

Positive Personenerarbeit und DCM

Christian Müller-Hergl (2002)

1. Ganzheitliches Modell der Demenz

Nach Tom Kitwood, Sozialpsychologe aus Bradford und Begründer der DCM-Methode, besteht das Problemfeld Demenz nicht in dem Kranken, der die Demenz „hat“, sondern aus der gestörten Interaktion und Kommunikation zwischen neurologisch Behinderten und Menschen, deren Kulturtechniken (innere Struktur) intakt sind. Es kommt zu Missverständnissen und Störungen, in deren Gefolge Formen herausfordernden Verhaltens seitens der Menschen mit Demenz entstehen, die – sichtbar und vordergründig - zum eigentlichen „Problem“ werden. Einseitig als „Symptome“ einer Erkrankung fehlbeschrieben, werden diese Anlass für ruhig stellende bzw. fixierende Medikation oder andere, das Personsein des Betroffenen tangierende Maßnahmen – inklusive der oft sehr belastenden Testverfahren. Was dabei als tolerabel gilt, wird durch diejenigen festgeschrieben, die über die Situationsmacht verfügen. Kitwood unterscheidet im Rahmen seiner Theorie der „malignen Sozialpsychologie“ insgesamt 17 Formen „personaler Detraktionen“ (PD) im Pflege- und Betreuungsalltag, die eine personale Involution der Betroffenen verstärken und Subjektivität zum Verschwinden bringen.

Umgekehrt kann es gelingen, das Personsein der Betroffenen zu nähren, zu füllen, zu ergänzen. In Kitwoods Theorie der „positiven Personenerarbeit“ werden 12 Interaktionsformen beschrieben, die dem Betroffenen helfen, sich selbst als Person zu erfahren. Je mehr die neurologische Beeinträchtigung voranschreitet, desto mehr sind die Betroffenen darauf angewiesen, erleichternde Ergänzungen bei „abgerissenen Handlungsprogrammen“ (Jutta Becker) zu erfahren und somit in ihrem Personsein gestützt zu werden. Im Unterschied zu Menschen mit intakter innerer Struktur lebt die Subjektivität bei Menschen mit Demenz immer mehr davon, Wertschätzung gespiegelt, Beschäftigung und Arbeit angeboten zu bekommen, in Gemeinschaft geführt und begleitet zu werden und in der Konstanz von Personen, Strukturen und individuellen Routinen Sicherheit und Geborgenheit zu erfahren. Erfahrungsgemäß nimmt

das „herausfordernde Verhalten“ in einem personenunterstützenden Milieu erheblich ab. Grundlagen eines solchen Umgangs sind:

- ein Milieu mit einem hohen Maß an Expressivität und einem geringen Grad an Dominanz. Ungewöhnliches und bizarres Verhalten wird toleriert und zugelassen, begleitet, ermöglicht und „gehalten“. Nicht das „objektive Pflegeresultat“ (die soziale Präsentabilität der Menschen) ist entscheidend, sondern das „wie“, der Prozeß der Pflege selbst. Das eigentliche Ergebnis der Pflege ist die psychologische Qualität der Pflegeprozesse selbst.
- Die Beziehung wird aus einer grundlegend therapeutischen, zulassenden Haltung heraus gestaltet mit den Merkmalen der Wertschätzung, der Echtheit und der Empathie. Es geht darum, den anderen zu einführend zu verstehen und ihn/sie in der Welt ihrer/seiner Szenen zu begleiten, nicht allein zu lassen, sondern - auch im Schreien – auszuhalten, bis der Zustand sich ändert oder bis feststeht, dass ein Angebot jetzt nicht angenommen werden kann, worauf sich die Begleitperson zunächst zurückzieht. Menschen mit Demenz können nicht mehr „positiv bei sich selbst intervenieren“ bzw. sich durch Selbstinstruktionen aus belastenden Gefühlen befreien. Sie benötigen daher Menschen, die mit ihren Gefühlen mitgehen und diese wandeln helfen.
- Die Pflegesituation sollte offen und nicht durch vorab festgelegte Ablaufsysteme „geschlossen“ sein. Jeden Tag muss neu herausgefunden und erarbeitet werden, was jetzt und hier für diesen Menschen Sinn machen kann. Eine sich an der Lust und am Humor orientierende Suchhaltung mit genügend Neugierde und Phantasie ist nötig, um „Schlüssel“ zu den Welten und Szenen der Menschen mit Demenz zu gewinnen. Depressive Teams, die sich alleingelassen fühlen („verlassene Mütter mit einem hoffnungslosen Kind“) können dies nicht.
- Eine niedrige Abwehr der Pflegenden erlaubt die Solidarität mit den chaotischen und anarchischen Anteilen und damit auf den Verzicht zwanghafter Sauberkeits- und Beschäftigungsrituale. Nicht jede lustvolle Libidoregression (Schmieren) muss sogleich unterbrochen werden; wichtig ist es, für diese Tätigkeit einen nicht-beschämenden, sicheren Kontext zu schaffen. In der Regel gilt: Gegen die Symptome zu arbeiten ist ein Pflegefehler. Alles herausfordernde Verhalten ist als Kommunikationsversuch zu verstehen, die verstanden werden wollen.

- Die Aufmerksamkeitssteigerung für die Eigenarten des Gegenübers gelingt durch Fallarbeit und dabei durch die „Verähnlichung“ mit den Betroffenen. (vgl. die aristotelisch-aquinatische Erkenntnistheorie: *sensibile in actu est sensus in actu*) Ohne Bearbeitung der eigenen „dementogenen Persönlichkeitsanteile“ in Fallarbeiten, Inszenierungen, psychodramatischen Übungen gelingt es nicht, in die Schuhe der anderen zu schlüpfen und hermeneutisches Fallverstehen zu praktizieren. Reflexionsschulung ermöglicht es, Gegenaffekte zu vermeiden, Übertragungen zu verstehen und die Themen Tod, Trauer, Verlassenheit und Verlorenheit zu bearbeiten, die untergründig die Organisationsdynamik der Institution dominieren.
- Arbeit mit Menschen mit Demenz ist therapeutische Körperarbeit. Pflegende müssen lernen, schreiende Menschen zu halten, Trost zu vermitteln, lernen zu streicheln, zu berühren, den eigenen Leib einzusetzen. Dies wird ohne körpertherapeutische Selbsterfahrung nicht möglich sein, um „Körperpanzerungen“ aufzulösen und auf der primären, vorsprachlichen Ebene Begegnungs- und Wahrnehmungsangebote zu machen.

Arbeit mit Menschen mit Demenz ist eine der anspruchvollsten Aufgaben, die diese Gesellschaft zu vergeben hat. Der Pflegende stellt sich dabei mit seiner ganzen Person zur Verfügung und eben nicht als objektivierender, rationaler, distanziert-sachlicher Experte. Das zweckrational-technische Ideal der/des neutralen Expertin/en ist als Widerstand gegen das Verstehen imaginärer Lebenswelten und als Zurückweisung des Beziehungsangebotes und der Lebenswelt des Demenzen zu analysieren (K.Gröning). Die Fähigkeit, die eigenen Grenzen zu weiten und sich ein Stückweit „symbiotisch“ zu machen mit den Betroffenen, zugleich aber in der Lage zu sein, entstehende Gegenübertragungen und Gegenaffekte (Wut, Ekel, Grauen) im Team und der Supervision zu reflektieren, setzt eine hoch entwickelte ethische und psychotherapeutische Kompetenz in der Pflege voraus. Innerhalb einer von solcher Kompetenz geprägten Pflegebeziehung kann es gelingen, dem anderen Menschen relatives Wohlbefinden zu verschaffen und damit sein Subjektsein zu erhalten, also zu helfen, den eigenen Willen zu behaupten, die eigenen Gefühle auszudrücken, soziale Kontakte aufzunehmen, Zuneigung zu schenken und zu genießen, die Bedürfnisse anderer wahrzunehmen, sich selbst zu achten, die Verwirrtheit anderer anzunehmen, humorvoll zu sein, kreativ

zu werden, sich zu vergnügen, hilfreich zu sein und sich zu entspannen und zu erholen. In all diesen sozialen Bezügen sind Menschen mit Demenz u.U. kompetent und drücken in diesem Kontext ihr Personsein aus. In der Regel gehen diese Dimensionen im klinischen Assessmentverfahren unter. (vgl. Sabat)

Demenz ist zunächst ein soziales Problem. Von der Beziehung und dem Milieu hängt es ab, ob personales Leben mit Demenz gelingen kann oder ob Menschen als Personen zum Verschwinden gebracht werden. Die Sozialpsychologie ist damit das wichtigste Interventionsfeld.

2. Qualität in der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz

„Gute Pflege erhält Personsein und stellt in dem Maße wachsende Kompensationsangebote bereit, in dem die geistigen Fähigkeiten abnehmen. Gute Pflege strebt danach, dem Betroffenen trotz kognitiven Verfalls zu einem Gefühl relativen Wohlbefindens zu verhelfen.“(Kitwood) Entscheidend für die Qualität in der Pflege sind demnach nicht Symptomfreiheit und Arbeit an gestörten Funktionen, sondern Prozessqualität – wie Pflege durchgeführt, verhandelt wird, wie Beteiligung ermöglicht wird, wie pflegerische Maßnahmen einführend, humorvoll, mitgehend und verlangsamt durchgeführt werden. Im Mittelpunkt des Qualitätsbegriffes steht die *inhaltliche* Auseinandersetzung mit der Demenz und die aus dieser Auseinandersetzung sich ergebenden Schlussfolgerungen für Möglichkeiten, Wohlbefinden zu steigern. Anforderungen der MitarbeiterInnen, der Leitungen, der Aufsichtsbehörden und auch der Angehörigen bleiben zunächst außen vor.

Wenn das Pflegeergebnis im Prozess besteht, entsteht die Frage, wie der Prozess abgebildet werden kann. Die beste Abbildung des Pflegeprozesses besteht nicht in der Analyse der Dokumentation, sondern in der gezielten kontinuierlichen Beobachtung des Pflegeprozesses selbst. Eben dies will das DCM-Verfahren leisten.

Ausgangspunkt bildet die Überlegung, dass relatives Wohlbefinden der Menschen mit Demenz ein gutes und zentrales Kriterium für Pflegequalität darstellt. In Anlehnung an Winnicott charakterisiert Kitwood Wohlbefinden anhand von vier globalen Empfindungszuständen („global sentient states“), die relativ unabhängig von komplexen kognitiven Fähigkeiten auf alle Menschen zutreffen: Jeder

Mensch bedarf der Anerkennung seines Wertes, seiner Würde und Bedeutsamkeit; jeder Mensch möchte handeln, auf Menschen und Dinge einwirken, einen Unterschied im Lauf der Dinge machen können; jeder bedarf des Vertrauens in soziale Beziehungen, benötigt Kontakt und Interaktion; jeder bedarf der Hoffnung im Sinne des Urvertrauens, dass Welt und Menschen in einem fundamentalen Sinne gut und verlässlich sind. In gewisser Weise entsprechen diese „globalen Zustände“ den kantianischen „regulativen Ideen der Vernunft“. Wer über diese vier Dimensionen ausreichend verfügt, dem/der wird es auch relativ gut gehen – relativ zu den übrigen Belastungen, Herausforderungen und „zufallsblinden Prägnungen“ des Lebens.

Relatives Wohlbefinden bedeutet, dass den Grundbedürfnissen der Menschen nachgekommen wird und es den Pflegekräften gelingt, Wünsche und Bedürfnisse herauszufinden und zu befriedigen, Verhalten als Kommunikation zu deuten und die darin enthaltenen Intentionen zur Zufriedenheit zu ergänzen, zu unterstützen und zum Erfolg zu bringen. Beim Beobachten relativen Wohlbefindens wird von folgenden Prämissen ausgegangen:

1. Psychische Zustände sind keine „inneren Objekte“, die anderen Menschen unzugänglich sind und nur von der Person selbst aus einer privilegierten Position heraus „erkannt“ werden können. Wie es anderen geht, ist in der Regel ersichtlich und offensichtlich. Auf dieser Tatsache beruht sowohl die Kommunizierbarkeit von Gefühlen als auch die Eigenprädikation psychischer Prädikate im präsentischen Aktiv der ersten Person Singular. Wenn wir nicht wüssten, was es hiesse, dass ein anderer Schmerzen hat, dann könnten wir es von uns auch selbst nicht wissen bzw. bekennen. (Wittgenstein: Privatsprachenargument, Anscombe: The First Person)
2. Als Gruppenwesen haben alle Menschen eine empathische Befähigung, die Gefühle und das Befinden ihrer Mitmenschen richtig einzuschätzen. Diese Befähigung ist nicht unfehlbar, wie alle anderen Erfahrungs- und Erkenntniswege auch nicht. Empathie kann diszipliniert werden: Wie ein Zustand einzufühlen und zu benennen ist, dies ist durchaus kritischer Diskussion zugänglich, theoretisierbar, differenzierbar und konsensfähig. Auf diesem Umstand beruht die Ausbildung in allen Psychotherapien.

3. Menschen mit Demenz haben die Fähigkeit weitgehend verloren, anders zu erscheinen, als sie fühlen. In der Regel können wir hier unseren Intuitionen über ihr Wohlergehen vertrauen.
4. Psychometrische Verfahren müssen nicht den gleichen Objektivitätsanspruch anstreben wie streng naturwissenschaftliche Verfahren. Es wäre allerdings ein Missverständnis, diese Art von naturwissenschaftlicher Objektivität in jedem Untersuchungsfeld anzustreben. Naturwissenschaft hat keinen privilegierten Zugang zu dem, „was ist“. In hiesigem Fall reicht der Anspruch, auf dem Hintergrund einer sozialpsychologisch plausiblen Theorien eine begründete Sicht der Verhältnisse erstellen zu wollen, die auf dem beruht, was der/die MapperIn gesehen hat. Je detaillierter und fundierter die Beobachtungen, desto mehr wird man sich mit ihnen auseinandersetzen wollen und müssen. Und dies ist, was erzielt werden soll.
5. Eine ganze Reihe von Vorrangsregeln, Beispielen sowie eine auf sechs Wohlbefindlichkeitsstufen beschränkte Skala operationalisiert den Begriff des Wohlbefindens.

Grundhypothese für die Beobachtung ist: Wenn es Menschen mit Demenz relativ gut geht, dann ist dies ein wesentliches Kriterium für eine gute Pflegequalität. Wohlergehen von Menschen mit Demenz muß demnach überzeugend operationalisiert werden. Geht es Menschen mit Demenz in der Regel schlecht, werden wesentliche Bedürfnisse wohl nicht wahrgenommen. Eine Reorganisation der Pflege ist erforderlich.

3. Einige Details zum Abbildungsprozeß

Der Mapper (Abbildner) beobachtet eine Gruppe von Menschen mit Demenz kontinuierlich über mindestens 6 Stunden bzw. einen ganzen Tag lang. Er ist dabei gehalten, das „Feld“ nach Möglichkeit nicht zu verändern, bemüht sich aber um freundliche Offenheit allen gegenüber, die sein/ihr Tun befragen oder auf ihn/sie zugehen. Im Grundsatz ist der Mapper an die Maximen positiver Personenarbeit gebunden und geht in schwierigen Situationen auch zur Hand. Die Mapper verbleiben im öffentlichen Raum und dringen nicht in die Privaträume der Menschen mit Demenz ein.

Auf einem Rohdatensammelblatt trägt er für eine Gruppe von 5 oder mehr Personen Verhaltensformen und Wohlbefindlichkeitswerte ein. Kitwood und MitarbeiterInnen haben das komplexe Verhaltensspektrum von Menschen mit Demenz auf insgesamt

24 verschiedene Verhaltensformen kondensiert. Jede dieser Verhaltensformen wird mit einem Kodebuchstaben angekürzt (z.B. C für „Cool“, in sich gekehrtes, kontaktloses Starren), so dass beim Mappen jeder Person ein Verhaltenskode zugeordnet werden kann. Unterhalb dieses Kodebuchstabens wird ein Wohlbefindlichkeitswert aus einer sechsstufigen Skala eingetragen. Die Eintragungen erfolgen in einem Rhythmus von 5 Minuten, so dass in einer Stunde $24 \times 2 = 48$ Daten über jede beobachtete Person gesammelt werden. Besonders gelingende Situationen werden durch „Positive Ereignisberichte“, personenunwürdige Kommunikationen und Interaktionen im Rahmen der „Personalen Detraktionen“ festgehalten.

Diese Daten werden anschließend nach vorgegebenen Regeln analysiert und zu Wohlbefindlichkeitsprofilen und Verhaltensprofilen von Einzelnen und Gruppengearbeitet. In der Bearbeitung der Daten zeigt sich die Pflegekultur einer Einrichtung: Gibt es viele „Degenerationsverläufe“, in denen ein Mensch einem fortschreitenden psychischen Verfall preisgegeben wird? Gibt es viele positive Ereignisse, in denen es gelingt, Absichten richtig zu deuten, schwierige Gefühle phantasievoll umzuwandeln oder bislang nicht genutzte Ressourcen zu mobilisieren? Werden viele Personale Detraktionen beobachtet, die zeigen, dass z.B. ein infantilisierender Umgang zum „Stil des Hauses“ zu gehören scheint? Zeigen die Verhaltensprofile an, dass verschiedene Angebote die Menschen auch erreichen und diese in für sie sinnvolle Aktivitäten hineinnehmen?

Die Analyse der Daten ist wie ein Fingerabdruck: Stärken und Schwächen im Prozess werden offenbar, Bevorzugungen bestimmter Bewohner oder Vernachlässigung anderer manifest, der Erfolg von Maßnahmen wird transparent und der Zusammenhang von Tagesstruktur und Wohlbefinden analysierbar. Mit diesen Daten geht der Mapper nach ausgiebiger Analyse zurück ins Team mit der Absicht, den MitarbeiterInnen ein Feedback über ihre Arbeit zu geben. Dieser Spiegel soll nicht der „Belohnung“ oder Beschämung dienen, sondern Ansatzpunkte deutlich machen, wo und wie konkret für einzelne Personen und Gruppen Wohlbefinden verbessert werden kann. Das Feedbackgespräch endet in einem gemeinsam entwickelten Handlungsplan, möglichst in quantifizierbarer Form, so dass die Vereinbarung beim nächsten Mappen überprüft werden kann.

In einem dreitägigem Lehrgang inklusive Assessment nach den Regularien der Universität Bradford werden TeilnehmerInnen mit den Regeln und Verfahren von DCM vertraut gemacht. Vorbereitende und nachbearbeitende Schritte, ethische Überle-

gungen, Beteiligung des Teams, Umgang mit schwierigen Situationen werden erörtert und geklärt. Anhand der Errechnung des Konkordanzkoeffizienten kann die „inter-reliability“ der Mapper überprüft werden. Intensiv wird der Begriff der „auf Entwicklung bezogenen Evaluation“ besprochen, denn dies ist das Ziel der ganzen Übung: Entwicklung hin zu einem personenzentrierten Pflegen und Betreuen zu befördern und nachhaltige Entwicklung anzustoßen.

4.Grenzen und Rahmenbedingungen

Das Verfahren kann nur ein Instrument unter vielen darstellen in dem Versuch, personen-zentrierte Pflege zu optimieren. Nicht jede Einrichtung wird von dem Verfahren profitieren: Lernwilligkeit, Erfahrungen mit Veränderungs- und Projektmanagement, gesicherte Kommunikationswege, Klärung von Verantwortlichkeiten und ein gemeinsam getragener Wille, die eigene Arbeit zu verbessern, bilden wesentliche Voraussetzungen. DCM benötigt einige organisatorische Rahmenbedingungen, damit die Teams nicht ratlos vor dem Befund sitzen und ihre Schuldgefühle pflegen. Es bedarf Methoden, die Ergebnisse an die relevanten Stellen wohldosiert zu transportieren und Veränderungen verbindlich zu machen – Ablaufplanung, Pflegeplanung, Leitungsverantwortung. DCM ist nicht „nebenbei“ zu machen – es bedarf eindeutiger Prioritätensetzung und ist in Gefahr, des Arbeitsaufwandes wegen in der Fülle parallel laufender Projekte und dem operativen Tagesgeschäft unterzugehen. DCM bedarf der Planung, z.B. Mappen, zeitnahes Feedback, Handlungsplan mit Verantwortlichen, Eingang in die Pflegeplanung, Durchführung, Auswertung anhand eines neuen Mappings. Das Verfahren bedarf unterstützender Rahmenbedingungen, um den Mappern zu helfen, mit ihren Erfahrungen und Rollenkonflikten zurecht zu kommen und um den Entwicklungsprozeß in Gang zu halten (vgl J.Bolton etal). Es ist sehr günstig, wenn Leitende am Training teilnehmen und die Mapper unterstützen. Teams müssen auf Mappings vorbereitet und eingestimmt werden, um sich anschließend die Daten auch aneignen zu können. Dazu gehört auch, dass dem Management deutlich gemacht werden muss, dass die Detaildaten (Rohdatensammelblätter und und WIB-Punktzahlen) dem Team gehören und nur abstrahierte Kennziffern zur Leitung gelangen. Wo dies nicht geschieht, werden oft unnötige Kontrollängste mobilisiert, die den Lernprozess behindern.

Die formale Qualifikation ist nicht ausschlaggebend für die persönliche Eignung als Mapper. Wichtig sind allerdings: Kommunikationsfähigkeit, Gruppengespür, Bereitschaft, sich auseinanderzusetzen. Das Mappen und das Feedback profitieren beide von einer fundierteren Weiterbildung oder Fortbildung mit gerontopsychiatrischen Inhalten.

DCM ist ein auf Entwicklung zielendes Evaluationsinstrument. Es deckt Ressourcen und Defizite auf, regt einen Lernprozess an, der aber von der Substanz her außerhalb des Verfahrens gestaltet werden muss: Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung, Fortbildungen, Trainings, Veränderungen hart an der „front-line“ entlang. DCM kann diesen Lern- und Entwicklungsprozess begleiten, nicht aber ersetzen.

Eine wichtige und schwierige Grenzziehung betrifft die Frage, bis zu welchem Schweregrad gemappt werden soll. Kitwood und die Mitglieder der Bradford Dementia Group lehnen herkömmliche Stufentheorien der Demenz ab. Daher gibt es auf diese Frage keine einfache Antwort. Aus der Erfahrung des Mappens selbst und aus den Begrenzungen der Methode heraus lassen sich aber folgende Empfehlungen ableiten: Die Grenze ist dort zu ziehen, wo die Verhaltensdiversität aufgrund des weit vorangeschrittenen Krankheitsprozesses sehr gering ist (vgl Perrin, Renz-Junginger). DCM bezieht sich auf komplexe „behavioural composites“. Bei sehr schwerer Demenz benötigt man ein Instrument, das mit Mikro-Verhaltenskomponenten arbeitet und methodisch nicht auf kontinuierliche Langzeitbeobachtung, sondern auf kurze Prä-, Peri- und Postinterventionsphasen ausgerichtet ist.

Die gängigsten Einwände gegen die Methode seien hier kurz zusammengefasst:
a- Die Methode sei zu subjektiv. Wohlergehen reiche zur Qualitätsbeurteilung nicht aus. Die unterschiedlichen WIB-Werte würden sehr subjektiv zugeordnet. - Dagegen: Wohlbefinden ist das Schlüsselkriterium(outcome measure) für Qualität. „Harte“ Strukturkriterien sind weder notwendige noch hinreichende Bedingungen für Qualität: Unter optimalen Bedingungen kann „kalt“ versorgt werden, unter ärmlichen Bedingungen die Beziehung wunderbar gelingen. Es ist Beziehung und Kontakt, von denen Wohlbefinden wesentlich abhängt. Beziehung und Wohlbefinden kann nur über disziplinierte Subjektivität beurteilt werden. Auf einen fundierten, begründeten, aber subjektiven Standpunkt, der Intuition und Empathie für Menschen mit Demenz als

Erkenntnisweg in Rechnung stellt, kann in der Qualitätsbeurteilung nicht verzichtet werden.

Die Zuordnung der WIB-Werte erfolgt subjektiv, keinesfalls aber willkürlich: Beispiele im Handbuch, Rollenspiele, Übungsbeispiele im Training, Arbeit an der „Affekt-Basislinie“ (Lawton) sowie beispielhafte Erarbeitung körpersprachlicher und interaktionsorientierter Signale und Zeichen versuchen, Orientierung für den Anwender zu geben, um die „Bandbreite“ des beobachteten Teilnehmers zu erspüren.

Das Verfahren ist weder rein qualitativ noch rein quantitativ. Dennoch kann mit gutem Grund vermutet werden, daß in dem hermeneutisch-interpretativen Anteil die eigentliche Stärke des Verfahrens zu suchen ist.

b- Es gibt keine wissenschaftlichen Evidenzen für die Reliabilität und Validität des Verfahrens.- Die bislang erfolgten Validierungsversuche lassen an methodischer Gründlichkeit zu wünschen übrig. Zur Zeit wird in mehreren Untersuchungen in England und den USA mit Nachdruck an der Validitätsfrage gearbeitet. Allerdings ist die DCM-Methode nicht als wissenschaftliches Instrument entworfen worden, obwohl das Verfahren in wissenschaftlichen Untersuchungen verwendet wurde und wird. Immer wieder stellen sich die Fragen, ob Wohlbefinden und Verhalten getrennte oder intern(logisch aufeinander) bezogene Variablen sind und welche Verhaltensformen dies betrifft, ob beide einer wissenschaftlichen Analyse in der gewünschten Breite des Alltags zugänglich sind, und wenn nicht, ob dies ein Einwand gegen die Methode sein könnte. Einige Schritte in der Datenbearbeitung, insbesondere die Punktzahlen, sind fragwürdig, da hier Ordinalzahlen metrisch behandelt werden. Inzwischen besteht auch in Bradford in Verbindung mit den „associates“ Übereinstimmung darüber, daß die aussagekräftigsten Bearbeitungsschritte in den WIB-Wert- und Verhaltensprofilen besteht.

c- Kritiken im Detail betreffen die Anzahl der Kategorien (zu viele), das Gefüge von Regeln und Ausnahmen (zu komplex) sowie die sich an der Kategorie C (apathischer, stiller Rückzug, bewegungslose Versteinerung) entzündende Frage der Gültigkeit der Engagementtheorie in der Arbeit mit Menschen mit Demenz. - Die Kategorien und Regeln müssten reduziert und vereinfacht werden. Bezüglich „C“ steht eine Grundsatzdebatte über die Balance von Anregen zur Aktivität und Zulassen von Passivität an. Im Kontext der Methode geht es im Zusammenhang von Degenerationen eher um die Frage einer zulassenden, aber aufmerksamen Kontakt-, Beziehungs- und „Fassungs“arbeit. Die Diskussion um „C“ berührt grundlegende Fragen

bezüglich Wohlergehen in unterschiedlichen Stadien und Erscheinungsweisen von Demenz unter Einschluss der Themen „Depression in der Demenz“ sowie Rückzug und Reminiszenz („stummes Leben in inneren Welten“).

d- Viele auch skeptische Fragen betreffen die Umsetzbarkeit in Einrichtungen: Nicht nur sei das Verfahren zeit- und bearbeitungsaufwändig; die kommunikativen Defizite vieler Mitarbeiter und Teams mache es sehr schwierig, Feedback „auf gleicher Augenhöhe“ zu geben und zu empfangen. Das Verfahren unterstütze zudem eine Pflege- und Betreuungskultur, die dem verrichtungsorientierten Pflegebegriff und einem zunehmend bürokratisierten Qualitätsbegriff nicht entsprächen. - Dagegen: Jedes Qualitätsverfahren kostet Zeit und Geld. Kommunikative Schwierigkeiten sind ein Anlass, an ihnen zu arbeiten. Einen bürokratisch-technischen Pflegebegriff muss man als unvermeidliches Übel hinnehmen; dies ist kein Grund, ihn willig zu bedienen und das eigene QS-System danach auszurichten.

e- DCM ist weniger ein „Messinstrument“ von Qualität am Faktor „Wohlergehen“ (diese Proposition ergibt wahrscheinlich wenig Sinn), sondern eine begründete, nachvollziehbare und hoch vorstrukturierte Einschätzung des Lebens von Menschen mit Demenz durch eine/n kompetente/n, geschulte/n KollegIn. Diese Einschätzung ist Grundlage einer Selbstbewertung der Arbeit durch das Pflege- und Betreuungsteam mit anschließender Handlungsplanung. In diesem Sinne ist DCM ein der Supervision vergleichbares Instrument der Teamentwicklung.

Gelegentlich wird erörtert, DCM in abgewandelter Form für Qualitätsprüfungen zu verwenden. Ein solcher Gebrauch würde den selbstbestimmten Entwicklungsgedanken gefährden: der „fremde Blick“ könnte u.U. zum „Raubtierblick“ werden bzw. derart empfunden werden. Die intime Natur der Daten

6. Abschließende Bemerkung

DCM kann nur ein Beitrag zur Entwicklung von Prozessqualität in der Pflege darstellen. Das Verfahren will dazu anregen, konkrete und auf das Individuum bezogene Fallarbeit durchzuführen und Wege zu beschreiten, die die Lebensqualität bzw. das Wohlbefinden konkret erhöhen. Je weiter sich die Daten vom Team entfernen und abstrahiert werden, desto mehr verlieren sie an Aussagekraft. In der Regel gehören

die Daten den Pflegenden, die sie benutzen sollen, um ihre Prozesse im Sinne der Klienten zu optimieren.

Das Verfahren macht das Leben und Arbeiten in der stationären Pflege durchsichtig; daher handelt es sich um ein „mächtiges“ Instrument, da z.B. die schonende Maske der Dokumentation oder der Pflegeplanung nicht greift. Versuche, besser zu sein, als man ist, enden in der Regel in einem noch schlimmeren Zustandsbild. Daher nehmen ethische Überlegungen in der Ausbildung der Mapper einen breiten Raum ein. Wenn die Mapper sich nicht um die Pflegenden kümmern, dann kümmern sich die Pflegenden auch nicht um die Daten der Mapper.

Kitwood glaubte an den Weg der kleinen, aber kontinuierlich erfolgenden Verbesserung. Es ist notwendig, in den Kleinigkeiten des Alltags konkrete Verbesserungen zu finden. Allerdings zeigt das Verfahren auch die Grenzen der Pflegenden auf und macht kenntlich, wie z.B. die Prozessqualität bei einer sehr schmalen Personaldecke abfällt, wie ungünstige Milieubedingungen sich auf die BewohnerInnen auswirken, wie starre Abläufe in der Pflege Detraktionen begünstigen. Im Unterschied zu den meisten qualitätssichernden Verfahren nimmt der Qualitätsbegriff Maß an den tatsächlichen, ermittelten und nachvollziehbaren Bedürfnissen einer bestimmten Gruppe von Menschen. Also gibt es denjenigen eine Stimme, die sich selbst zur Pflege nur eingeschränkt oder mit Mühen äußern können. Folglich ist das Verfahren selbstreferentiell bzw. stellt es sich selbst den Anforderungen, die es an die Qualität der Pflege stellt.

Literatur

- | | | |
|----------------|--------|--|
| G.E.M.Anscombe | (1981) | Metaphysics and The Philosophy of Mind
Insb. "The Intentionality of Sensation", "The First Person", "The Subjectivity of Sensation" |
| J.Becker | | Die Wegwerfwindel auf der Wäscheleine
Gell, heut geht`s wieder auf die Rennbahn |
| J.Bolton et al | (2000) | Stepping back to move forward with DCM
In: The Journal of Dementia Care
July/August(2000) 26-28 |
| M.Foucault | (1973) | Wahnsinn und Gesellschaft |

- R.Hirsch(Hrsg) (1994) Psychotherapie bei Demenzen
- T.Kitwood (1992) Towards a Theory of Dementia Care: Personhood and Well Being, in: Ageing and Society (1992) 12 269 – 287
- (1997) Dementia Reconsidered: The Person Comes First
- J.Lear (1988) Aristotle: The Desire to Understand
- M.P.Lawton et al (2000) Emotion in People with dementia :A Way of Comprehending Their Preferences and Aversions
In: Interventions in Dementia Care
- I.Parker et al (1995) Deconstructing Psychopathology
- T.Perrin (1997) The Positive Response Schedule for Severe Dementia
In: Aging and Mental Health 1(1997)2 184-191
- P.Retz-Junginger et al(2000) Über die Bedeutung von Persönlichkeitsmerkmalen bei der Alzheimer-Demenz, in: ZGerontolGeriat 33(2000) 52-58
- R.Rorty (1992) Kontingenz, Ironie und Solidarität
- S.R.Sabat et al (1999) Intact social, cognitive ability, and selfhood : A case study of Alzheimer`s disease
In: American Journal of Alzheimer`s Disease Jan/Febr(1999) 11-19
- S.R.Sabat & R.Harre (1992) The Construction and Deconstruction of Self in Alzheimer`s Disease, in: Ageing and Society (1992)12 443-461
- L.Wittgenstein (1958) Philosophische Untersuchungen