur, um ihren Forderungen Nachdruck zu verleihen, zum Beispiel „Bitte nur Kakao“. Eine aktive Förderung der bislang im Stadium mäßig dementiell erkrankten Bewohner war nicht zu beobachten. Den Pflegenden gelang es nicht, die Bewohnerin in Aktivitäten innerhalb der Pflegeeinheit einzubinden.

Schon beim Betreten der Pflegeeinheit war mir die Bewohnerin ST-02820012 besonders aufgefallen. Diese Bewohnerin war sehr mobil sehr kommunikativ. Gleichzeitig wurde sehr deutlich, wie schwer sie an Demenz erkrankt war. Diese Frau war vollkommen orientierungslos. Sie forderte sich deutlich Unterstützung ein: „ Helfen sie mir doch mal!“ Mit dieser Aufforderung und der Unruhe wurde ihr immer Unterstützung zu teil. In ihren ruhigeren Phasen beobachtete die Bewohnerin das Pflegepersonal, erkennbar an der Dienstbekleidung (Uniform). Den Kontakt zu Mitbewohnern suchte die Bewohnerin von sich aus nicht. Diese Bewohnerin kam mit der Situation gut zurecht.

Eine weitere Bewohnerin dieses Pflege-Settings war ST-02901412. Diese konnte ebenfalls nicht in die Aktivitäten der Pflegeeinheit integriert werden. Aufgrund ihrer zum Studienzeitpunkt geschwächten Abwehrlage wurde die Bewohnerin durch die Pflegekräfte frühzeitig aus dem Setting genommen. Während der verbliebenen Beobachtungszeit waren deutliche Zeichen der Langeweile zu beobachten. Nicht zuletzt schlief die Bewohnerin im Tagesverlauf.

Die zehnte Teilnehmerin an der DCM-Studie kam mit der Situation, innerhalb der durch sie dauerhaft bewohnten Pflegeeinheit, ganz gut zurecht. ST-02930712 war teilweise in die Abläufe innerhalb der Pflegeeinheit integriert. Langeweile glich die Bewohnerin mit kurzen „Nickerchen“ oder stereotypem Klopfen mit dem Becher auf den Tisch aus. Die Bewohnerin suchte die Kommunikation mit Mitbewohnern und dem Personal.

Die Interpretation der vorangestellten Ergebnisse aus der Datenerhebung ergibt im Zusammenspiel mit der Auswertung des Feldtagebuches folgende Einschätzung:

Das Wohlbefinden der Bewohner des Alten- und Pflegeheimes kann im Beobachtungszeitraum insgesamt als recht gut (Fair) beschrieben werden. Dies ist das Ergebnis der Klassifikation des gruppenbezogenen WIB-Wertes (+ 0,89) nach der Tabelle der Bradford Dementia Group (1997). In dieser Klassifikation reicht die Kategorie recht gut (Fair) von dem gruppenbezogenen WIB-Wert + 0,9 bis + 1,4. Darüber hinaus können stationäre Einrichtungen mit gruppenbezogenen WIB-Werten von + 1,5 bis + 2,0 als gut (Good), im Bereich von + 2,1 bis + 2,6 als sehr gut (Very Good) und über + 2,7 als ausgezeichnete stationäre Einrichtungen klassifiziert werden.

Insgesamt kann in Auswertung der DCM-Datenerhebung für die Gruppe festgestellt werden, dass sechs beobachtete Bewohner mit der Situation innerhalb des Wohnbereiches „ganz gut fertig“ werden. Für die verbleibenden vier Studienteilnehmer ist die Situation nicht zufrieden stellend. Ihr Tages-WIB-Wert bleibt unterhalb des durchschnittlichen Gruppen-WIB-Wertes (+ 0,89), siehe Abb. 4. Eine Studienteilnehmerin zeigte deutliche Anzeichen des Unwohlseins. Der errechnete negative WIB-Wert kann jedoch auch im Zusammenhang mit einer bislang nicht diagnostizierten depressiven Sekundärerkrankung in Verbindung stehen.

Darüber hinaus war die Tagesstruktur nur durch geringe Aktivität im Beobachtungszeitraum geprägt. Ein Hinweis auf mangelnde aktivierende Angebote kann in verstärkten Rückzugstendenzen der Studienteilnehmer in ihre Privaträume gesehen werden. Die Anwesenheit der beobachteten Bewohnergruppe im öffentlichen Bereich der Pflegeeinheit lag bei achtundfünfzig Prozent. Einzelne Bewohner bleiben gelangweilt und verfallen in sogenannte Degenerations- und Kombinationsverläufe aus Mangel an

Beschäftigung. Diese Degenerationsverläufe sind gekennzeichnet von länger andauernden Phasen negativ bewerteter Verhaltenskategorien. Dabei sinkt der negative Wert weiter, wenn diese Phase nicht durch eine positiv bewertete Verhaltenskategorie unterbrochen wird. Immer negativ bewertete Verhaltenskategorien sind **C** (sozial nicht einbezogen sein), **U** (Momente in denen die Mitarbeiter nicht auf die Bewohner reagieren) und **W** (repetitive Selbststimulation).

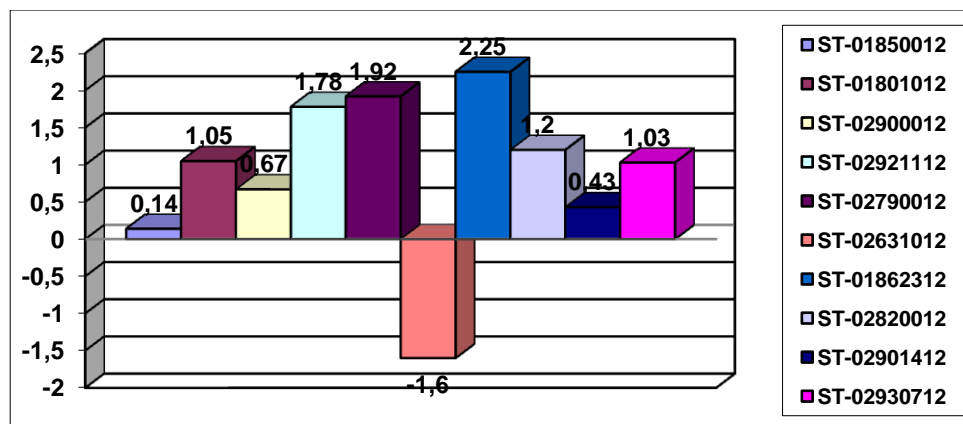


Abb.4 WIB-Wertprofil der Gruppe (Gruppen-WIB-Wert: + 0,89)

3.5 Auswertung der Datenerfassung mit Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität demenzkranker Menschen (H.I.L.DE.)

Zur Datenerhebung stand mir das Erhebungs- und Dokumentationsmaterial zum Messinstrument zur Verfügung. Die Erhebungshefte sind selbsterklärend. Es bedurfte einer kurzen Vorbereitungszeit in der ich mich mit dem Erhebungsheft vertraut machte. Diese Vorbereitungszeit habe ich mir im Pretest genommen. Nach Einweisung der Pflegefachkräfte des Demenzwohnbereichs im Alten- und Pflegeheim stand der Datenerhebung nichts im Wege. Für alle zehn Studienteilnehmer wurde das Erfassungsheft durch die Pflegefachkräfte ausgefüllt.

Beim H.I.L.DE. werden für jeden Studienteilnehmer mindestens 119 Einzeldaten erhoben. Diese Zahl kann aufgrund möglicher Mehrfachnennungen unterhalb einzelner Bereichskennwerte nach oben oder unten abweichen. Das bedeutet, dass mindestens 1190 Einzeldaten hätten erhoben werden müssen um aussagekräftig zu sein. Die tatsächliche Datenmenge betrug am Ende des Erfassungszeitraums 1502 Einzeldaten, siehe Tabelle 4, und entspricht damit 126 Prozent der Mindestdatenmenge. Mit Hilfe der Durchführungsanleitung unterschied ich die Studienteilnehmer der Klassifikation schwere Demenz nach ihrem Kompetenzprofil weiter in schwer demenzkrank mit somatischen Einschränkungen beziehungsweise schwer demenzkrank mit psychopathologischen Auffälligkeiten. Diese Unterscheidung ist für die Verwendung des entsprechenden Referenzbogens ausschlaggebend.

Sudienteilnehmer/in	mögliche Datenmenge	Tatsächliche Datenmenge
ST-01862312	119	190
ST-01801012	119	147
ST-02900012	119	140
ST-02921112	119	147
ST-02631012	119	146
ST-02790012	119	142
ST-01850012	119	138
ST-02820012	119	139
ST-02901412	119	163
ST-02930712	119	150

Tab. 4 Darstellung der Datenmengen H.I.L.DE.

3.5.1 Deskriptive Auswertung der medizinischen Betreuung und des Bewohnerumfeldes

Verschiedene Einzeldaten werden zu Bereichskennwerten aufsummiert und in den Referenzbogen übertragen. Die Bereiche Schmerzerleben und medizinische Versorgung bilden die Zusammenarbeit mit dem haus- und fachärztlichen Besuchsdienst ab. Für die Erfassung der erforderlichen Werte bietet die Pflegedokumentation objektiv messbare Daten an. Für alle Studienteilnehmer kann festgestellt werden, dass die Zusammenarbeit des Pflegeheims mit dem ärztlichen Dienst zum Bewohnerwohlergehen beiträgt, denn alle erhobenen Kennwerte lagen innerhalb der für die einzelnen Kompetenzgruppen ausgewiesenen Normbereiche (vgl. Becker, S., Kaspar, R., Kruse, A. 2011). Im Einzelnen sollte in der nächsten Fallbesprechung das Schmerzerleben von ST-01862312 und geeignete Maßnahmen hierzu beraten werden.

3.5.2 Deskriptive Auswertung der räumlichen Umwelt

Für dieses Kriterium werden durch das Erfassungsheft eindeutig objektive Kriterien hinterfragt, zum Beispiel rutschfester Boden, Handläufe, Beleuchtungssituation. Grundsätzlich spiegeln alle in den Referenzbogen übertragenen Bereichskennwerte ein sicheres und gemütliches Wohnumfeld für alle untersuchten Studienteilnehmer wieder. Mit Hilfe des angewandten Farbkonzeptes, der verwendeten Orientierungshilfen und Handläufe strahlt der öffentliche Wohnbereich mehr Sicherheit denn Wohnlichkeit, die einzelnen Bewohnerzimmer mehr Daheim-Gefühl (vgl. Böhm, E. 2004) denn strukturelle Sicherheit für den reflektierenden Betrachter aus.

Alle Studienteilnehmer können für sich einen „Lieblingsplatz“ in Anspruch nehmen und sind gleichzeitig zu keiner Zeit an irgendeinem Platz in der Pflegeeinrichtung von Unbehagen geplagt.

3.5.3 Deskriptive Auswertung der Aktivitäten

Das Konzept der sozialen Betreuung der Einrichtung ist an den Bedürfnissen dementer Bewohner ausgerichtet. Für jeden Bewohner gibt es nachweislich Einzelaktivitäten und Gruppenaktivitäten, welche durch die Einrichtung geplant, realisiert und dokumentiert wurden. Aus den Pflegeberichten lässt sich ein ablehnendes Verhalten der Studienteilnehmer gegenüber sozialer Aktivitäten zu keiner Zeit recherchieren. Die eigene Motivation der Studienteilnehmer, selbstbestimmt Aktivitäten zu entwickeln lässt sich jedoch auch selten nachweisen. Die Ausnahme bilden ST-01862312 und ST-02901412, die auch den geschützten Wohnbereich selbständig verlassen, um zum Kiosk im Haus oder in den Garten zu gehen. Schwierigkeiten bestehen lediglich bei der subjektiven Einschätzung der Emotionen der Bewohner für nicht stattgefundene Aktivitäten. „Könnte diese Aktivität dem Bewohner Freude bereiten, wenn er daran teilnehmen würde?“(Becker, S., Kaspar, R., Kruse, A. (2011): H.I.L.DE. Erfassungs- und Dokumentationsmaterial, S.16). Die Angaben hierzu spiegeln eher den Wunschgedanken der einschätzenden Pflegekräfte wieder, jedoch ist eine Befragung der einzelnen Bewohner mit schwerer Demenz hierzu nicht möglich.

3.5.4 Deskriptive Auswertung des sozialen Bezugssystems

Die sozialen Kontakte der Bewohner des Alten- und Pflegeheimes sind auf das Haus, die darin lebenden Bewohner (Zimmernachbarn), Pflegepersonal, ärztlicher Hausbesuchsdienst und Angehörigenbesuche begrenzt. Auch hier entsprach die Anzahl der erfassten Kontakte und bedeutsamen positiven und negativen Bezugspersonen der Norm. Keiner der Studienteilnehmer war sozial isoliert oder überbelastet.

3.5.5 Deskriptive Auswertung des emotionalen Erlebens

Das im Erfassungsheft enthaltene Arbeitsblatt Emotionalität wird dem Erfassungsbereich vorangestellt. Es sollen beobachtbare Verhaltensweisen/ Kennzeichen für die Studienteilnehmer in Bezug auf emotionales Erleben beschrieben werden. Hierbei überwiegen die Anteile negativ erlebter Emotionen mit denen sich die einschätzende Pflegefachkraft auseinandersetzen muss. Hieraus könnten Wahrnehmungsfehler, im Sinne von Kontrastfehlern, bei der Erfassung von typischen Stimmungslagen resultieren. Auffällig wird bei der Auswertung der erfassten Stimmungslagen, dass die Anzahl und Gesamthäufigkeit der erfassten positiv erlebten Alltagssituationen bei allen Studienteilnehmern am oberen Ende und darüber, außerhalb des Referenzbereiches/ Normbereiches lagen. Bei den negativ erlebten Stimmungslagen lagen neun von zehn Studienteilnehmer am unteren Ende und darunter, außerhalb des Referenzbereiches/ Normbereiches. Daraus lässt sich zumindest der eindeutige Trend zu mehr positiv erlebten Alltagssituationen als negativ erlebten Alltagssituationen herleiten. Die Auswertung der erfassten Strategien zur Entspannung negativ erlebter Alltagssituationen vermitteln den Eindruck professionellen Handelns der Pflegepersonen im stationären Setting, da die Anzahl

eingesetzter Strategien mit vier angegeben wird. Bei der Aussage zur besten Strategie werden körperliche Berührung und Ablenken durch Gespräche als am wirkungsvollsten bei Patienten mit schwerer Demenz angegeben. Für den Studienteilnehmer mit mäßiger Demenz war „Ursache klären“ als beste Interventionsstrategie angegeben. Damit entsprachen alle angegebenen Interventionsstrategien der üblichen Norm.

3.5.6 Deskriptive Auswertung der Teilnehmerbeobachtung

Für alle Studienteilnehmer wurden drei verschiedene Beobachtungsbögen unter verschiedenen Fragestellungen geführt. Diese Beobachtungen wurden parallel zum DCM ausgeführt. Hierbei ist im Unterschied zum DCM der private Bereich, also das Bewohnerzimmer in die Beobachtung mit eingeschlossen. Die Studienteilnehmer wurden beim Ruhen (10 min.), bei Aktivitäten (10 min.) sowie in einer Pflegesituation (10 min.) beobachtet. Dabei sind Unterschiede in der Gefühlslage bei den verschiedenen Kompetenzgruppen aufgetreten. Die Kompetenzgruppe der schwer demenzkranken Bewohner, neun von zehn Studienteilnehmer, zeigte sich obgleich unterschiedlicher Beobachtungssituationen homogen. Sie war gekennzeichnet von Wohlbefinden und ausbleibenden Schwankungen der Emotionalität. Alle durchgeführten angeleiteten Aktivitäten, zum Beispiel Bewegungsübungen, Basteln, Lesen, Bilder anschauen, sowie alle durchgeführten Pflegehandlungen, zum Beispiel Toilettengang, Intimpflege, Anreichen der Nahrung, Medikamentengabe, lagen im Toleranzbereich der Studienteilnehmer. Der Studienteilnehmer ST-01862312, der der Kompetenzgruppe der mäßig demenzerkrankten Bewohner zuzuordnen ist wick von den übrigen Studienteilnehmern ab. Er empfand während der Ruhephase nach anfänglichem Wohlbefinden plötzlich Angst, konnte jedoch wieder beruhigt

werden. Bei der Beobachtung des eigenständigen Zeitungslesens wirkte der Studienteilnehmer verärgert und angespannt. Auch während des Ausführens einer pflegerischen Handlung, Begleitung zum Toilettengang, schwankte die Stimmung von Wohlbefinden bei der Äußerung des Wunsches nach Erleichterung bis zu Angst bei der Ausführung der Pflege Tätigkeit. Ursächlich könnte hier ein kürzlich zurückliegendes Sturzereignis beim letzten Krankenhausaufenthalt von Belang sein.

Die Studienteilnehmer der Kompetenzgruppe der schwer demenz-erkrankten Bewohner konnte überwiegend (sechs von neun) zur empfundenen Lebenszufriedenheit keine adäquate Aussage geben, die Anderen tendierten zu positiver Lebenszufriedenheit. Der Studienteilnehmer ST-01862312 verstand die Frage und beantwortete diese mit „eher zufrieden“. Alle Angaben der Studienteilnehmer lagen im Normbereich.

4. Vergleichende Interpretation und Diskussion der Ergebnisse unter der Beantwortung der Forschungsfragen

Zunächst möchte ich bei der Betrachtung der Untersuchungsergebnisse die Frage nach der Erfassung der direkten/ situativen Zufriedenheit erörtern. Beide Assessmentverfahren bieten dem Anwender die Möglichkeit der teilnehmenden Beobachtung. Hierbei werden Unterschiede in der Betrachtungsweise deutlich.

Während sich DCM auf Beobachtungen im öffentlichen Bereich des Settings reduziert, wird bei H.I.L.DE. der Rückzugsbereich in die Beobachtung eingeschlossen, siehe Abb. 4.

Ebenfalls bestehen Unterschiede bei der Anzahl der gleichzeitig beobachteten Studienteilnehmer. Die DCM-Methode ließ die Beobachtung von bis zu zehn Studienteilnehmern gleichzeitig zu,

wo hingegen das H.I.L.DE. sich stets auf die Beobachtung eines Studienteilnehmers konzentrierte.

Eine weitere Unterscheidung kann ich hinsichtlich des Beobachtungsintervalles feststellen. Dabei kann bei der Qualität der Beobachtung eine direkte Vergleichbarkeit hergestellt werden. Die Differenzierung der Beobachtungen bei DCM wird mit 24 Verhaltenskategorien vorgegeben. Beim H.I.L.DE. ist festgelegt, die Studienteilnehmer in drei Tagessituationen zu beobachten. Allerdings ist bei der Anwendung von H.I.L.DE. die Gesamtdauer des Assessment-verfahrens bedeutsam. Ich benötigte je Studienteilnehmer einen Gesamtaufwand für die Datenerfassung von durchschnittlich 67 Minuten für 1190 Einzelmesswerte. Hingegen bedeutete die Datenerfassung für DCM für jeden einzelnen Studienteilnehmer 720 Minuten, bei einer Erfassung von 830 Messwerten.

Aus diesem Vergleich resultiert eine Verdichtung der Informationssammlung beim H.I.L.DE. von durchschnittlich 17,8 Messwerten je Minute. Dagegen erfasste ich bei DCM durchschnittlich 1,2 Messwerte je Minute.

Bezüglich der Beobachtungsaufgabe kann beim H.I.L.DE. bei der komplexen Durchführung des Assessments auch von einer nicht alltäglichen Beobachtungssituation im Pflegesetting ausgegangen werden, falls die Beobachtungssituation absichtlich zum Beobachtungszweck herbeigeführt wurde. Dabei kann gleichzeitig auch von einer unterschiedlichen Belastungssituation für DCM oder H.I.L.DE. für den Studienteilnehmer ausgegangen werden. Bei der Gesamtbetrachtung der DCM-Methode wird deutlich, dass die Zufriedenheit der Studienteilnehmer in einer Situation direkt mit dem Andauern der Situation korrespondiert. Je länger eine ungünstige Situation andauert und nicht entspannt wird, desto dramatischer ist der Verlauf für die Erfassung der Emotionalen Anspannung des Studienteilnehmers. Diese Beobachtung bleibt über die Anwendung des H.I.L.DE. verborgen. Im Ergebnis ist die Aussage zu den

beobachteten Emotionen nicht tagesformabhängig sondern methodenabhängig, womit die Frage nach der Tagesformabhängigkeit der Beobachtungsergebnisse beantwortet ist. Insgesamt muss bei der Anwendung des H.I.L.DE. auf eine Verdichtung des Erfassungszeitraums verzichtet werden, so dass keine nichtalltägliche Beobachtungssituation entsteht, die für den demenzkranken Pflegebedürftigen zwar im Rahmen seiner kognitiven Fähigkeiten begreifbar bleibt, jedoch nicht die wirkliche Lebenssituation widerspiegelt.

Grundsätzlich war bei der Anwendung beider Assessmentverfahren, unter meinen vorgegebenen Studienbedingungen, ein deutlich emotional zufriedeneres Emotionsbild mit H.I.L.DE. als mit DCM zu zeichnen.

Bei der Beantwortung der Frage bezüglich der Gesamtaussage beider Assessmentverfahren spielt der Einfluss weiterer zufriedenheitsgebender Faktoren, unter Berücksichtigung des Fürsorgegedankens, bei der DCM-Methode keine Rolle, siehe Abb. 5. Der langfristigen Wirksamkeit auf Bewohnerzufriedenheit durch die Gestaltung der räumlichen Umwelt, den Einfluss des Vorhandenseins sozialer Bindungen oder der geregelten Sicherstellung der medizinischen Grundversorgung wird lediglich beim H.I.L.DE. Bedeutung beigemessen.

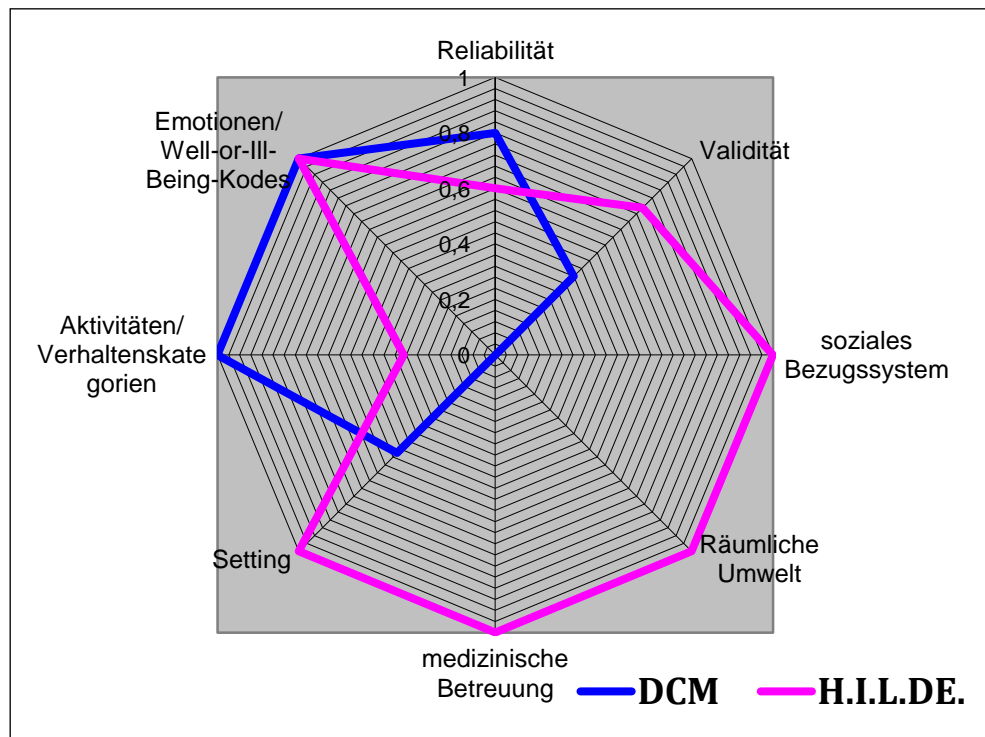


Abb. 5 Darstellung der Gemeinsamkeiten und Unterschiede von DCM und H.I.L.DE. im Vergleich

Die Wirkung dieser Einflüsse konnte ich unter Einbeziehung der Pflegedokumentation in die Datenerfassung beim H.I.L.DE. herausstellen und transparent machen. Dabei wurden zurückliegende Dokumentationszeiträume ausgewertet. Die DCM-Methode beschränkt sich auf die teilnehmende Beobachtung.

5. Fazit

Im Mittelpunkt pflegerischer Handlungen für dementiell erkrankte Menschen stehen der Erhalt des subjektiven Wohlbefindens sowie die stetige Adaption der objektiven Lebensbedingungen als Elemente der Lebensqualität. Ziel des Pflege- und Betreuungsansatzes sind Linderung und Kompensation der mit der Demenzerkrankung einhergehenden Krankheitssymptome.

Der MDS (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.) schließt sich in seiner Betrachtung zur Beurteilung des Wohlbefindens in stationären Einrichtungen

lebender Menschen der Beobachtung von Weyerer, S., Schäufele, M., Hendlmeier, I., Kofahl, C. & Sattel, H. an, die feststellten das die Gruppe der mittel bis schwer demenzkranken Menschen etwa einen Anteil von zwei Drittel aller Pflegeheimbewohner ausmacht. Fleer (MDS) stellt 2011 dar, dass für gerontopsychiatrisch erkrankte, insbesondere jedoch für demenzkranke Menschen zur Zeit keine im Rahmen des MDK-Prüfverfahrens praktikable und adäquat informierenden Erfassungsverfahren für die Beurteilung der Lebensqualität vorliegen. Angesichts der Prävalenzrate Demenzerkrankter von 75 Prozent im untersuchten Pflegeheim können durch Befragen gewonnenen Informationen nur bedingt objektiv eine Aussage zum Wohlbefinden der Bewohner des untersuchten Alten- und Pflegeheims geben.

Die in dieser Arbeit eingesetzten Assessmentinstrumente zur Messung der Lebensqualität orientieren sich an verschiedenen theoretischen Modellen der Lebensqualität. Beiden Gemeinsam ist die Betonung der Multidimensionalität nach Lawton (Lawton 1994). Mit DCM und H.I.L.DE. war ich in der Lage Handlungsbedarfe für den Pflegealltag im Beobachtungssetting zu ermitteln und den Effekt von Interventionen zu messen.

Der MDS beschreibt 2009, dass aufgrund der zunehmenden Forschung mit dem breiteren Einsatz von Assessmentinstrumenten zur Messung von Lebensqualität bei dementieller Erkrankung zu rechnen ist.

Hierbei hat sich nach Angaben des MDS Dementia Care Mapping bereits als Beobachtungsverfahren etabliert und wird sowohl zur Erfassung der Lebens- als auch der Pflegequalität eingesetzt.

(vgl. Fleer et.al. 2009)

In seiner Grundsatzstellungnahme zur Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen hält der MDS, im Jahre 2009, wegen der Doppelfunktion des DCM als Instrument

zur Einschätzung der Lebensqualität und als Evaluations-Verfahren, die Implementierung in der stationären Langzeitpflege für empfehlenswert. Er empfiehlt hierbei die Einbindung des DCM in das Pflegekonzept der stationären Pflegeeinrichtung und fordert die Förderung der Akzeptanz aller Beteiligten. (Gaier 2005).

In der seit 2008 bestehenden PTVS (Pflege-Transparenz-Vereinbarung- Stationär) wird als Transparenzkriterium 39 formuliert: „Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag ermittelt und dokumentiert und werden daraus Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet?“

Hieraus ergab sich die Zusammenarbeit zwischen MDS/MDK und der Forschergruppe des H.I.L.DE.- Instruments (Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg und Forschungsschwerpunkt „Lebensgestaltung im Alter“ der Berner Fachhochschule) zur Entwicklung eines in die MDK-Qualitätsprüfung integrierbaren Instruments, das zentrale Aspekte der Lebensqualität in der Versorgung gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen abzubilden und zu beurteilen erlaubt.

Der MDS kam in der Auswertung seiner Befragungen, 43 Bewohner, und der durchgeführten Beobachtungen, 37 Bewohner, zu dem Ergebnis, dass insbesondere H.I.L.DE. zur Weiterentwicklung der MDK-Qualitätsprüfungen genutzt werden kann. Allerdings erschienen dennoch der Befragungsteil mit einer Anwendungszeit von durchschnittlich 19 Minuten und der Beobachtungsteil mit durchschnittlich 30 Minuten für die Qualitätsprüfung noch zu lang.

In Auswertung der Literaturrecherche, der Anwendung beider Assessmentinstrumente sowie des Projektberichtes des MDS zum Projekt zur Weiterentwicklung des Qualitätsprüfverfahrens nach 115 SGB XI, halte ich die Anwendung von H.I.L.DE. im stationären Praxiseinsatz für angemessen. Die regelhafte Anwendung des H.I.L.DE. zum reflektierten Umgang mit demenzerkrankten

Menschen trägt zur Qualitätssteigerung in der Dementenversorgung bei. Der Nachweis über die Anwendung eines der beiden validierten Assessmentinstrumente seitens der Pflegeeinrichtung könnte zukünftig das Qualitätsprüfverfahren des MDK für stationäre Pflegeeinrichtungen sinnvoll ergänzen. Verpflichtend entsteht für die Träger von Einrichtungen der stationären Altenpflege aus §112 SGB XI die Managementaufgabe der Wahrnehmung von Qualitätsverantwortung.

Becker, Stefanie (2010): Hilde bewertet Lebensqualität bei Demenz individuell. *Altenheim*, 11/ S.16- 19

Becker, Stefanie/ Kaspar, Roman/ Kruse, Andreas (2011): H.I.L.DE. Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität demenzkranker Menschen. Verlag Hans Huber. Bern

Bickel, H. Die Epidemiologie der Demenz. Informationsblatt „Das Wichtigste 1“ der Deutschen Alzheimer Gesellschaft. www.deutsche-alzheimer.de. 2006.

Böhm, E. (2004): Psychobiographisches Pflegemodell nach Böhm. Band I Grundlagen. Verlag Wilhelm Maudrich. Wien-München-Bern.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2002): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger- unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Bonn

Coester, Friederike (2004): Qualitätsinstrumente in der Begleitung und Pflege demenziell erkrankter Menschen. Kuratorium Deutsche Altershilfe. Köln

Deutschmann, Renate/ Cwienk, Antja (2010): Der Theorie- Praxis-Transfer von HILDE ist gelungen. *Altenheim*, 11/ S. 20f.

Enßle, Jenny (2010): Demenz. Instrumentarien und Betreuungskonzepte zur Erfassung von Lebensqualität. Diplomatica Verlag GmbH. Hamburg

Ettema, T.P., Droes, R.M., de Lange, J., Mellenbergh, G.J. & Ribbe, M.W.
A review of quality of life instruments used in dementia. *Qual Life Res* 2005, 14(3), 675-686.

Fleer, B., Brüggemann, J., Brucker, U., Eben, E., Gerber, H., Kurzmann, K., Ziegert, S., Lübke, N. (2009): Grundsatzstellungnahme. Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen. Essen.

Füsgen, Ingo (2001): Demenz. Praktischer Umgang mit Hirnleistungsstörungen. Urban und Vogel. München

Gaier, M. (2005): Dementia Care Mapping. "Die Leitung muss hinter der Sache stehen". *Altenheim*, 2005, 44, S.20-21.

Hampel, R. Pflegewissenschaftliche Diplomarbeit zu „Lebensqualität und Demenz“ mit kritischer Analyse vorhandener Verfahren. 2006.

Horstedt, C. & Christiansen, T. (2006): Mulige metoder og instrumenter til effektiv vurdering af indsatser over for demensramte patienter - gennemgang og beskrivelse af instrumenterne.

Innes, Anthea (2004): Die Dementia Care Mapping Methode (DCM). Anwendung und Erfahrungen mit Kitwoods person- zentriertem Ansatz. Verlag Hans Huber. Bern.

Kitwood, Tom (2005): Demenz. Verlag Hans Huber. Bern.

Kurz, Alexander (2010): Das wichtigste über die Alzheimerkrankheit. Ein kompakter Ratgeber. 16. Auflage. Meta Data. Berlin.

Lawton, M.P. (1994): Quality of life in Alzheimer disease. Alzheimer Dis.Assoc.Disord 1994, 8 Suppl 31, S.38-150.

Lyketsos, C.G., Gonzales-Salvador, T., Chin, J.J., Baker, A., Black, B. & Rabins, P. (2003): A follow-up study of change in quality of life among persons with dementia residing in a long-term care facility. Int J Geriatr Psychiatry, 18, S.275-281.

Mayring, Philipp (1991): Die Erfassung subjektiven Wohlbefindens. In: Abele, Andrea/ Becker, Peter (Hg.): Wohlbefinden. Theorie- Empirie- Diagnostik. Juventa. Weinheim/ München.

Meier, D. (1995): Lebensqualität im Alter. Eine Studie zur Erfassung der individuellen Lebensqualität von gesunden Älteren, von Patienten im Anfangsstadium einer Demenz und ihrer Angehörigen. Europäischer Verlag der Wissenschaften. Bern.

Menge, H., Pertsch, E., (1984): Langenscheidt Taschenbuch der lateinischen- deutschen Sprache. Berlin/ München.

Müller- Hergl, Christian/ Rodschinka, Sonja/ Brand, Heiko (2002): Verbesserung der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz– Erarbeitung und Umsetzung des Dementia Care Mapping- Verfahrens gefördert durch die Robert Bosch Stiftung im Rahmen des Programms „Gemeinsame Projekte von Hochschule und Praxis“.

Reinbold, Hartmut/ Assion, Hans- Jörg (2010): Dementicum. PsychoGen Verlag. Dortmund.

Schmidt- Hackenberg: Pflege von Patienten mit Demenz. In: Kellnhauser, Edith/ Schewior- Popp, Susanne/ Sitzmann, Franz/

Geißner, Ursula/ Gümmer, Martina/ Ullrich, Lothar: Thiemes Pflege, Stuttgart- 2004, S.933.

Schröder, Stefan (2000): Geborgenheit als Prinzip der Pflege von Demenzkranken. In: Tackenberg, Peter/ Abt- Zegelin, Angelika (Hg.): Demenz und Pflege. Eine interdisziplinäre Betrachtung. Mabuse. Frankfurt am Main. S. 175- 183.

Selai, C./ Trimble, M. R. (1999): "Assessing quality of life in dementia". Aging & Mental Health 3/ 2, S. 101- 111.

Volles, E.(1991): Sogenannte degenerative Krankheiten. In: Fröscher, W.(Hrsg.): Neurologie. Walter de Gruyter. Berlin.

Wächtler, Claus (2002): Grundlegendes. In: Wächtler, Claus (Hg.): Demenzen. Frühzeitig erkennen, aktiv behandeln, Betroffene und Angehörige effektiv unterstützen. Thieme. Stuttgart/ New York. S. 1- 9.

Weischner, Christoph (2007): Sozialforschung. UVK. Konstanz.

Weyerer, Siegfried/ Bickel, Horst (2006): Epidemiologie psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter. Kohlhammer.

Weyerer, S., Schäufele, M., Hendlmeier, I., Kofahl, C. & Sattel, H. (2006): Demenzkranke Menschen in Pflegeeinrichtungen. Besondere und traditionelle Versorgung im Vergleich, Stuttgart.

Wojnar, Jan (2001): Demenzkranke verstehen. In: Peter Dürrmann (Hg.): Besondere stationäre Dementenbetreuung. Praxisorientierte Arbeitshilfe der Poller Runden. Vincentz. Hannover. S. 34- 41.

World Health Organisation (WHO): <http://www.who.int/en/>. Stand 12.13.

Weyerer, S., Schäufele, M., Hendlmeier, I., Kofahl, C. & Sattel, H. (2006): Demenzkranke Menschen in Pflegeeinrichtungen. Besondere und traditionelle Versorgung im Vergleich, Stuttgart.

7 Abkürzungsverzeichnis

BCC	Behavior Category Coding – Verhalten der beobachteten Teilnehmer
DAT	Demenz vom Alzheimerstyp
DCM	Dementia Care Mapping
H.I.L.DE.	Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität demenzkranker Menschen
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.
MMST	Mini- Mental Status Test
PTVS	Pflege-Transparenz-Vereinbarung- Stationär
SGB	Sozialgesetzbuch
VD	Vaskuläre Demenz
WHO	Weltgesundheitsorganisation
WIB	Well Being Wert - Wohlbefindlichkeitswert