

*Rahmenempfehlungen zum Umgang mit
herausforderndem Verhalten
bei Menschen mit Demenz
in der stationären Altenhilfe*

Herausgeber:

Bundesministerium für Gesundheit

Autorinnen und Autoren:

Bartholomeyczik, Sabine

Halek, Margareta

Sowinski, Christine

Besselmann, Klaus

Dürmann, Peter

Haupt, Martin

Kuhn, Christina

Müller-Hergl, Christian

Perrar, Klaus Maria

Riesner, Christine

Rüsing, Detlef

Schwerdt, Ruth

van der Kooij, Cora

Zegelin, Angelika

Schlussredaktion:

Bartholomeyczik, Sabine

Halek, Margareta

Riesner, Christine

Die Verantwortung für den Inhalt dieser Veröffentlichung liegt bei der Schlussredaktion.

Witten, August 2006

Inhaltsverzeichnis

VORWORT	5
KAPITEL 1 BEDEUTUNG DES THEMAS UND BEGRIFFSERLÄUTERUNGEN	8
1.1 DEMENZ UND HERAUSFORDERNDE VERHALTENSWEISEN	8
1.2 ZUM BEGRIFF RAHMENEMPFEHLUNG	10
1.3 ZUM BEGRIFF „HERAUSFORDERNDES VERHALTEN“	13
1.4 ZUR BEGRÜNDUNG HERAUSFORDERNDEN VERHALTENS: DAS NDB-MODELL	15
KAPITEL 2 PROJEKTSTRUKTUREN, VORGEHEN UND STRATEGIE DER LITERATURRECHERCHE	18
2.1 PROJEKTSTRUKTUR	18
2.2 DIE ARBEIT DER EXPERTENRUNDE	19
2.3 LITERATURRECHERCHE UND -ANALYSE	21
2.4 PROZESS DER FORMULIERUNG DER RAHMENEMPFEHLUNGEN	24
2.5 ABSCHLUSSKONFERENZ	25
KAPITEL 3 GRUNDLAGEN UND VORAUSSETZUNGEN FÜR DIE UMSETZUNG DER RAHMENEMPFEHLUNGEN	27
3.1 HUMANISTISCHES MENSCHENBILD	27
3.2 PFLEGEVERSTÄNDNIS	29
3.2.1 ZIEL DER PFLEGE	29
3.2.2 PFLEGERISCHES HANDELN	32
3.3 ORGANISATORISCHE RAHMENBEDINGUNGEN UND UMGEBUNGSGESTALTUNG	36
3.3.1 DIE BETREUUNGSFORMEN	36
3.3.2 DAS NORMALISIERUNGSPRINZIP	40
3.3.3 DIE BELEUCHTUNG	43
3.4 ANFORDERUNGEN AN DAS MANAGEMENT	50
3.4.1 ALLGEMEINE ANFORDERUNGEN	50
3.4.2 DIE SICHERSTELLUNG DER MEDIZINISCHEN DIAGNOSTIK	53
3.4.3 QUALIFIZIERUNG UND PERSONALENTWICKLUNG	57
KAPITEL 4 EMPFEHLUNGEN	61
4.1 EMPFEHLUNG 1: VERSTEHENDE DIAGNOSTIK	61
4.1.1 BEGRIFFSKLÄRUNG	61
4.1.2 FALLBEISPIEL	62
4.1.3 FAZIT	67
4.1.4 FALLBESPRECHUNG IN DER PFLEGE VON MENSCHEN MIT DEMENZ IN ALTENPFLEGE-EINRICHTUNGEN	67
4.2 EMPFEHLUNG 2: ASSESSMENTINSTRUMENTE	74
4.2.1 BEGRIFFSKLÄRUNG	74
4.2.2 BEGRÜNDUNG	75
4.2.3 VERSCHIEDENE ARTEN VON ASSESSMENTINSTRUMENTEN	76
4.2.4 VORSTELLUNG VON ASSESSMENTINSTRUMENTEN	77
4.2.5 FAZIT	85
4.3 EMPFEHLUNG 3: VALIDIEREN	87
4.3.1 BEGRIFFSKLÄRUNG	87
4.3.2 STAND DER FORSCHUNG	90
4.3.3 FAZIT	91
4.4 EMPFEHLUNG 4: ERINNERUNGSPFLEGE	93
4.4.1 BEGRIFFSKLÄRUNG	93
4.4.2 STAND DER FORSCHUNG	97
4.4.3 FAZIT	100
4.5 EMPFEHLUNG 5: BERÜHRUNG, BASALE STIMULATION, SNOEZELLEN	102
4.5.1 BERÜHRUNG/KÖRPERKONTAKT ALS BEGEGNUNGSFORM	102
4.5.2 BASALE STIMULATION	105

4.5.3	SNOEZELEN.....	107
4.6	EMPFEHLUNG 6: BEWEGUNGSFÖRDERUNG.....	113
4.6.1	BEGRIFFSKLÄRUNG.....	113
4.6.2	STAND DER FORSCHUNG	114
4.6.3	FAZIT	118
4.7	EMPFEHLUNG 7: PFLEGERISCHES HANDELN IN AKUTEN PSYCHIATRISCHEN KRISEN VON DEMENZKRANKEN	120
4.7.1	BEGRIFFSKLÄRUNG.....	120
4.7.2	ENTSTEHUNG EINER KRISE	121
4.7.3	INTERVENTIONSSTRATEGIEN BEI PSYCHIATRISCHEN KRISEN	123
4.7.4	FAZIT	131
<u>KAPITEL 5 AUSBLICK</u>		<u>133</u>
<u>LITERATURVERZEICHNIS</u>		<u>137</u>
<u>ANHANG</u>		<u>150</u>

Vorwort

Eine professionelle, für die Pflegebedürftigen unterstützende Pflege von Menschen mit Demenz stellt eine der schwierigsten Aufgaben im Bereich der Pflege alter Menschen dar. Diese Aufgabe erscheint darüber hinaus fast unlösbar, da viele Demenzkranke zumindest zeitweise Verhaltensweisen zeigen, durch die sich Pflegende angegriffen fühlen, die sie nicht verstehen, die rundum als störend empfunden werden, die zur Gefährdung der Pflegenden führen oder gar eine Selbstgefährdung der Pflegebedürftigen darstellen.

Aus diesem Grunde schrieb das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS, seit 2005 BMG) 2003 ein Forschungsvorhaben mit folgendem Titel öffentlich aus: "Entwicklung standardisierter Rahmenempfehlungen zur Weiterentwicklung und Sicherung einer qualifizierten Pflege für demenziell Erkrankte". Weiter heißt es in der Ausschreibung, dass eine "besondere Herausforderung für das Pflegepersonal hierbei die so genannten Verhaltensauffälligkeiten" sind, die die "angemessene Versorgung und Betreuung der Betroffenen" erschweren und sich "ungünstig auf die Lebensqualität der demenziell erkrankten Heimbewohner" auswirken.

Als Auftrag wurde formuliert, im Rahmen einer "praxisorientierten Forschungsinitiative zu ermitteln, welche pflegerischen Interventionsmaßnahmen erfolgreich dazu beitragen, die Pflegequalität für Demenzkranke mit Verhaltensauffälligkeiten zu verbessern". Für die Durchführung des Auftrags war das verbreitete Verfahren bei der Entwicklung von Qualitätsinstrumenten gefordert, das auf einer internationalen Literaturanalyse beruht, eine Expertengruppe in die Erarbeitung der Rahmenempfehlungen einbezieht und das Ergebnis einer Fachöffentlichkeit zur Diskussion stellt.

Durchgeführt wurde das Projekt im Zeitraum von Mai 2004 bis Mai 2006 von einem Verbund des Instituts für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke in Witten mit der KDA Beratungs- und Forschungsgesellschaft für Altenhilfe mbH in Köln unter der Federführung von Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik (Institut für Pflegewissenschaft).

Das vorliegende Buch stellt das Endprodukt dieses Prozesses dar. Das "Zwischenprodukt", die Literaturanalyse, wurde andernorts bereits veröffentlicht (Halek Margareta et al. 2006).

Die Autorinnen und Autoren der vorliegenden Arbeit sind das Projektteam und die Mitglieder der Expertengruppe.¹ Einzelne Expertinnen und Experten waren schwerpunktmäßig für die Erarbeitung und Begründung einzelner Empfehlungen zuständig, sie wurden aber alle in der

¹ Das Projektteam und die Mitglieder der Expertengruppe sind im Anhang genauer beschrieben.

gesamten Expertenrunde diskutiert und die Empfehlungen selbst wurden wörtlich konsentiert.

Die Mitglieder des Projektteams:

Sabine Bartholomeyczik, Witten, Prof. Dr., Lehrstuhl Epidemiologie-Pflegewissenschaft, Universität Witten/Herdecke, wissenschaftliche Leiterin der Projekts

Margareta Halek, Witten, BScN, MScN, wissenschaftliche Mitarbeiterin, Lehrstuhl Epidemiologie-Pflegewissenschaft, Universität Witten/Herdecke, Literaturanalyse

Christine Sowinski, Köln, Dipl.-Psych., Pflegewissenschaftlerin, Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA), Organisation

Klaus Besselmann, Köln, Dipl.-Volkswirt, Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA), Organisation

Die Expertinnen und Experten mit ihren fachlichen Schwerpunkten:

Peter Dürrmann, Holle, Dipl.-Soz.päd., Heimleiter

Martin Haupt, Düsseldorf, PD, Dr. med., Gerontopsychiater

Cora van der Kooij, Apeldoorn, Niederlande, Dr., Pflegewissenschaftlerin, Leiterin IMOZ-Institut

Christina Kuhn, Stuttgart, M.A., Demenz Support Stuttgart

Christian Müller-Hergl, Paderborn, Dipl. Theologe, Bphil (Ox), Meinwerk-Institut, DCM Strategic Leader, Germany

Klaus Maria Perrar, Düren, Dr. med., Psychiatrie, Abt. für Gerontopsychiatrie, Rheinische Kliniken Düren

Christine Riesner, Wuppertal, BScN, MScN, Dialogzentrum Demenz, Universität Witten/Herdecke

Detlef Rüsing, Witten, BScN, NScN, Dialogzentrum Demenz, Universität Witten/Herdecke

Ruth Schwerdt, Frankfurt, Prof. Dr., Dipl. Psychogerontologin, Pflegewissenschaftlerin, FH Frankfurt am Main

Angelika Zegelin, Witten, Dr., Pflegewissenschaftlerin, Universität Witten/Herdecke

Aus Sicht der Projektleitung sei hier der umfassende Dank an die ständige und intensive Mitarbeit der Expertinnen und Experten ausgesprochen, denn dies ist für eine ehrenamtliche Tätigkeit nicht unbedingt selbstverständlich. Diese Mitarbeit musste zeitweise sehr intensiv sein, war zeitraubend und forderte manchmal mehr Reflexion und Auseinandersetzung mit Denk- und Sprachstilen, als dies vorherzusehen war.

An den Expertensitzungen nahmen regelmäßig auch ein Vertreter des Auftraggebers (Dr. Grambow) und eine Vertreterin des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ, Dr. Weritz-Hanf) teil. An dieser Stelle soll die sehr konstruktive und enge

Begleitung des Projektes durch den Auftraggeber besonders dankend hervorgehoben werden.

Die Rahmenempfehlungen alleine hören sich für manche in der Pflege Demenzkranker Erfahrene ziemlich selbstverständlich an. Diese Selbstverständlichkeit löst sich allerdings auf, wenn die Begründungen und die Ausschlüsse jeweils ernst genommen werden und vor allem, wenn die Voraussetzungen für die Umsetzung der Rahmenempfehlungen in den Einrichtungen zum Alltag gehören sollen.

Der Auftraggeber (BMG) dieses Projektes legt besonderen Wert auf die sprachliche Gleichbehandlung von Frauen und Männern. Aus diesem Grund werden die maskulinen Personenbezeichnungen als Oberbegriff für weibliche und männliche Personen vermieden. So werden, so fern bekannt, die Vornamen der Autorinnen und Autoren sowie weibliche und männliche Formen eines Begriffs ausgeschrieben (Bewohnerinnen und Bewohner) und es werden möglichst geschlechtsneutrale Personenbezeichnungen verwendet (Angehörige, Pflegende).

Das Gender Mainstreaming betrifft nicht nur die Sprache dieser Veröffentlichung, sondern auch die Inhalte, hier insbesondere die Erkenntnisse aus der Literaturanalyse. In diesem Fall muss leider festgestellt werden, dass die Forschungsliteratur nur in den seltensten Ausnahmefällen Frauen und Männer als Untersuchte unterscheidet, gar vergleicht oder geschlechtsspezifische Aussagen macht. Insofern kann dies weder bei den Grundlagen noch bei den Empfehlungen dargestellt werden. Es bleibt aber ein wichtiges Desideratum für die zukünftige Forschung, demenzkranke Männer und Frauen zu unterscheiden, auch wenn derzeit die meisten Personen mit Demenz Frauen sind.

Die vorliegende Veröffentlichung wurde unter intensiver Beteiligung und Rückkopplung mit allen Autorinnen und Autoren von einem Redaktionsteam (Bartholomeyczik, Halek, Riesner) erstellt. Etwaige Detailfehler gehen zu Lasten dieses Teams, die einzelnen Empfehlungen sind in der Expertenrunde wörtlich konsentiert, alle anderen Aussagen sind inhaltlich konsentiert.

Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik

Kapitel 1 Bedeutung des Themas und Begriffserläuterungen

Ausgangspunkt dieses Projektes sind die häufigsten so genannten Verhaltensauffälligkeiten, in deren Zentrum Verhaltensformen wie Aggressivität, Agitation, Apathie/Rückzugsverhalten und vokale Störungen zu sehen sind.

1.1 Demenz und herausfordernde Verhaltensweisen

Die Pflege demenzkranker Menschen in Altenpflegeheimen stellt große Herausforderungen an alle, die sich um einen menschengerechten Umgang mit diesem Personenkreis bemühen. Insbesondere werden hohe fachliche und kommunikative Kompetenzen gefordert, wenn die zu betreuenden Menschen ein Verhalten zeigen, welches sich im Zuge ihres Krankheitsverlaufs so stark verändert, dass es als störend und problematisch empfunden wird. Zielloses Herumwandern, Aggressivität, Schreien oder Apathie sind Verhaltensweisen, die meistens als belastend für Pflegende wie für das gesamte Umfeld empfunden werden (z. B. Zimmer Andreas 1999). So führen zum Beispiel die so genannten vokalen Störungen (wie Schreien, Rufen, Geräusche machen) zur Frustration, Angst und Ärger bei den Pflegenden und bewirken eine Distanzierung zu demenzkranken Personen (Brodaty Henry et al. 2003a). Auf der anderen Seite können gerade diese Verhaltensweisen darauf hinweisen, dass die Betroffenen selbst unter einem starken Leidensdruck stehen und diese Verhaltensformen ein Ausdruck des Leidens sind. Die Umwelt reagiert jedoch oft mit Unverständnis oder Abwehr, was wiederum leicht zu einer negativen Verstärkung der Verhaltensweisen führen kann. Erschwerend kommt hinzu, dass diese Verhaltensweisen meistens unvorhersehbar sind, da ihre Häufigkeit und Dauer oder die Intensität des Auftretens stark wechseln. Diese Art von Unvorhersehbarkeit belastet die Situation zusätzlich und erfordert einen flexiblen und kreativen Umgang mit den betroffenen Personen (Halek Margareta et al. 2006).

Für diese spezielle Betreuungssituation werden viele pflegerische Interventionen eingesetzt. In der deutschsprachigen Literatur gibt es jedoch kaum Forschungsergebnisse, die sich mit der Wirkung und dem Nutzen dieser zahlreichen Methoden speziell für Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten auseinandersetzen. Es ist nicht klar, ob und wie diese Maßnahmen einen Vorteil für die betroffenen Menschen haben.

In Deutschland leben schätzungsweise etwa eine Million Menschen mit Demenz (Weyerer Siegfried 2005). In der stationären Altenpflege haben etwa 60 % der Bewohnerinnen und Bewohner eine Demenz ((BMFSFJ) et al. 2002). Demenz ist ein häufiger Grund für eine stationäre Versorgung (Weyerer Siegfried 2005). Nach Schätzungen zeigen 11 % bis 65 % der Bewohnerinnen und Bewohner herausfordernde Verhaltensweisen, manche Autorinnen und Autoren gehen von weit höheren Zahlen aus. Schätzungen in den USA für *challenging behaviour* (herausforderndes Verhalten) berichten von Zahlen zwischen 43 % und 93 % aller Be-

wohnerinnen in Altenheimen, eine britische Studie weist Prävalenz von 11,5 % aus, in Australien liegen die Zahlen bei 29 % (Moniz-Cook Esme 1998). In einer repräsentativen Studie in nordamerikanischen Altenheimen fanden die Autoren eine Prävalenz von 30,1 % von nicht-kognitiven Verhaltenstörungen bei Menschen ohne kognitive Beeinträchtigungen (Jackson Mary E. et al. 1997). Souder et al. (Souder E. et al. 1999) fanden in ihrer Untersuchung der Heimbewohner eine Prävalenz von *disruptive behaviour* (störendes Verhalten) von 65 %.

Die in der Literatur zu findenden Zahlen verschiedener Verhaltensformen bewegen sich zwischen 30 % und 80 %. In ihrer Langzeituntersuchung haben Wancata und Kollegen eine Prävalenz der nicht-kognitiven Symptome von 36 % bis 38 % bei Menschen mit Demenz festgestellt. Nach Ballard et al. (Ballard Clive G. et al. 2001) liegt die Prävalenz von BPSD (verhaltensbezogenen und psychologischen Symptomen) bei Menschen mit Demenz in der stationären Langzeitpflege bei 76 %, die Inzidenzraten bei 64 % (1 Jahr.) In einer deutschen Untersuchung fanden sich in einem Zeitraum von vier Wochen bei 40 bis 50 % der Demenzkranken in Altenpflegeheimen verschiedene Arten von „Verhaltensstörungen“ (Weyerer Siegfried et al. 2006). Nach Weyerer et al. (Weyerer Siegfried et al. 2006) liegt je nach Erhebungsinstrument bei 72 % bis 46 % der Heimbewohnerinnen und -bewohner in Mannheimer Einrichtungen mindestens eine Verhaltensauffälligkeit vor. Die unterschiedlichen Angaben hängen auch mit der fehlenden gültigen Definition von „Verhaltensstörungen“ zusammen. In den Studien werden aber auch unterschiedliche Verhaltensformen erfasst, zudem nutzen sie oft kurze und fragmentierte Erhebungsmethoden. Des Weiteren ist nicht ganz klar, inwieweit herausfordernde Verhaltensweisen tatsächlich immer mit einer Demenz verbunden sind oder auch ohne sie vorkommen können.

Untersuchungen zufolge gehört Agitation zu den häufigsten und dauerhaften Verhaltensweisen, gefolgt von Depressivität, Angst und Aggressivität. Agitation, zu der auch das ziellose Herumwandern zu zählen ist, und Aggressivität gehören zu den am längsten anhaltenden Verhaltensformen. Sie sollen in einem Zeitraum von zwei Jahren bei jeder Patientin und jedem Patienten mit einer Alzheimerdemenz vorkommen. Auch Passivität oder Apathie gehören zu den häufig auftretenden Verhaltensweisen, die jedoch von den Betreuenden nicht als belastend empfunden und deshalb auch nur selten behandelt werden (vgl. Halek Margareta et al. 2006).

Nach Ballard et al. (Ballard Clive G. et al. 2001) beträgt die Prävalenz von Agitation 44 % und die Inzidenz innerhalb eines Jahres in der stationären Langzeitpflege 14 %. Aktivitätsstörungen, wie sie in der Studie von Eustace et al. (Eustace A. et al. 2002) genannt werden,

sind ein sehr häufiges Symptom mit einer Prävalenz von 58 % und einer kumulativen Prävalenz über 24 Monate von 92 % in einer Gedächtnisambulanz.

Die Häufigkeit des Herumwanderns variiert je nach Population zwischen 3 % und 53 % (Colenda 1995 nach International Psychogeriatric Association (IPA) 1998). So z. B. liegt die Prävalenz bei Patientinnen und Patienten der Special Care Units bei 51 % (Colombo M. et al. 2001). Die durchschnittliche Prävalenz in den Studien liegt bei 20 % (Ballard Clive G. et al. 1999). Die wenigen eruierten Inzidenzzahlen liegen zwischen 11 % bis 50 % bei Menschen mit Demenz in Institutionen (Lai Claudia K. Y. et al. 2003).

Die Prävalenz von körperlicher Aggression bei Menschen mit Demenz liegt zwischen 31 % und 42 %, von sexueller Aggression bei 4 %. Das aggressive Verhalten ist einer der häufigsten Gründe für eine Heimaufnahme. Amerikanische Ergebnisse zeigen jedoch, dass Menschen mit aggressivem Verhalten Schwierigkeiten haben, einen Heimplatz zu bekommen (Brodaty Henry et al. 2003b). Die Prävalenz von Aggression variiert sehr stark in den verschiedenen Studien: für Patientinnen und Patienten mit Demenz in einem psychiatrischen Setting geht man von einer Prävalenz von aggressiven Perioden zwischen 40 % und 50 % aus. Ballard et al. (Ballard Clive G. et al. 1999) berichten sogar von weit stärker gestreuten Ergebnissen im klinischen Setting, nämlich von 20 % bis 100 %. Verbale Aggression scheint häufiger aufzutreten als körperliche (Ballard Clive G. et al. 1999).

Passives Verhalten oder Rückzugsverhalten kommt bei 21 % bis 43 % der Menschen mit Demenz vor (Bair et al. nach Lind Sven 2000), Colling geht von Zahlen zwischen 61 % und 88 % aller Alzheimerpatientinnen und -patienten aus (Colling Kathleen B. 2000).

1.2 Zum Begriff Rahmenempfehlung

Das Ergebnis des hier vorgestellten Projekts soll ein Qualitätsinstrument darstellen, das Rahmenempfehlungen für die Anwendung pflegerischer Maßnahmen enthält. Es ist für Pflegenden in der stationären Altenpflege gedacht. Die Adressaten der vorliegenden Rahmenempfehlungen sind alle im Management und in der Qualitätssicherung von Pflegeeinrichtungen Tätigen, die für die inhaltliche und strukturelle Gestaltung der Pflege verantwortlich sind. Gleichzeitig wenden sich die Rahmenempfehlungen an Pflegefachpersonen und alle, die mit der Betreuung Demenzkranker befasst sind, denn diese sollen die Rahmenempfehlungen direkt umsetzen. Wieweit das Ganze oder evtl. auch Teile auf andere Situationen übertragbar sind, ist im Einzelnen zu prüfen, erscheint aber durchaus sinnvoll.

Die Rahmenempfehlungen sind in die verschiedenen Bemühungen mono- und interdisziplinärer Art zur Entwicklung von Qualitätsinstrumenten einzuordnen. Alle diese Bemühungen haben zwei Elemente gemeinsam: Sie beruhen - soweit dies möglich ist - auf dem Stand des

gegenwärtigen Wissens, nachzulesen in der internationalen Literatur. Und außerdem haben sie einen Expertendiskurs und -konsens durchlaufen. Damit hören die Gemeinsamkeiten aber schon auf (Tabelle 1).

Leider gibt es kaum Literatur, die sich damit auseinandersetzt, wie die verschiedenen Begriffe, mit denen die Qualitätsinstrumente bezeichnet werden, genauer zu definieren sind. Auch in den für den ärztlichen Bereich verbindlich angesehenen Empfehlungen des Europarats zur Entwicklung von Leitlinien von 2001 sind die Begrifflichkeiten, die im Zusammenhang mit Richtlinien, Leitlinien, Standards verwendet werden, vage und unscharf definiert (Ministerkomitee des Europarates 2001).

Die von den Expertinnen und Experten formulierten **Empfehlungen** beziehen für ausgewählte Interventionen Stellung, indem sie auf der Basis der verfügbaren Literatur und der Expertenmeinung eine Intervention generell als vorteilhaft oder nicht vorteilhaft für den Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen beurteilen. Ob diese Intervention in einer spezifischen Situation für eine individuelle Bewohnerin oder einen Bewohner anwendbar ist, liegt in der Entscheidung der einzelnen Professionellen oder des Professionellen. Hier sicherlich können und sollten Standards anknüpfen, die differenziertere Empfehlungen und Entscheidungsbäume anbieten.

Der Begriff **Rahmenempfehlung** sagt aus, dass es nicht um konkrete Handlungsanweisungen geht, sondern um einen Rahmen, der die Grundsätze und Kernelemente beschreibt, in dem das konkrete Handeln stattfinden soll. Der international gebräuchliche Begriff der **Guidelines** kommt dem der vorliegenden Rahmenempfehlungen nahe. Guidelines haben einen allgemeinen Charakter, der sich auf allgemeine Situationen bezieht und weniger auf differenzierte Situationen einzelner Personen. Diese allgemeinen Empfehlungen lassen Raum für Unklarheiten und Unsicherheiten, gleichzeitig erlauben aber solche Empfehlungen eine individuelle Anpassung an die Rahmenbedingungen und Situationen vor Ort oder an die Situation einzelner pflegebedürftiger Menschen. Innerhalb der Guidelines existieren zumindest im englischsprachigen Raum mehrere Formen wie *clinical practice guidelines*, *evidence-based guidelines* oder *best practice guidelines*. Sie alle haben unterschiedliche Wege der Entwicklung von Empfehlungen oder Statements, lassen jedoch allesamt die Möglichkeit einer individuellen Anpassung für die Einzelsituation zu, so dass Abweichungen nicht als schlechte Praxis verstanden werden. Innerhalb dieses Rahmens könnten dann nach weiterer Bearbeitung und vor allem nach Einengung von Themenbereichen z. B. Expertenstandards entwickelt werden.

Die im aktuellen Projekt entwickelten Rahmenempfehlungen wurden multidisziplinär erarbeitet, Expertise kam natürlich aus der Pflegepraxis und -wissenschaft, aber auch aus der Psychiatrie, der Behindertenpädagogik, dem Heimleitungsmanagement, der Sozialpädagogik und der Psychologie. Der Grad ihrer Konkretetheit oder die Operationalisierung ist ihrem Charakter als Rahmenempfehlung entsprechend relativ gering. Das Instrument enthält Aussagen als Empfehlungen für allgemeine Maßnahmen und grundlegende Haltungen, die in der Pflege umgesetzt werden sollen. Vergleichbar mit den Strukturelementen der Expertenstandards wird vor den formulierten Empfehlungen beschrieben, welche Voraussetzungen die Einrichtung für die Implementierung jener entwickelt haben muss.

QUALITÄTS- INSTRUMENTE	CHARAKTERISTIKA			
	Entwickelnde Disziplinen	Adressaten Disziplinen	Operationalisie- rungsgrad	Struktur
Rahmenempfehlungen	multi	mono	eher gering	einzelne Emp- fehlungen
Expertenstandards (DNQP)	mono + Betrof- fenenvertreter	mono	eher hoch	Struktur Prozess Ergebnis
Qualitätsniveaus (BUKO QS)	multi	multi	unterschiedlich	Kernaussage Ziele Matrix
Ärztliche Leitlinien	mono (multi)	mono	eher hoch	verschieden

Tabelle 1 Ausgewählte Qualitätsinstrumente in Pflege und Medizin im Vergleich

Vergleicht man die verschiedenen Qualitätsinstrumente nach einigen Strukturkriterien, zeigen sich Unterschiede auf verschiedenen Ebenen. Die Expertenstandards des DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) sind monodisziplinär, also ausschließlich mit Expertinnen und Experten aus Pflegepraxis und -wissenschaft - unter Hinzuziehung einer Betroffenenvertreterin oder eines Betroffenenvertreters - entwickelt und richten sich ausschließlich an professionell Pflegende. Ihr Operationalisierungsgrad ist relativ hoch, auch wenn er in den Einrichtungen noch weiter entwickelt und an die konkreten Bedingungen angepasst werden muss. Sein Kern besteht aus Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien (z. B. DNQP 2006).

Die Ende März 2006 vorgestellten Qualitätsniveaus der BUKO-QS (Bundeskonzferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen) sind dagegen interdisziplinär entstanden und richten sich auch an verschiedene Disziplinen. Sie können daher als einen Teil z. B. einen Expertenstandard enthalten. So ist im Qualitätsniveau "Mobilität und Sicherheit bei Menschen mit demenziellen Einschränkungen in stationären Einrichtungen" der Expertenstandard "Sturzprophylaxe" des DNQP (2006) enthalten (www.buko-qs.de). Ihr Operationali-

sierungsgrad ist je nach Themenbereich unterschiedlich. Die Struktur ist gänzlich anders, denn sie besteht aus einer Kernaussage, also einem Kernziel, das in mehrere Teilziele heruntergebrochen ist und aus einer darauf bezogenen Matrix mit zielbezogenen Handlungsempfehlungen für die verschiedenen Akteure bzw. Disziplinen in Pflegeeinrichtungen und an externe Partner sowie Angehörige.

Die hier aufgeführten Expertenstandards und Qualitätsniveaus sind die eher pflegebezogenen Instrumente, von denen sich ärztliche Instrumente unterscheiden. Üblicherweise werden diese als Leitlinien bezeichnet, die im Einzelnen recht unterschiedlich ausfallen können. Teilweise stellen sie Entscheidungsbäume dar, teilweise bestehen sie aber auch einfach aus einer Reihe von Einzelempfehlungen ohne Entscheidungshierarchie. In der Regel sind sie von medizinischen wissenschaftlichen Fachgesellschaften entwickelt, die sich evtl. auch Expertise aus anderen Wissenschaftsbereichen holen, wie z. B. beim Thema Ernährung aus der Ernährungswissenschaft.

1.3 Zum Begriff „herausforderndes Verhalten“

Ausgeschrieben war das Projekt mit dem Begriff der "Verhaltensauffälligkeiten", genutzt wird in dem Projekt jedoch als Ergebnis eines Diskurses und Konsenses in der Expertenrunde der Begriff "herausforderndes Verhalten", der hier erläutert werden soll. Die im Projekt durchgeführte Literaturanalyse zeigte, dass es keine allgemeingültige Definition von „Verhaltensauffälligkeiten oder -störungen“ gibt. Es gibt mehr Definitionen als Begriffe, folglich gibt es wenig Einheitlichkeit in der Begriffsverwendung, was wiederum zu unklaren Abgrenzungen gegenüber anderen Verhaltensweisen oder auch gegenüber Wahrnehmungen, die mit diesen Verhaltensweisen verbunden sind, führt (Halek Margareta et al. 2006). Dies ist nicht unbedeutend für pflegerische Arbeit und Diskussionen um das Thema Verhalten und Demenz, da die Wahl des Begriffs für die Symptomatik den Umgang mit dem „Verhalten“ beeinflusst. Im Diskurs wurden Argumente aus der Behindertenpädagogik aufgegriffen (Mutzeck Wolfgang 2002)

Im deutschsprachigen Raum werden Begriffe wie Verhaltensstörungen, Verhaltensauffälligkeiten und Verhaltensprobleme verwendet. Im englischsprachigen Raum ganz ähnlich, denn so werden mit Begriffen wie *difficult*, *disruptive behaviour*, *problematic behaviour*, *behavioural disturbance*, *maladaptive*, *dysfunctional behaviour*, *aberrant*, *disordered behaviour* und *non-cognitive symptoms* die Verhaltensformen von Menschen mit Demenz beschrieben, welche als schwierig im Umgang gelten (Moniz-Cook Esme 1998). Diese Bezeichnungen implizieren einen intrinsischen Ursprung dieses Verhaltens, also verursacht durch den Bewohner selbst. Weniger wird hier der Einfluss der Umgebung als Auslöser in Betracht gezogen (Moniz-Cook Esme 1998). Der Begriff Verhaltensauffälligkeiten wird häufig dann ver-

wendet, wenn ein Verhalten der Norm nicht entspricht und „auffällt“, ähnlich verhält es sich mit dem Begriff der Verhaltensstörungen oder Verhaltensprobleme. Diese Bezeichnungen enthalten eine bewertende Komponente, die eine negative Konnotation hat. Die Fokussierung auf das „Abstellen“ des Verhaltens ist die Folge.

Die Expertengruppe einigte sich auf den Begriff "herausfordernd", weil dieser Begriff Verhaltensweisen kennzeichnet, die die Umgebung herausfordern, die also auch bestimmte Anforderungen an das Verhalten der Pflegenden stellen. Außerdem umgeht dieser Begriff die a priori Festlegung des Verhaltens als intrinsisch.

Verhalten und Verhaltensstörungen sind immer eine soziale Konstruktion, die aus dem Prozess der Interaktion zwischen dem Subjekt, mit den gegebenen bio-psycho-somatischen Voraussetzungen und den Normen der Gemeinschaft entsteht. Dabei besteht die grundsätzliche Auffassung, dass das *Verhalten* für denjenigen, der sich *verhält*, immer einen Sinn hat, weil es ein sinnhafter Ausdruck der menschlichen Psyche ist. Herausfordernde Verhaltensweisen sind ein Resultat der Unfähigkeit „sich verständlich zu machen“, eine Reaktion auf eine Welt, die einem nicht mehr vertrauensvoll und verlässlich ist (Jantzen Wolfgang et al. 2001). Die Einschränkungen in der Kommunikation über Probleme und Bedürfnisse führen dazu, dass die Betroffenen nur durch Veränderungen im Verhalten auf sich aufmerksam machen können. Dritte können jedoch häufig diese Signale nicht deuten und den Auslöser verkennen bzw. nicht verstehen. Das Erkennen der zugrunde liegenden Problematik erfordert von den Helfern eine intensive Beobachtung und die Kenntnis der Biographie. Ohne dies ist eine reale Hilfe bei herausforderndem Verhalten nicht möglich. Die „Auffälligkeiten“ im Verhalten rücken stattdessen ausschließlich als Störfaktor in den Mittelpunkt der Betrachtung, die Interventionen der Helfer zielen somit auf die Beeinflussung bzw. Vermeidung des als störend empfundenen Verhaltens ab (Wüllenweber Ernst 2001b). Wenn Menschen daran gehindert werden, über einen gewissen Freiheitsspielraum und Einfluss auf die Umgebung zu verfügen, erleben sie eine Einengung oder Verletzung ihrer Selbstbestimmung, die in der Motivation resultiert, die verlorene Freiheit zu sichern oder zurück zu gewinnen. Dies kann sich auch in Form von Angst, Enttäuschung, Wut und Aggression zeigen. Je weniger ein Mensch über sozial anerkannte Formen sozialer Kompetenz verfügt, umso eher wird er versuchen, unter Einbeziehung sozial abweichender oder stigmatisierter Formen, seine Selbstbestimmung wiederherzustellen. In Einrichtungen kommt es generell zu Einschränkungen der Selbstbestimmung durch Organisationsstrukturen, Routine und Betreuer (Wüllenweber Ernst 2001a).

Der Begriff „herausforderndes Verhalten“ enthält eine eher psychosoziale Perspektive und geht von intrinsischen und extrinsischen Faktoren als Ursache aus. Die Bezeichnung *challenging behaviour* impliziert keine negative Bedeutung oder Zuschreibung und verlagert die Ursache eher in einen interpersonellen Kontext, welcher ständigen Veränderungen unterliegt (Moniz-Cook Esme 1998). Der Begriff herausforderndes Verhalten legt den Fokus auf diejenigen, die sich durch ein bestimmtes Verhalten von demenziell erkrankten Menschen herausgefordert fühlen, z. B. Angehörige, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Bewohnerinnen und Bewohner. Dieselbe Verhaltensweise kann in dem einen Kontext für die Pflegenden eine Herausforderung darstellen, während sie in anderen Zusammenhängen dies gar nicht tut, z. B. das Bedürfnis einer Bewohnerin herumzuwandern, kann sich je nach baulicher und gestalteter Umgebung ganz unterschiedlich darstellen.

1.4 Zur Begründung herausfordernden Verhaltens: das NDB-Modell

Da – wie bereits oben angemerkt - jedes Verhalten, natürlich auch das Demenzkranker, Gründe hat, muss die Suche nach diesen Gründen die erste Handlungsmaxime sein. Zu dieser Fragestellung, der Suche nach den Gründen für das zunächst vielleicht nicht verständliche Verhalten, erbrachte die Literatur ein Modell, das Richtungen bei der Begründungssuche weisen kann.

Dieses Modell - need driven dementia compromised behaviour model (bedürfnisorientiertes Verhaltensmodell bei Demenz), kurz NDB-Modell wurde von einer Gruppe von nordamerikanischen Pflegewissenschaftlerinnen in den 1990er Jahren zusammengestellt, die darin die Ergebnisse pflegebezogener Demenzforschung zusammengefasst haben (Algase Donna L et al. 1996; Kolanowski Ann M. 1999). Das Modell dient als Hilfsmittel für eine verstehende Diagnostik, wie sie in der ersten Empfehlung genauer dargestellt und begründet wird (Kap. 4). Es handelt sich um ein Modell, das den gegenwärtigen Stand des Wissens zu bündeln versucht. Das bedeutet auch, dass es keinesfalls als abgeschlossen oder vollständig zu betrachten ist. Es gibt aber wesentliche Anregungen, wie man sich dem Verstehen herausfordernder Verhaltensweisen systematisch nähern kann.

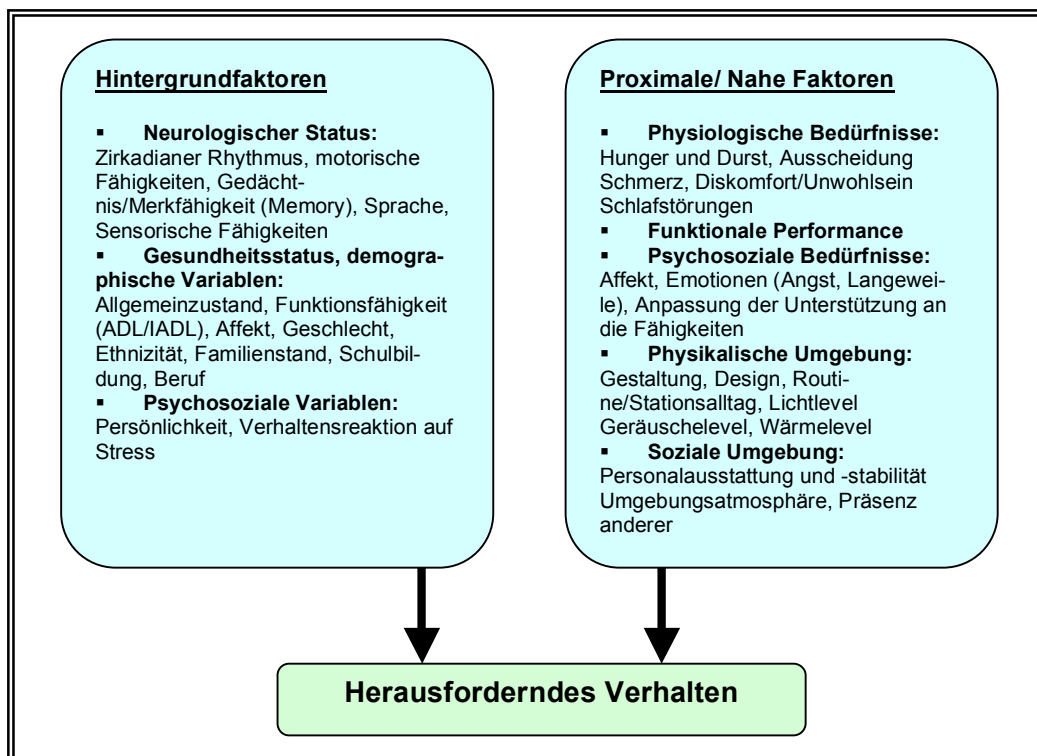


Abbildung 1 Das NDB-Modell (vgl. Kolanowski Ann M. 1999)

Demnach kann das Verhalten mit zwei Arten von Variablen oder Faktoren erklärt werden. Grundsätzlich wird dabei unterschieden in Hintergrundfaktoren, die durch Interventionen kaum zu beeinflussen sind, mit deren Beschreibung aber Risiken erfasst werden können. Hierzu gehören der Gesundheitsstatus, physische und kognitive Fähigkeiten, aber auch Merkmale, die in die Krankheit mitgebracht wurden, wie Persönlichkeitseigenschaften oder die Reaktionen auf Belastungen. Davon zu unterscheiden sind die proximalen, die nahen Faktoren. Diese können herausfordernde Verhaltensweisen auslösen und können eher beeinflusst werden. Dazu gehören physiologische Bedürfnisse, wie z. B. Schmerzen, Hunger und Durst, Schlafstörungen, psychosoziale Bedürfnisse, Umgebungsreize wie Licht und Geräusch, aber auch die soziale Umgebung wie Kontinuität des Personals, die Atmosphäre etc.

Als Konsequenz aus diesem Modell müssen Pflegende herausforderndes Verhalten auch immer unter dem Aspekt eines Anpassungsversuchs betrachten, und dabei konkret den Beitrag von Pflegebeziehung und Pflegeumwelt zu dem Verhalten beleuchten, um einseitigen, individualisierenden Symptomzuschreibungen entgegenzuwirken (Stokes Graham 2003). Es ist in vielen Fällen damit zu rechnen, dass herausforderndes Verhalten einen Versuch des Pflegebedürftigen darstellt, sich auf einer anderen Ebene psychologischen Funktionierens anzupassen, auszudrücken, mitzuteilen, aus Situationen Sinn zu machen, sich gegenüber der Umwelt zu behaupten (Vass Antony Andreas et al. 2003). Bestimmte Verhaltensweisen, wie Leben in der Vergangenheit, anklammerndes (Bindungs-)Verhalten, Apathie und vollständiger Rückzug dienen dem Verlangen, mächtige Gefühle wie Angst, Trauer, Verzweif-

lung zu bewältigen und sich zu schützen. Verhalten ist hochvariabel bezüglich verschiedener Situationen: In der Regel ist es eher der Kontext, der Verhalten erzeugt, weniger eine Überlegung oder Entscheidung der Bewohnerin oder des Bewohners oder die Eigendynamik der Erkrankungen.

Umgekehrt bedarf es einer differenzierten Kenntnis psychiatrischer Symptome, des psychopathologischen Befundes und seiner Ätiologie, um den psychosozial bedingten Anteil nicht über zu bewerten und um der Gefahr zu entgehen, sich an nicht erreichbaren Zielen vergeblich abzuarbeiten.

Das NDB-Modell ist als Ausgangslage und vor allem Denkinweis für eine verstehende Diagnostik geeignet. Die erste Empfehlung zur verstehenden Diagnostik stützt sich explizit auf dieses Modell und erläutert es an einem konkreten Beispiel (Kapitel 4).

Kapitel 2 Projektstrukturen, Vorgehen und Strategie der Literaturrecherche

2.1 *Projektstruktur*

Die Durchführung des Projektes erfolgte gemeinsam durch das Institut für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke, Lehrstuhl Epidemiologie-Pflegewissenschaft, und die KDA Beratungs- und Forschungsgesellschaft für Altenhilfe mbH. Der Schwerpunkt des wissenschaftlichen Teams aus Witten (Bartholomeyczik, Halek) lag in der Literaturanalyse, der Präsentation in den Expertensitzungen, der Moderation der Expertensitzungen und der Federführung bei der Erstellung der vorliegenden Veröffentlichung. Das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) (Sowinski, Besselmann) hatte die Aufgabe, den organisatorischen Teil des Projektes zu übernehmen, der allerdings auch als wesentlicher Teil der inhaltlichen Entwicklung anzusehen ist. Er beinhaltete die Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung der Expertentreffen, die Absprachen und Konsensfindung zwischen den Sitzungen, die Organisation einer Fachkonferenz und die Öffentlichkeitsarbeit.

Die Entwicklung der Rahmenempfehlungen beruht auf zwei gewichtigen Pfeilern:

Der eine ist die Literaturanalyse, der andere ist die Arbeit in der Expertenrunde. Beide Verfahren sind eng miteinander verbunden. Die Rechercheergebnisse wurden in der Expertenrunde diskutiert und bewertet. Neue Fragen an die Literaturrecherche leiteten sich wiederum daraus ab (Abbildung 2).

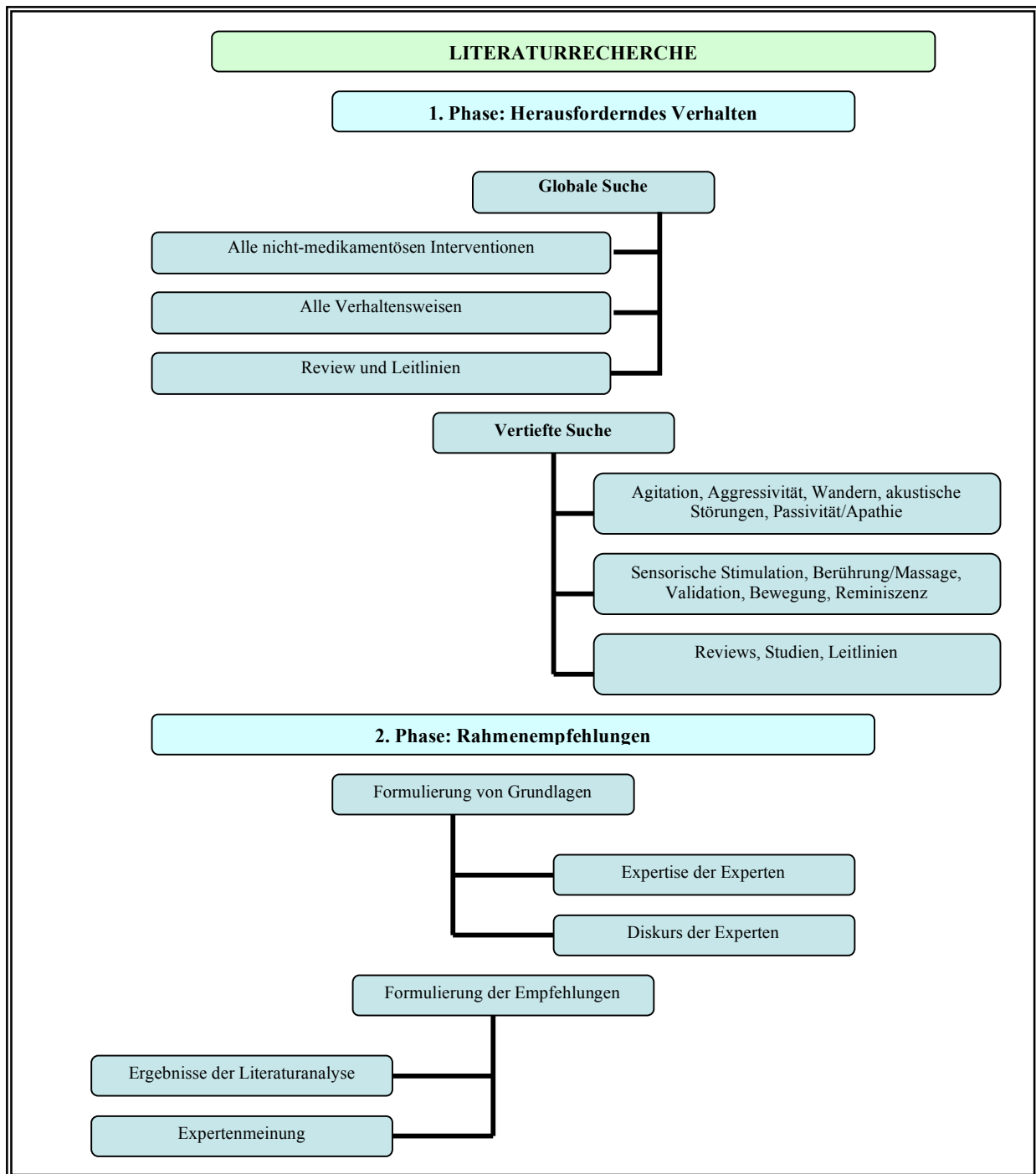


Abbildung 2 Vorgehen bei der Entwicklung der Rahmenempfehlungen

2.2 Die Arbeit der Expertenrunde

Das Institut für Pflegewissenschaft und die KDA Beratungs- und Forschungsgesellschaft für Altenhilfe mbH waren gemeinsam an der Auswahl der Expertinnen und Experten beteiligt. Nach zahlreichen Vorgesprächen wurde im Mai 2004 in einer gemeinsamen Sitzung eine Liste von möglichen Teilnehmenden an der Expertenrunde vorgeschlagen, die danach mit dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) abgestimmt wurde. Bis auf zwei Personen nahmen alle ihre Ernennung an. Bei der Auswahl der Expertinnen und Experten wurde Wert

darauf gelegt, dass es sich um Personen handelt, deren Intention in ihrer Arbeit bei der Begleitung von Menschen mit Demenz darauf abzielt, ihnen ein sozial möglichst integriertes Leben, welches der Würde des Menschen entspricht, zu ermöglichen. Die Vertreterin der Betroffenen aus einer Alzheimergesellschaft konnte aus zeitlichen Gründen nicht an den Sitzungen der Expertenrunde teilnehmen. Im Verlauf der Expertensitzungen zeigten Diskussionen, dass mehr medizinisches Know-how in die Expertenempfehlungen einfließen muss und zwar in Verbindung zu spezifischen pflegerischen Interventionen. Deshalb wurde für das zweite Projektjahr ein weiterer Mediziner in die Expertengruppe berufen.

Die Expertinnen und Experten haben in ihrer Gesamtheit die Autorenschaft der vorliegenden Veröffentlichung als Zeichen dafür übernommen, dass es um ein inhaltlich gemeinschaftlich erarbeitetes Werk geht. Sie sind mit ihrem beruflichen Hintergrund im Anhang einzeln beschrieben.

Während ursprünglich fünf Expertensitzungen geplant waren, fanden schließlich sieben Sitzungen statt. Dazu kamen weitere Kleingruppensitzungen und ein intensiver Informations- und Abstimmungsaustausch per Telefon und E-Mail in den Zeiten zwischen den Expertensitzungen. Dennoch bestand am Ende noch teilweise die Vorstellung, dass an verschiedenen Stellen bzw. Themenbereichen noch differenzierter und ausführlicher hätte diskutiert werden müssen. Hier wirkte sich sicher zweierlei aus: Zum einen sollte bei Experten- oder Sachverständigengruppen nicht unterschätzt werden, dass die Findung einer gemeinsamen Sprache und vor allem eines gemeinsamen Verständnisses mindestens zwei Sitzungen stark beherrscht, auch wenn sie - wie im vorliegenden Fall - jeweils einen ganzen Tag beanspruchte. Es stellte sich zu Beginn immer wieder heraus, dass verschiedene Personen mit verschiedenen Begriffen unterschiedliche Inhalte verbanden. Aus diesem Grunde standen auch Definitionsfragen in den ersten Expertensitzungen im Vordergrund, ebenso wie umfassende erste Teile der Literaturanalyse. Zum Zweiten ist das Thema dieses Projektes so komplex, dass in den ersten Sitzungen die Vorstellung, dass weder mit der Literaturanalyse noch mit den Expertisen Eingrenzungen gefunden und begründet werden könnten, überhand zu nehmen drohte. Es erforderte also auch wegen der Art des Themas eine gewisse Zeit der Selbstvergewisserung für die Eingrenzung und Schwerpunktsetzung der Themenbereiche. Weitere Entscheidungen der Expertenrunde für das inhaltliche Vorgehen sind im folgenden Abschnitt zur Strategie der Literaturrecherche beschrieben.

2.3 Literaturrecherche und -analyse

Mit der Literaturanalyse sollten mehrere Fragen beantwortet werden, um als Grundlage für die Entscheidungen über Auswahl und Formulierung der Empfehlungen für die Experten zu dienen. Die Fragen lauteten:

- a) Wie sind die Bezeichnungen für die Verhaltensweisen in der wissenschaftlichen Literatur definiert?
- b) Wie häufig kommen diese Verhaltensweisen bei demenzkranken Personen oder in der stationären Altenpflege vor? Welche Daten gibt es zur Prävalenz und Inzidenz dieser Verhaltensformen?
- c) Welchen Effekt haben pflegerische Interventionen auf diese Verhaltensweisen bei Menschen mit Demenz? Welche pflegerischen Interventionen sind die wichtigsten?

Die Literaturrecherche und -analyse wurde durch die in den Expertensitzungen stattfindenden Diskussionen beeinflusst, vor allem die ersten Sitzungen erbrachten immer wieder neue Rechercheaufträge. Die Schwerpunkte der Literaturarbeit wurden dadurch leicht modifiziert. Generell lassen sich zwei Phasen der Literatursuche identifizieren: In der ersten Phase wurde allgemein und vertieft nach Untersuchungen über herausfordernde Verhaltensweisen gesucht, in der zweiten Phase standen pflegerische Möglichkeiten und Interventionen im Mittelpunkt. Die Suche in beiden Phasen erfolgte in den Datenbanken Medline, Cinahl und Gerolit und den freizugänglichen Datenbanken über DIMDI. Außerdem erfolgte eine Suche im Internet (Google-Suchmaschine). Die Expertenhinweise wurden ebenfalls in die Suche aufgenommen.

Suchbegriffe in Verbindung mit <i>Demenz (dementia) und Pflege (nursing, care)</i>
Verhalten: Behaviour disturbance, disruptive behaviour, challenging behaviour, BPSD Verhaltensauffälligkeiten, störendes Verhalten, herausforderndes Verhalten
Formen : hallucinations, delusions, anxiety, emotional lability aggression, restlessness, agitation, wandering, apathy, disruptive vocalization, screaming, hoarding, cursing, shadowing, sexual disinhibition, eating disorder, sleep disorder
Interventionen: Snoezelen, MMS, reality orientation (ROT), validation, reminiscence therapy, light therapy, Basale Stimulation, therapeutic touch, music therapy, activity therapy (Beschäftigungstherapie), behaviour therapy (Verhaltenstherapie), massage, aroma therapy, multidisciplinary teams, Wohnen, Milieuthapie, movement therapy

Tabelle 2 Übersicht über die Suchbegriffe

In der ersten Phase der Literaturrecherche wurde ein breiter Fokus auf die demenzspezifischen Verhaltensweisen und auf die für den stationären Pflegebereich relevanten Maßnahmen gelegt (Tabelle 2). Die Suche beschränkte sich vorerst auf nationale und internationale Leitlinien, Standards und systematische Übersichtsartikel (Reviews). Auf diese Weise ließen sich Verhaltensformen identifizieren und eine große Anzahl von pflegerischen Interventionen finden, die in der Literatur für Menschen mit Demenz diskutiert werden.

In der ersten Sitzung der Expertenrunde wurde eine Eingrenzung für relevante Verhaltensweisen getroffen. So wurde eine vertiefte Beschäftigung mit dem Nicht-Essen - oftmals unbegründet als Nahrungsverweigerung bezeichnet (Schwerdt Ruth 2005d) - und Schlafstörungen ausgeschlossen. Schwerpunkt wurde auf die in Abbildung 3 dargestellten Verhaltensweisen gelegt.

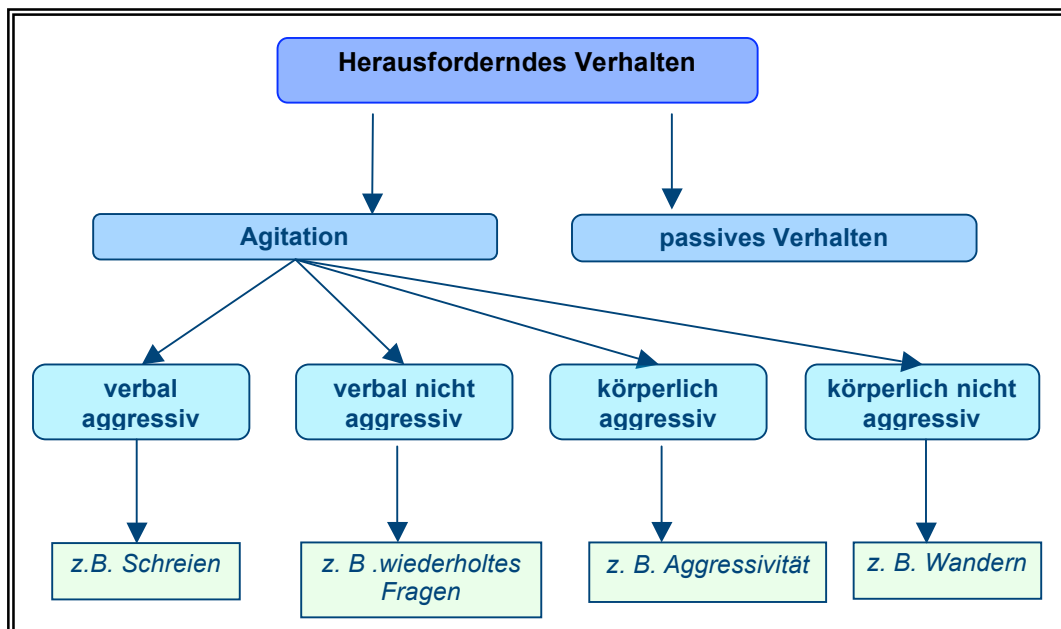


Abbildung 3 Auswahl von Verhaltensweisen

Bei dieser ersten Recherche zeigte sich darüber hinaus, dass die Verhaltensformen unterschiedlich benannt, unterschiedlich definiert und verschieden erklärt werden. Ebenso zeigte sich, dass Interventionen in der Regel nicht verhaltensspezifisch einzusetzen sind. Schlussfolgerung aus diesen Erkenntnissen war, dass der Ausgangspunkt für die Rahmenempfehlungen nicht die unterschiedlichen Verhaltensweisen sein sollten, sondern ausgewählte pflegerische Maßnahmen. Das bedeutet, dass zwar nach wie vor die ausgewählten Verhaltensweisen im Mittelpunkt standen, aber Studien, die darüber hinausgehen, nicht grundsätzlich ausgeschlossen wurden.

So sollte in der zweiten Phase speziell die Frage nach der Wirksamkeit pflegerischer Maßnahmen auf die herausfordernden Verhaltensweisen beantwortet werden. Da eine Eingrenzung der Suche nach Maßnahmen aus Gründen der zeitlichen und materiellen Begrenztheit des Projektes notwendig war, wurden die inhaltlichen Schwerpunkte in der Expertenrunde im Rahmen des gesamten Projektes festgelegt. Kriterien für die auszuwählenden Interventionen waren:

- geschätzte Häufigkeit der Anwendung,
- geschätzter Grad der Verbreitung und
- potentielle Eignung in der stationären Altenpflege Deutschlands.

Da es keine genauen Zahlen über den Einsatz spezifischer pflegerischer Maßnahmen gibt, waren für die Schätzungen die Aussagen in der Expertenrunde ausschlaggebend. Die Einschätzungen glichen sich überwiegend, ein Dissens war nicht zu beobachten.

Folglich war auch die Einigung auf die nachfolgenden pflegerischen Maßnahmen das Ergebnis eines Diskurses und Konsenses in der Expertenrunde. Als wichtigste Interventionen wurden nach diesen Kriterien vor allem Validation, Erinnerungsarbeit, Snoezelen, Berührung und körperliche Bewegung festgelegt. Daneben wurde das in Kapitel 1 beschriebene NDB-Modell in der Literatur identifiziert, welches als theoretischer Bezugsrahmen für das Erkennen, Zuordnen sowie die Suche nach der Erklärung herausfordernden Verhaltens empfohlen wird.

Die Suchstrategie ergab insgesamt über 300 Artikel als Studienberichte. Querverweise aus den Literaturverzeichnissen und Hinweise der Experten erhöhten die Anzahl der Artikel auf ca. 400. Alle Artikel wurden kurz gesichtet und nach formalen Kriterien beurteilt, ob sie überhaupt für die Fragestellung geeignet waren. Die übrig gebliebenen Interventionsstudien wurden anhand definierter methodischer Qualitätskriterien beurteilt. Verbreitet sind hierbei die Kriterien, die für die Bewertung medizinischer Interventionen von der AHCPH der USA (Agency for Health Care Policy Research) verbreitet wurden (z. B. Wolfe B.M. et al. 1997). Neben systematischen Übersichtsarbeiten (Reviews) und Metaanalysen bewerten sie das RCT (randomized controlled trial)-Studiendesign am besten. Dieses Design, das als Goldstandard bei Medikamentenstudien gilt, lässt sich jedoch nicht ohne weiteres für die Untersuchung der hier relevanten pflegerischen Interventionen einsetzen. Die Einstufung der RCT-Studien als Goldstandard für Interventionsstudien wird weithin insbesondere auch in der Pflegewissenschaft kritisch diskutiert (Behrens Johann et al. 2004). Aus diesem Grunde wurde ein Kriterienraster zur Beurteilung der methodischen Qualität der Studien gewählt, das den Schwerpunkt weniger auf ein spezifisches Design, als auf die transparent und nachvollziehbar dargestellte Methodologie legt (Forbes Dorothy A. 1998). Dadurch lassen sich auch gute nicht randomisierte Studien, die im Bereich der Demenzforschung häufig durchgeführt werden, in

die Analyse mit einbeziehen. Insgesamt konnten 17 Studien ausgewählt werden, die den Kriterien entsprachen.

Neben den einzelnen Studien wurden 54 Übersichtsarbeiten (Reviews) identifiziert, die sich mit nichtmedikamentösen Maßnahmen bei herausforderndem Verhalten beschäftigen. Für Reviews wurden andere Kriterien zur Qualitätsüberprüfung angewandt, als für die Einzelstudien. Diese Kriterien orientieren sich an den Richtlinien des RCN (Royal College of Nursing) (Rycroft-Malone Jo et al. 2000) zur Bewertung von Reviews. Für die vorliegende Literaturanalyse wurde entschieden, ähnlich wie bei den Einzelstudien, den Schwerpunkt auf die methodische Präzision in der Durchführung zu legen, anstatt sich auf bestimmte Studiendesigns zu begrenzen. Fünfzehn Reviews entsprachen sowohl den thematischen Einschlusskriterien, als auch den Qualitätskriterien und wurden in die Analyse aufgenommen.

Bei der Bewertung der Leitlinien wurde der Schwerpunkt auf die Literaturrecherche und die Entwicklung der Evidenzniveaus gelegt. Außerdem stellte die Zusammensetzung der Expertengruppen (Medizin, Pflege, andere relevante Berufsgruppen, Betroffene) bei der Leitlinienentwicklung ein weiteres Beurteilungskriterium dar. Schließlich wurde danach ausgewählt, für welche Zielgruppe (Anwender-Berufsgruppe) die Leitlinien erarbeitet worden waren. Von den 12 identifizierten Leitlinien entsprachen sechs den aufgeführten Kriterien. Allerdings enthielten nur wenige verwertbare Informationen bezüglich spezifischer pflegerischer Interventionen.

Die Recherche- und Analysestrategien in dieser Arbeit unterliegen Grenzen, die bei der Bewertung der Ergebnisse berücksichtigt werden müssen. So wurde in die Arbeit nur publizierte Literatur einbezogen und auch nur jene, die in den üblichen Datenbanken aufgelistet bzw. durch Referenzsuche zu finden ist. Graue Literatur wie Diplom- oder andere Qualifikationsarbeiten bzw. nicht veröffentlichte Forschungsberichte konnten nicht berücksichtigt werden. Es konnten auch nur englisch- und deutschsprachige Publikationen einbezogen werden, interessante und gute Arbeiten in anderen Sprachen fanden keine Berücksichtigung. Schließlich wurden nur quantitative Studiendesigns berücksichtigt, d. h. die Erkenntnisse qualitativer Studien fließen in die vorliegende Literaturrecherche nur über einige Übersichtsarbeiten mit ein. Detailliert ist die Literaturanalyse dargestellt in Halek Margareta et al (2006).

2.4 Prozess der Formulierung der Rahmenempfehlungen

Die oben beschriebene Literaturanalyse diente der Expertengruppe als Grundlage für die Entscheidungen über die Wahl relevanter Empfehlungen und ihre Formulierung. Bereits zu Beginn der Projektarbeit wurde aufgrund der ersten Ergebnisse der Literaturanalyse deutlich, dass eine alleinige Beschränkung auf die Empfehlungen zu den Interventionen der Probleme-

matik und der Bedeutung der Gesamtbetreuungssituation von Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten nicht gerecht werden kann. Die Expertinnen und Experten formulierten daher anhand sowohl eigener Expertise als auch signifikanter Literatur Grundlagen und Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, wenn die Empfehlungen erfolgreich umgesetzt werden sollen. Diese Grundlagen wurden in einem Diskussionsprozess entwickelt und sind in dem folgenden Kapitel 3 beschrieben.

Die Formulierung der Empfehlungen selbst geschah in zwei Schritten. Der **erste Schritt** betraf die allgemeinen Aussagen zur Wirksamkeit oder Unwirksamkeit der ausgewählten Interventionen für den Umgang mit Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten. Diese Aussagen wurden aufgrund der systematischen Literaturanalyse getroffen. Diese wissenschaftlich begründeten Aussagen, waren jedoch häufig in ihrer Art wenig hilfreich für die Praxis. So war es Aufgabe der Expertinnen und Experten, im **zweiten Schritt** aufgrund ihrer Expertise und existierender Grundlagenliteratur (z. B. Pflege-theorien, Psychologie, Medizin, Philosophie uvm.) praxisrelevante Empfehlungen zu formulieren. Die so entstandenen Empfehlungen stellen also ein Resultat aus wissenschaftlich basierten Studienergebnissen und Expertenmeinung dar. Sie wurden wörtlich in der Expertenrunde konsentiert.

Jede Empfehlung ist differenziert erläutert, Begriffe sind definiert und die Forschungslage skizziert.

2.5 Abschlusskonferenz

Den Abschluss des Projektes bildete die Präsentation der Projektergebnisse gegenüber einer Fachöffentlichkeit, die damit auch Gelegenheit zur Kommentierung der Empfehlungen erhalten sollte. Am 15.05.2006 fand diese Abschlussveranstaltung des Projektes statt, die sich in der Struktur und im Verlauf an den Konsensuskonferenzen des DNQP orientierte. Zu Beginn wurde das Projekt begründet, das Vorgehen dargestellt und die Grundvoraussetzungen für die Umsetzung der Empfehlungen erläutert. Kern der Konferenz war die wörtliche Vorlesung jeder einzelnen Empfehlung mit einer kurzen Begründung, die in der vorliegenden Veröffentlichung ausführlicher nachzulesen ist. Jeder Empfehlung folgte eine kurze Diskussion mit dem Fachpublikum. Die Diskussionsbeiträge wurden von drei Protokollantinnen festgehalten und am Ende der Veranstaltung in einer zusammengefassten Form vorgestellt. Ziel dieser Vorgehensweise war, die Texte der Rahmenempfehlungen mit dem Fachpublikum im Konsens zu verabschieden.

Die Konferenz war nach einer breiten Öffentlichkeitsarbeit durch das KDA stark nachgefragt, die Teilnehmerzahl war jedoch auf ca. 500 Personen beschränkt. Vorwiegend bestand der Teilnehmerkreis aus Vertreterinnen und Vertretern der stationären Altenhilfe, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren von Trägern und Verbänden, von verschiedenen "Demenzinitiativen"

und Alzheimergesellschaften, aber auch aus Vertreterinnen und Vertretern von Pflegekassen, Ministerien, Land und Bund, dem MDS (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen) und anderen Organisationen. Einige dieser Akteurinnen und Akteure wurden im Vorfeld gebeten, einen Kommentar zu den Rahmenempfehlungen abzugeben. Dies betraf eine Vertreterin der Alzheimergesellschaft, eine der Heimaufsicht, einen Vertreter des MDS und einen der Deutschen Expertengruppe Dementenbetreuung (DED). Nicht nur diese zur Kommentierung Eingeladenen, sondern alle Konferenzteilnehmenden hatten die Rahmenempfehlungen und einen Kurztext zum Projekt bei der Anmeldung zugesandt bekommen, eine relativ gut informierte Beteiligung an der Diskussion sollte damit ermöglicht werden.

Die Auswertung der Diskussionsbeiträge und der schriftlichen Rückmeldungen einiger Teilnehmerinnen und Teilnehmer bestätigte im Allgemeinen die entwickelten Formulierungen. Einige Rückmeldungen wünschten sich differenziertere und detailliertere Aussagen, die möglichst einen verbindlichen Charakter haben sollten. Der Charakter der Rahmenempfehlungen lässt jedoch keine präziseren Aussagen zu und die Verbindlichkeit muss auf anderer Ebene hergestellt werden. Das Projekt liefert in diesem Sinne dazu die inhaltlichen Grundlagen. Die inhaltlichen Anmerkungen aus dem Fachpublikum bezogen sich in den meisten Fällen auf stärkere Verdeutlichung bestimmter Sachinhalte in den Begründungstexten selbst, eine Anforderung, die mit der vorliegenden Veröffentlichung hoffentlich als erfüllt anzusehen ist. Es gab keine Rückmeldung, die den Empfehlungen widersprochen oder Reformulierungsvorschläge enthalten hätte.

Die Umsetzung und die Verankerung in der Praxis war im Rahmen des Projektes nicht mehr möglich - im Gegensatz zu z. B. den Expertenstandards, die eine Implementierungsphase vorsehen. Sie sollte auf jeden Fall einen nächsten Schritt darstellen.

Kapitel 3 Grundlagen und Voraussetzungen für die Umsetzung der Rahmenempfehlungen

Die Grundlagen, die in den Einrichtungen vorausgesetzt werden müssen, damit die Rahmenempfehlungen eine Chance der Realisierung haben, beruhen zunächst auf einem humanistischen Menschenbild. Dieses Menschenbild, das auch Basis der Empfehlungen ist, sollte sowohl dem gemeinsamen Pflegeverständnis, als auch organisatorischen Strukturen und Maßnahmen sowie den Umgebungsbedingungen zugrunde liegen. Es wird daher als erstes in seinen Grundzügen skizziert.

3.1 Humanistisches Menschenbild

Grundlage des humanistischen Menschenbildes ist die Vorstellung von der eigenständigen, in sich wertvollen Persönlichkeit, die jeder Mensch hat (Pötner Marlis 2004). Jeder Mensch hat Anspruch darauf, als er selbst anerkannt zu werden und als wertvolles Mitglied einer sozialen Gemeinschaft wirken zu können. Erikson (Erikson Erik 1981) stellt hier den Begriff der Ich-Identität in den Mittelpunkt. Jede Person hat nach der Theorie von Rogers (Rogers Carl 1983) ein Selbstbild, das sie nutzt, um sich selbst und ihre Wertvorstellungen gegenüber anderen darzustellen. Das Selbstbild baut auf Wertschätzung auf. Das Bedürfnis nach Wertschätzung ist essentiell für die Entwicklung und den Erhalt des Selbst.

Die Behinderungen, die durch eine Demenz entstehen, können global als Kontrollverlust und Abhängigkeit von anderen verstanden werden. Der Kontrollverlust entsteht durch die kognitiven Einbußen im planerischen Handeln, durch Verlust von Alltagsfertigkeiten und Orientierungsvermögen, durch Gedächtnisverluste und durch den Verlust von sprachlichem Ausdrucksvermögen. Ebenso verändert sich die Wahrnehmung der Realität im Rahmen von Gegenwarts- und Vergangenheitsverschränkungen. Erinnernte Ereignisse werden nicht mehr als vergangen und abgeschlossen erlebt, sondern Erinnerntes und Gegenwärtiges wird auf der Gegenwartsebene erlebt. Damit wird die Ich-Identität der Person mit Demenz brüchig, die persönliche Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft kann nicht mehr geschlossen empfunden werden. Diese Veränderungen der kognitiven Fähigkeiten können verallgemeinernd beschrieben werden, werden jedoch durch die Persönlichkeit und Lebensgeschichte der Person mit Demenz in ihrer Ausprägung beeinflusst. Mit dem Kontrollverlust über das eigene Leben wächst die Abhängigkeit von anderen Menschen, die subjektiv ebenfalls mehr oder weniger belastend empfunden wird.

Der Mensch mit Demenz in einer stationären Einrichtung ist besonders gefährdet, die Kontrolle über sein Leben und seine Ich-Identität zu verlieren. Der Einzug in eine stationäre Einrichtung erfolgt häufig in einem Stadium der Demenz, in der diese Umgebungsveränderung kaum noch bewältigt werden kann, wodurch eine zusätzliche Destabilisierung der Person

erfolgt. Die Organisationsbedingungen der stationären Einrichtung können zusätzlich bewirken, dass noch bestehende Fähigkeiten eines selbstbestimmten Lebens nicht erkannt und nicht genutzt werden. Der Kontrollverlust verstärkt sich dann in der stationären Pflege durch organisationsbedingte Orientierungslosigkeit, durch Übernahme von Handlungen, die noch selbst vollzogen werden können und durch organisationsbedingte Fremdbestimmung.

Der beschriebene demenz- und organisationsbedingte Kontrollverlust verursacht Unsicherheit und Angst, die sich ebenso als Aggression oder Apathie zeigen kann. Angst lässt sich nach Erkenntnissen der Sozialpsychologie leichter in Gesellschaft ertragen. So haben Versuche gezeigt, dass in Angst versetzte Personen den Kontakt zu anderen suchen, die in der gleichen misslichen Lage sind, aber unter Umständen abgeklärter wirken. Die Angst hat sich bei den Versuchspersonen immer verringert, wenn sie in der Gesellschaft weiterer Menschen waren (Mann Leon 1987). Aus Sicht der Verhaltensforschung steigert sich das menschliche Wohlbefinden in kleinen geschlossenen Gruppen. Hier können Vertrauensbeziehungen entstehen, weil alle einander kennen und das Verhalten der Mitmenschen mit einer gewissen Verlässlichkeit einschätzen können, dies gewährt Sicherheit (Eibl- Eibesfeld Irenäus 1989).

Menschliches Verhalten ist immer das Ergebnis eines komplexen Prozesses, der subjektiv gestaltet wird und bewusste und unbewusste Aktionen/Reaktionen beinhaltet. Das Verhalten eines Individuums wird von anderen im Rahmen des sozialen Seins aufgenommen, interpretiert und beantwortet. Menschen als soziale Wesen sind darauf ausgerichtet, stetig eine gemeinsame Wirklichkeit zu konstruieren, die einen sicheren Rahmen für das soziale Miteinander schafft.

Im Rahmen demenzieller Erkrankungen verliert sich die Fähigkeit, zusammen mit anderen eine gemeinsame Wirklichkeit herzustellen (gemeinsame Symbolisierungsfähigkeit (Wilhelm Hans- Jürgen 1998; Bauer Joachim 2002)) und mit anderen in einer gemeinsamen Lebenswelt mit angeglichenen Deutungs-, Wert- und Ausdrucksmustern zu interagieren. Da die vorausgesetzten Ressourcen von Sprache und Kultur teilweise oder vollständig versagen, kommt es zu einem unterschiedlichen Situationsverständnis (Arens Frank 2003) und damit entstehen in Interaktionen wechselseitig sich nicht ergänzende Handlungsfolgen: Die wesentlichen Unterscheidungen zwischen Schein und Sein, Irrtum und Wahrheit, Trivialität und Bedeutung, Nebensächlichkeiten und Wesentlichem stimmen nicht mehr überein.

Herausfordernde Verhaltensweisen können Ausdruck von Angst und Unsicherheit sein.

Ebenso kann herausforderndes Verhalten als eine Reaktion auf Abhängigkeit und Fremdbestimmtheit entstehen. Es kann aber auch ein Verhalten sein, welches für die ausführende Person mit Demenz angemessen und natürlich ist und damit kein Unwohlsein bedeutet.

3.2 Pflegeverständnis

Die Expertengruppe verständigte sich auf eine gemeinsame Auffassung von Pflege, die in dem folgenden Kurzzitat zusammengefasst wird:

„Als Praxis unterstützt Pflege Individuen und Gruppen im Rahmen eines Problemlösungs- und Beziehungsprozesses bei der Bewältigung des Alltags und beim Streben nach Wohlbefinden, bei der Erhaltung, Anpassung oder Wiederherstellung von physischen, psychischen und sozialen Funktionen und beim Umgang mit existenziellen Erfahrungen.“ (Sauter Dorothea et al. 2004 S. 47).

3.2.1 Ziel der Pflege

Das Pflegeziel für Menschen mit Demenz mit herausfordernden Verhaltensweisen ist demnach der Erhalt oder die Verbesserung des Wohlbefindens dieser Person. Das Pflegeziel des Wohlbefindens für die Gruppe der demenzerkrankten Menschen mit herausfordernden Verhaltensweisen ist damit das Gleiche, wie für alle pflegebedürftigen Menschen. Wohlbefinden ist der entscheidende Ausdruck der subjektiv empfundenen Lebensqualität. Herausforderndes Verhalten bei Demenz kann selbst auch Ausdruck von Wohlbefinden sein. Es geht also darum, Verhaltensweisen von Menschen mit Demenz adäquat zu interpretieren und nicht prinzipiell zu vermeiden bzw. abzuschalten. In der Reflektion über herausforderndes Verhalten muss zuerst die Frage gestellt werden, ob dieses Verhalten Ausdruck von Wohlbefinden ist, das Wohlbefinden der Person mit Demenz fördert und die Lebensqualität steigert, oder ob dieses Verhalten eher Unwohlsein ausdrückt.

Personen mit Demenz benötigen in der stationären Pflege eine Stabilisierung ihrer Ich-Identität, um nicht verloren zu gehen. Dies wird in erster Linie durch eine anerkennende Beziehungsgestaltung zu jedem einzelnen Menschen mit Demenz und innerhalb der sozialen Gruppe erreicht. Die Anforderungen an eine anerkennende Beziehungsgestaltung bei Demenz orientieren sich nach den besonderen psychischen Bedürfnissen bei Demenz (Kitwood Tom 2000). Dies sind die Bedürfnisse nach Trost, Identität, Beschäftigung, Einbeziehung und Bindung.

Das psychische Bedürfnis nach Trost entsteht durch die Verluste über die Kontrolle des eigenen Lebens. Trost bedeutet Nähe und Beistand, Linderung von Schmerzen und Sorge für ein sicheres, geborgenes Aufgehobensein.

Ich-Identität umschließt das Bewusstsein des eigenen unverwechselbaren Seins, der eigenen Geschichte. Die Person mit Demenz kann ihre Identität nur mit Unterstützung durch andere aufrechterhalten, sie braucht ein Umfeld, in dem die eigene Lebensgeschichte bekannt ist. Ebenso ist empathisches Agieren im Rahmen von Validation identitätserhaltend, weil durch Validation die unverwechselbare Identität des Anderen anerkannt wird.

Bindung und Beziehung nehmen einen großen Stellenwert ein. Besonders in den ersten Lebensjahren ist die primäre Bindung ein Sicherheitsnetz, welches individuelle Entwicklung erst möglich macht (Bowlby John 1976). Der Mensch mit Demenz geht wieder in eine Welt ein, in der Dinge nicht mehr verstehbar sind, in der eigene Entscheidungen in unüberschaubaren Zusammenhängen nicht mehr getroffen werden können. Dementsprechend groß ist oft das Bedürfnis nach primärer Bindung, die Halt und Sicherheit in einer auseinander brechenden Welt gibt (Kitwood Tom 2000). So kann die Sehnsucht einer Person mit Demenz nach ihrer Mutter ein Wunsch nach diesem mütterlichen Schutz sein.

Einbeziehung wirkt auf die Notwendigkeit ein, dass der Mensch ein Gruppenwesen ist und traditionell nur in Gruppen überleben kann. Die Gruppe bietet Stabilität und wirkt über die Summe ihrer einzelnen Mitglieder hinaus. Die Person mit Demenz kann sich immer weniger allein halten, so dass die Gruppenzugehörigkeit persönlich stabilisiert und auch eine Persönlichkeitserweiternde Funktion hat, wenn der Person ein fester Platz in der Gruppe zugewiesen wird.

Beschäftigung bedeutet, etwas in der Welt zu bewegen, das Gegenteil von Beschäftigung ist Langeweile, Apathie und Bedeutungslosigkeit. Sich beschäftigen heißt auch, sich zu bestätigen, dem eigenen Sein eine Bedeutung geben. Der Beschäftigung von Personen mit Demenz liegen zwei wesentliche Aspekte zu Grunde. Erstens kann an vielfältige Alltagskompetenzen aus dem bisherigen Leben angeknüpft werden und zweitens braucht der Mensch mit Demenz ein akzeptierendes Umfeld, welches seine Beschäftigungen kreativ unterstützt, ohne Lösungen vorzugeben oder durch Sanktionen oder Verhinderung bestimmte Beschäftigungen unterbindet.

In der Pflege ist das gelingende soziale Miteinander aus Sicht der demenziell erkrankten Menschen entscheidend für deren Wohlbefinden. Insbesondere ist die Akzeptanz der Wirklichkeitspluralität in der Arbeit mit demenzerkrankten Menschen mit einem mittelschweren bis schweren Ausprägungsgrad der Erkrankung notwendig. An die Stelle der einen Wirklichkeitssicht tritt das fortwährende Bemühen, die gelebte Realität und Erlebensweise des Erkrankten gewährend zu begleiten.

In der Demenz entstehen kognitive Verluste, die das Wohlbefinden und die Lebensqualität negativ beeinflussen können, wenn das soziale Umfeld nicht den Bedürfnissen angepasst wird. Eine tragfähige soziale Gemeinschaft mit einem überschaubaren Personenkreis steigert das Wohlbefinden von Menschen mit Demenz und verringert herausforderndes Verhalten.

Demnzerkrankte Menschen sind kaum noch in der Lage, in der zwischenmenschlichen Begegnung Individualdistanzen zu erkennen und einzuhalten bzw. dem bekannten oder unbekanntem Gegenüber adäquat zu begegnen. Menschen mit Demenz benötigen deshalb eine soziale Gemeinschaft mit hoher Verlässlichkeit, in der die Distanz zwischen Individuen wenig Bedeutung hat und das Bedürfnis nach Nähe einen hohen Wert erhält. Ebenso sind Menschen mit Demenz kaum noch in der Lage, eine hohe Reizdichte des Umfelds zu verarbeiten. Es besteht die Gefahr, dass auf nicht verarbeitbare Reize mit Stress und Unruhe reagiert wird. Das Umfeld für Menschen mit Demenz muss daher so reizarm gestaltet werden, dass die Aufnahmegeschwindigkeit und die Kapazität der Reizaufnahme der Menschen mit Demenz nicht überfordert wird.

Der Fokus pflegerischer Überlegungen bei herausfordernden Verhaltensweisen geht über das Erfassen beobachtbarer Phänomene hinaus, die damit einhergehende Qualität des Erfahrens und Erlebens der Person mit Demenz ist ein zentraler Bestandteil dieser Überlegungen. Das Ziel pflegerischer Interaktion ist demnach weniger ein Verhaltensmanagement im Sinne von kausal wirksamen Vorgehensweisen wie Konditionierung oder Löschung von Verhalten. Das subjektive Wohlergehen des Menschen mit Demenz mit oder ohne diese Verhaltensformen ist wesentliches Ziel pflegerischer Bemühungen. Pflege von Menschen mit Demenz besteht daher im Wesentlichen in der gemeinsamen Alltagsbewältigung, die situationsabhängig immer wieder neue Beziehungen herstellt. Dieser Alltag ist in seinen Abläufen nicht formal planbar, denn gerade das situativ angemessene Reagieren auf Verhaltensweisen und Befindlichkeiten macht die pflegerische Leistung aus.

Das Ziel der gelingenden gemeinsamen Alltagsbewältigung erfordert professionelles Wissen, strukturierte Reflektion und hohe fachliche Handlungskompetenz von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Pflege und Betreuung. Wissen und Fähigkeiten beziehen sich dabei nicht vorrangig auf die Beherrschung von Handlungsabläufen, sondern auf die Verstehens- und Interaktionskompetenz von Personen mit ihren jeweiligen Verhaltensweisen. Um dieses Ziel erreichen zu können, ist die gesamte Organisation gefordert. Sie muss sich multiprofessionell auf die konkreten Belange der zu pflegenden Menschen ausrichten. Daher muss das Management der Pflegeeinrichtung selbst über ein ständig aktualisiertes theoretisches Wissen zu Fachthemen verfügen, um Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter fachlich führen zu kön-

nen. Ebenso sind umfassende Kompetenzen in der spezifischen Betriebs- und Personalführung notwendig, um Mitarbeitende zu befähigen, die geforderte Pflege und Betreuung für Menschen mit Demenz leisten zu können.

3.2.2 Pflegerisches Handeln

Entsprechend der Definition nach Sauter et al (Sauter Dorothea et al. 2004) liegen die Kernelemente der Pflege in der Unterstützung des Alltags und in der Unterstützung bei dem Streben nach Wohlbefinden. Ebenso wirkt Pflege erhaltend, anpassend oder wiederherstellend auf die physischen, psychischen und sozialen Funktionen des zu pflegenden Menschen ein. Damit enthält die Pflege von Menschen mit Demenz unterschiedliche Dimensionen, die situativ miteinander verbunden werden müssen. Die Art der Unterstützungen gestaltet sich im Rahmen eines Problemlösungs- und Beziehungsprozesses.

Der Begriff „Alltag“ ist einerseits unspezifisch, er ist individuell und kann nicht klar umrissen werden. Alltag ist andererseits aber auch in typische Elemente wie Arbeiten, Essen oder Freizeit gegliedert. Pflegende unterstützen Personen mit Demenz dabei, einen individuell als normal empfundenen Alltag zu gestalten und dabei Wohlbefinden zu erleben und Lebensqualität zu entwickeln. Alltag ist potentiell unbegrenzt und beinhaltet unthematisierte, wenig reflektierte funktionale Abläufe. Die Esssituation oder das Ankleiden enthalten eine Aneinanderkettung von funktionalen Abläufen, die „schon immer“ so waren, weil sie Bestandteile der Alltagskultur sind. Der Alltag für Personen mit Demenz kann Veränderungen in der Deutung und Ausgestaltung von Situationen enthalten, die von ihnen selbst als eine gelungene Gestaltung verstanden werden. So kann eine gedachte Esssituation für die Person mit Demenz selbst als Arbeitssituation verstanden werden, sie arbeitet z. B. mit den Komponenten des Essens, in dem sie diese vermischt und neu komponiert. Wird die Situation von der Pflegenden nicht reflektiert, besteht die Gefahr von Übertragung der Alltagsauffassungen der Pflegenden auf die Pflegesituation. In dem Beispiel dominiert die Alltagsauffassung des „jetzt wird gegessen“ bei den Pflegenden und die Alltagsauffassung „jetzt wird gearbeitet“ der Person mit Demenz wird unterbunden. Diese nicht übereinstimmenden Alltagsinterpretationen sind schwierig, aufwändig und störungsreich. Sie können bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Angst vor dem scheinbar so Vertrauten und dennoch so „unheimlich Fremden“ wecken (Wolber Edith 2001).

Die Situationen in der Pflege von Menschen mit Demenz sind so zu gestalten, dass den Bewohnerinnen und Bewohnern Brücken gebaut werden zwischen deren innerer Realität und der objektiven Umgebung. Menschen mit Demenz können sich ihrer Umgebung nicht mehr anpassen; vielmehr müssen Pflegende und Betreuende versuchen, sich Menschen mit Demenz anzupassen. Diese grundsätzlich richtige Aussage ist mehrfach zu qualifizieren: die

Verhaltenserwartungen an ein erwachsenes Gegenüber beizubehalten (Prinzip des personalen Gegenübers) und zugleich einzuschränken (Prinzip der Anpassung des anderen) erfordert eine präzise Differenzierung: Wo ist die gemeinsame erwachsene Welt jetzt intakt, wo sind Besonderheiten jetzt zu berücksichtigen? Hierzu müssen auch die entstehenden Übertragungsgefühle und Widerstände, insbesondere der Neigung, Menschen mit Demenz Absicht, Strategien etc. zu unterstellen, reflektiert werden. Die Empfehlungen der Expertengruppe zu den möglichen Interventionen in Kapitel 4 können nicht als tagesstrukturierendes Angebot verstanden werden. Nicht das Snoezelen von 10.00 Uhr bis 10.30 Uhr wirkt beispielsweise unterstützend auf das Wohlbefinden, sondern Snoezelen kann in einer Alltagssituation, die sich jetzt ergeben hat, ein sinnvolles Angebot sein.

Alltagssituationen enthalten mannigfaltige Gelegenheiten, die Übergänge von einer zur nächsten Situation so zu beeinflussen, sodass ein Höchstmaß an physischem, psychischem und sozialem Funktionieren wiederhergestellt wird. Gerade diese Übergänge in den Alltagssituationen können Krise und Chance bedeuten. Die Krise entsteht durch das Unvermögen des Menschen mit Demenz, aus der vergangenen Situation sicher in die nächste zu gelangen, z. B. aus der vergangenen Situation des Sitzens im Aufenthaltsraum sicher in den Flur zu gelangen. Sicherheit entsteht hier durch physisch-psychisch-soziales Funktionieren. Eine Krise kann z. B. durch das Unvermögen des selbständigen Gehens (physisch), durch Fehldeutung der Situation (psychisch) oder durch das Beteiligtsein anderer Personen (sozial) entstehen. Die Chance in dieser Übergangssituation besteht in der Qualität, wie zwischen der Realität der Bewohnerin oder des Bewohners und ihrer bzw. seiner Umgebung Brücken gebaut werden. Die Brücken können durch Anerkennung bestehen, aber auch im Setzen von Grenzen durch Verhandeln, evtl. durch Entscheiden, durch Zusammenarbeit oder auch durch stellvertretendes Handeln. Situationen im Alltag werden damit bewusst und gezielt im Rahmen von Problemlösungs- und Beziehungsprozessen gestaltet.

Das wichtigste „Arbeitsinstrument“ bei der Bewältigung des Alltags und beim Streben nach Wohlbefinden ist die Beziehung in der Pflege. Jeder Beziehungsprozess bedarf einer zulassenden Haltung, um das Ausleben von Situationen zu ermöglichen, einer unaufdringlichen Präsenz, um Bindungsimpulse aufzunehmen und einer Sorgehaltung für die Grenzen und Möglichkeiten des Anderen. Zusammenfassend: Nur in einer echten, einführenden und akzeptierenden Beziehung ist ein auf Wohlbefinden und Lebensqualität ausgerichteter Alltag möglich. Beziehung ist notwendig, um Bedürfnisse, Bedeutungen, Auffassungen, Affekte und situative Möglichkeiten (Übergänge) zu erspüren und zu nutzen. Beziehung bedarf des Interesses, der Neugier, Wachheit, Beachtung und der Reflexion. Damit ist die eigene Person das Hauptarbeitsmittel zur Entwicklung einer akzeptierenden, vertrauensvollen und verlässlichen Beziehung.

Zentrale Bedingung für den Beziehungsprozess stellt die Reflexionskultur einer Einrichtung dar, um Übertragungen, Missbrauch und mangelnden Grenzziehungen entgegenzuwirken. Professionelle Beziehung erfordert Reflexion und damit bewusstes Distanzieren, um im professionellen Rahmen emotionale Nähe herstellen zu können. Nur aus der reflektierenden Distanz erwächst eine hilfreiche Nähe, die weder verstrickt ist in unerfüllbare Beziehungsangebote der Bewohnerin und des Bewohners noch die Beziehung zur Stillung eigener Bindungs- und Akzeptanzbedürfnisse missbraucht. Reflexion nimmt damit auch eine Schutzfunktion für Pflegende und Bewohnerinnen und Bewohner wahr und hat das Ineinander von klinisch-fachlichen, moralisch-ethischen und situativen Problemfeldern zum Gegenstand (Schwerdt Ruth 2005a). Diese Beziehung in Pflege bewusst, gezielt und reflektiert aufzubauen und zu gestalten bedeutet, „erlerntes Regelwissen, begründet auf den einzelnen ‚Fall‘, situationsgerecht anwenden können.“ (Abt-Zegelin Angelika 2002).

Die Sorge um das Wohlergehen und Erleben der Bewohnerin, des Bewohners erfordert, funktionale Anliegen in eine professionelle Beziehung einzubetten: nach Möglichkeit isst man mit Bewohnerinnen und Bewohnern zusammen und führt nicht die Verrichtung „Essenreichen“ durch: Kontakt steht vor jeder Funktion. Wesentliche Eckpunkte professioneller Beziehungsgestaltung bilden: Kennen lernen des Klienten durch die Bezugspflegeperson; Tagesgestaltung gemäß lebensgeschichtlich verankerter Abläufe; Nutzen selbstwertwichtiger Identitätsanteile im alltäglichen pflegerischen Handeln; verlässliche Präsenz; deutliche Verlangsamung im Kontakt; Parallelität und Wechselseitigkeit auf körpersprachlicher Ebene (Körperpositionen, Atmung, Tonus, Takt/Rhythmus) und Gleichzeitigkeit der Signalebenen; Ruhe und Gelassenheit im Kontakt; Freundlichkeit, Lächeln und Humor, ohne falsche Nähe zu suggerieren; einfache sprachliche Struktur; bewusster Umgang mit selbst erfahrenen Kränkungen sowie Vermeidung der Zuschreibung von Absichten. Ziel ist es, einen erfolgreichen Kontakt aufzubauen mit gemeinsamem Richtungssinn sowie wechselseitigem Aufbau gemeinsamer Aktionen.

Das Gestalten pflegerischer Situationen in der Arbeit mit Menschen mit Demenz ist durch die spannungsgeladene Gleichzeitigkeit von Autonomie und Bindung, von hoher (Vor-)Strukturiertheit und ausgeprägter Situationsoffenheit, von der Orientierung an funktionalen Vorgaben und der Orientierung an der konkreten Person geprägt. Einerseits muss die Pflege strukturiert vorgeplant werden, andererseits darf dies nicht verhindern, dass konkrete Situationen ein völlig anderes Verhalten der Pflegenden erfordern. Hinzu kommen die hohe Komplexität psychischer Erkrankungen im hohen Lebensalter sowie die ausgesprochene Vielschichtigkeit der demenziellen Erkrankungsformen. Bei der fachlichen und ethischen Refle-

xion dieser Themen müssen Pflegende auf Leitungen und externe Begleitung zurückgreifen können, um sich immer wieder neu verorten zu können.

Diese Komplexität des Geschehens erfordert weiter, präzise beschreiben zu können, was eine Person mit Demenz tut und wie es ihr dabei ergeht: Verstehen steht vor jedem Machen. Brücken bauen und Übergänge schaffen kann nur gelingen, wenn auf das geschaut wird, was geht und wie genau es geschieht und nicht auf das, was fehlt: Symptome und herausfordernde Verhaltensweisen haben auch Kommunikationscharakter. Es gilt, eine Kultur der professionellen emotionalen Nähe herzustellen, die an der emotionalen Verbundenheit als wesentlichen Bestandteil professioneller Beziehung festhält. In der professionellen Beziehungsgestaltung ist die emotionale Nähe bewusst reflektiert und zielgebunden.

Dies kann nie vollständig gelingen: Nachspüren des Anderen in der eigenen Person durch Empathie und die daraus folgende Akzeptanz gelingt nur ohne Absolutheitsanspruch. Die Suchhaltung nach vorerst richtigen Lösungen ist damit bedeutsamer als der Anspruch des absolut Richtigen. Pflegende leben letztlich nicht in der Lebenswelt von Menschen mit Demenz, sondern müssen berufliches Regelwissen und gesetzliche sowie betriebliche Anforderungen in dieser Lebenswelt möglichst individuell, also flexibel und situationsoffen berücksichtigen, interpretieren, ausgestalten und dies mit den oft rigiden Vorgaben seitens der Träger bezüglich Ablauf und Ergebnis vereinbaren. Der respektvolle Umgang mit der Eigenwelt der Bewohnerin und des Bewohners gelingt nur dann annähernd, wenn Pflegende den zu pflegenden Menschen auch Realitäten und Notwendigkeiten sowie die eigenen Grenzen aufzeigen und auch zumuten.

Grundlegend für einen guten Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen ist die möglichst präzise Beschreibung des Verhaltens und seiner Entstehungsbedingungen unter Einbezug verbaler Äußerungen und der Körpersprache. Die Expertengruppe empfiehlt die verstehende Diagnostik (siehe Kapitel 4), die folgende Schritte beinhaltet: Beobachtung des Verhaltens, wertneutrale Beschreibung des Verhaltens, Analyse des Verhaltens, Diskussion und Festlegung der entsprechenden Interventionen (bzw. Entscheidung über das Nicht-Intervenieren), Durchführung der Interventionen und die Evaluation des Prozesses. Die Expertinnen und Experten haben sich darauf verständigt, zur Beschreibung und Erklärung von herausforderndem Verhalten im Sinne der verstehenden Diagnostik das NDB-Modell (Need-driven dementia compromised behavior model) zu verwenden (siehe Kapitel 4). Dieses Modell bietet einen strukturellen Rahmen für die Ursachenforschung des jeweiligen Verhaltens.

3.3 Organisatorische Rahmenbedingungen und Umgebungsgestaltung

Den zweitgrößten Versorgungsbeitrag für Menschen mit Demenz leisten in Deutschland die vollstationären Pflegeeinrichtungen. Dieses gilt in zunehmendem Maße für demenzkranke Menschen mit herausforderndem Verhalten. Die Expertengruppe vertritt die Auffassung, dass sich die verschiedenen Betreuungsansätze, die sich gegenwärtig entwickeln, gegenseitig nicht ausschließen, sondern sinnvoll ergänzen können.

3.3.1 Die Betreuungsformen

Es existieren unterschiedliche Wohnkonzepte für Menschen mit Demenz, die vor allem den Anspruch des „Wohnlichen, Häuslichen“ haben. Sie sind länderspezifisch gestaltet und organisiert. Zu den bekanntesten gehören die Domus Unit, Anton Piekhofje, Cantou-Modell, das Schweden-Modell oder Special Care Units (SCU) und in Deutschland die Haus-, und Wohngemeinschaften und ambulant betreuten Wohngruppen (BMA/BMGS 2003; 2004). Das Gemeinsame dieser Konzepte ist die Orientierung an Bewohnerbedürfnissen auch im Bezug auf Architektur und Gestaltung. Die Vermeidung des institutionellen Charakters, kleinere Gruppengrößen (sechs bis zwölf Personen je nach Wohnkonzept), das Ermöglichen eines normalen Alltags, häusliche Einrichtung, private Rückzugsmöglichkeiten und Gemeinschaftsräume, wie eine Küche oder Wohnzimmer, sind die Eckpfeiler dieser Wohnkonzepte (Rauh Janthe et al. 2000).

Die gegenwärtigen Forschungserkenntnisse lassen keine eindeutigen Aussagen zu Vor- und Nachteilen bestimmter Betreuungformen bezogen auf herausfordernde Verhaltensweisen von Menschen mit Demenz zu. Ergebnisse zeigen einerseits eine positive Modifikation des Verhaltens, als auch andererseits die Verstärkung herausfordernden Verhaltens in Gruppenwohneinheiten im Vergleich zu traditionellen Settings (nach Eriksson Sture 2000). Die wenigen Studien aus Schweden zeigen bei Bewohnerinnen und Bewohnern der speziellen Wohnkonzepte eine Besserung der Verwirrtheitszustände, gesteigertes Umfeldbewusstsein und Teilnahme an Aktivitäten und Verbesserung im Bereich der Körperpflege im Vergleich zu einem traditionellen Setting. Nachweisen lässt sich ebenfalls, dass Bewohnerinnen und Bewohner in einem Spezialwohnbereich (SCU) im Vergleich zum traditionellen Setting in ihrem Verhalten, der Aktivität, der Freiheitseinschränkungen und der Lebensqualität profitieren (Roberts Jacqueline et al. 2000). Andere Quellen geben jedoch an, dass keine Wirkung von SCU im Unterschied zu traditionellen Settings gezeigt werden konnte (Archibald Carole 1997). Ob die Größe der Einheit bzw. die Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner ausschlaggebend ist, ist nicht eindeutig belegt. Auch die Effektivität von kleineren Wohneinheiten im Vergleich zu traditionellen Strukturen, speziell auf das Verhalten, ist nicht klar belegt.

Dies liegt unter anderem in den methodischen Schwierigkeiten, die multiplen Einflussfaktoren des Verhaltens in einer Studie zu kontrollieren.

Für Personen, die zusätzlich zur Demenz komplexe gesundheitsbezogene Pflegebedarfe haben, scheint eine stationäre Versorgungsform mit enger Durchdringung von Pflege und Betreuung angemessen zu sein (Zimmerman Sheryl et al. 2005). In dieser Phase sind Angebote sinnvoll, welche die Sinne anregen und entspannen: taktile Materialien, optische Reize, schöne Badezimmer und Gärten (Archibald Carole 1997).

Eine neue Untersuchung aus Deutschland evaluierte die besondere und traditionelle Betreuungsform für Menschen mit Demenz (Weyerer Siegfried et al. 2006). Zwischen den beiden besonderen Betreuungsformen teilsegregativ (Integrationsprinzip) und segregativ (Domusprinzip) konnten keine wesentlichen Unterschiede festgestellt werden, die eindeutig zugunsten einer dieser Formen spricht. Beide Betreuungsformen weisen eigene Schwerpunkte auf und bieten ein breites Spektrum an demenzspezifischen Angeboten. In der segregativen Wohnform spielt die Biographiearbeit eine bedeutende Rolle und die gerontopsychiatrische Versorgung (Fachärztin/-arzt, Medikamente) wird häufiger in Anspruch genommen. Die integrative Versorgungsform fördert die Einbindung der Angehörigen in den Alltag. Kompetenzfördernde Aktivitäten werden hier häufiger angeboten und in Anspruch genommen. Der spezielle Einfluss der beiden Betreuungsformen auf herausfordernde Verhaltensweisen konnte nicht festgestellt werden. Der Vergleich der beiden besonderen Betreuungsformen zur traditionellen Pflege fiel dagegen in vielen Bereichen positiv aus. Die Besuchshäufigkeit, Einbindung der Angehörigen, Ehrenamtlichen und Freiwilligen, die Häufigkeit der Kontakte zum Pflegepersonal und Teilnahme der Demenzkranken an Angeboten/Aktivitäten spricht deutlich für die besonderen Betreuungsformen. Der Vergleich der Häufigkeit freiheitseinschränkender Maßnahmen zeigt, dass diese in den besonderen Betreuungsformen weniger angewandt werden, als in traditionellen Versorgungsformen. Die besonderen Betreuungsformen tragen dazu bei, ein hohes Aktivitätsniveau der Bewohnerinnen und Bewohner über längere Zeit aufrechtzuerhalten (Weyerer Siegfried et al. 2006). Eine andere Studie belegt, dass Selbstständigkeit und Mobilität über längere Zeit bei allen Studienteilnehmerinnen und –teilnehmern abnahm, die Bewohnerinnen und Bewohner der segregativen Wohngruppen zeigten jedoch im Gegensatz zur integrativen Versorgung ein stabiles Sozialverhalten und eine deutlich höhere Stimmung (Dettbarn-Reggentin Heike 2005).

Das Modellprojekt (MIDEMAS) kommt zu dem Ergebnis, dass Demenzwohngruppen sich positiv auf die demenzkranken Menschen auswirken, weil „kein soziales Reglement „normgerechte“ Verhaltensweisen einfordert“ (S. 33). In diesem Projekt sind die herausfordernden Verhaltensweisen deutlich zurückgegangen und das Wohlbefinden und die Lebensqualität

der Bewohnerinnen und Bewohner steigerte sich. Anzumerken ist dabei, dass in dem Projekt umfassende milieutherapeutische Interventionen eingeführt worden sind, die nicht nur die strukturellen Bedingungen einer Einrichtung tangierten (Heeg Sibylle et al. 2004).

Eine Reduktion der Gruppengröße im Speiseraum auf 10 Bewohnerinnen und Bewohner (von 25-30) und gleichzeitige Verkleinerung und Dezentralisierung der Räume reduzierte in einer Untersuchung das „störende“ Verhalten während der Mahlzeiten (Schwarz Benjamin et al. 2004). Day et al. (Day Kirsten et al. 2000) kommen in ihrer Literaturanalyse zu einigen allgemeingültigen Aussagen bezüglich der Mahlzeitengestaltung. Sie empfehlen eine vertraute und „normale“ Esszimmergestaltung, einen Speiseraum und eine Küche in jedem Wohnbereich (dezentral), reduzierte sensorische Stimulation in den Essbereichen, einen „Familienstil“, d. h. kleine Tische, welche die soziale Interaktion und Kommunikation steigern. Routinen, wie z. B. zugewiesene, feste Tischplätze, können bei Menschen mit Demenz Störungen und Agitation provozieren. Die familiäre Gestaltung sollte jedoch nicht überfordern.

Aufgrund der Erkenntnislage legt sich die Expertengruppe auf keine baulichen Maßstäbe für eine Umgebung fest, die den Demenzkranken gerecht werden soll, sondern spricht sich für das Normalisierungsprinzip aus. Das Normalisierungsprinzip richtet sich nach den konkret in der Wohngruppe lebenden Personen mit Demenz aus und soll für diese Menschen eine normale wohnliche Alltagsatmosphäre schaffen. Jede Wohngruppe benötigt hier eine „lebendige Mitte“, in der gemeinsames Leben stattfindet. Je nach Zusammensetzung der Gruppe müssen verschiedene Zentren der lebendigen Mitte geschaffen werden. Die Mahlzeitengestaltung ist ein Beispiel für gemeinsames Leben, doch nicht für alle Menschen mit Demenz bilden die Küche und das Essen einen Lebensmittelpunkt. Ebenso kann ein Wohnzimmer, ein Klavier, eine Gartenecke oder eine Holzwerkstatt für bestimmte Menschen mit Demenz die lebendige Mitte ihres Alltags sein. Die Umgebungsgestaltung im Rahmen von Farben, Bildern, Möbeln etc. macht allein keine Lebensqualität aus und erinnert als reine Komposition tatsächlich mehr an ein Museum. Entscheidend ist das individuelle Leben, welches in diesen Räumen möglich ist. Daher ist es für einen lebendigen Alltag eher entscheidend, dass prinzipiell mehrere unterschiedliche Räume zur Verfügung stehen (Küche, Wohnzimmer, Schlafzimmer, Garten), die genügend Platz für individuelle Interessen bieten. Bewegungsfreiräume und großzügig dimensionierte Gemeinschaftsflächen, Rückzugsmöglichkeiten innerhalb des Gebäudes und ein demenzgerecht angelegter, ebenerdig und direkt mit dem Wohnbereich verbundener Garten, all dies hat Auswirkungen auf Erleben und Verhalten von Menschen mit Demenz. Die Umgebung sollte generell das Altgedächtnis anregen, zum Mitnehmen, Anfassen und Mitmachen einladen, in Ausstattung und Aussehen den kulturellen und sozialen Hintergrund der Klienten berücksichtigen, unterschiedliche Sitz- und Liegemöglichkeiten vorsehen, Kontakt mit schönen Dingen, Kunst und Natur ermöglichen. Spezifische

Risiken wie enge, dunkle Gänge, die in Sackgassen münden, Bodenmuster und Schrägen, Unter- und Überstimulationen, Lärm, und Kontrastarmut sind zu vermeiden (Kuratorium Deutsche Altershilfe 1999; BMA/BMGS 2001).

Die rechtlichen Rahmenbedingungen des Heimgesetzes sowie des SGB XI (Pflegeversicherung), XII (Sozialhilferecht), aber auch des SGB V (Krankenversicherung) sollten entsprechend ausgestaltet werden, damit Lösungsansätze, die fachlich geboten, zukunftsweisend, human sowie wirtschaftlich realisierbar sind, weiter entwickelt werden können. In Hamburg wurde auf Basis der positiven Erfahrungen aus dem Modellprogramm Besondere Stationäre Dementenbetreuung (1991-1994) 1999 der erste Rahmenvertrag für dieses gleichnamige Versorgungsangebot geschlossen (Damkowski Wulf et al. 1994; Behörde für Soziales und Familie; Amt für Soziales und Rehabilitation 2000). Verfolgt wurde das Ziel, in unterschiedlichen Pflegeeinrichtungen für 750 Demenzerkrankte mit herausforderndem Verhalten konzeptionelle Anpassungen vorzunehmen, die deren besonderen Bedarfen entsprechen und über die Regelversorgung in traditionell integrativ versorgenden Heimen hinausgehen.

Die Bundesländer Baden-Württemberg und Berlin sind dem Beispiel mit leicht abgewandelten Vereinbarungen zu den Landesrahmenverträgen nach § 75 SGB XI gefolgt. In Niedersachsen bestehen mehrere inhaltlich weitgehend identische Einzelvereinbarungen. Bedeutsam für die Praxis ist dabei, dass dem erhöhten Betreuungsaufwand der Demenzerkrankten, insbesondere im Bereich der dauernden Aufsicht und Begleitung, in Abgrenzung zu den anerkannten Verrichtungen nach dem selektiven Pflegebedürftigkeitsbegriff des SGB XI, durch eine verbesserte Personalausstattung (Personalschlüssel von 1: 1,7 über 1: 1,5 bis 1: 1,25), gekoppelt mit einem erhöhten Heimentgeltsatz, Rechnung getragen wird (Dürmann Peter 2001).

Zusammenfassend vertritt das Expertengremium die Auffassung, dass die sich zunehmend ausbildende Pluralität der Betreuungsansätze, im Spektrum von traditionell integrativer Heimversorgung über vollstationäre Wohngemeinschaften bis hin zu Segregationsmodellen in Pflegeheimen, vor dem Hintergrund der strukturellen Veränderung der Bewohnerinnen und Bewohner sämtlich mögliche Lösungsvarianten darstellen, die einander nicht ausschließen, sondern sinnvoll ergänzen. Es ist zu konzedieren, dass es um die Schaffung einer Vieltätigkeit von Versorgungskonzepten für Demenzerkrankte geht, die dem langjährigen Krankheitsverlauf mit seinen jeweils sehr individuellen, unterschiedlichen und wechselnden Betreuungsbedarfen in den einzelnen Phasen der Erkrankung Rechnung trägt. Die rechtlichen Rahmenbedingungen des HeimG sowie des SGB XI, XII aber auch des SGB V sollten entsprechend ausgestaltet werden, damit Lösungsansätze, die fachlich geboten, human so-

wie wirtschaftlich realisierbar sind, nicht aufgrund starrer Strukturen und Zuständigkeiten unterbleiben.

3.3.2 Das Normalisierungsprinzip

Als Leitidee für die Organisationsentwicklung empfiehlt die Expertengruppe den Ansatz des Normalisierungsprinzips, dessen Ursprung und praktisch reflektierte Weiterentwicklung in der Behindertenhilfe liegt (Thimm Walter 1994; 2005). Normalisierung als Leitvorstellung für das soziale, pädagogische und pflegerische Handeln besagt, dass Menschen mit geistigen, körperlichen oder seelischen Beeinträchtigungen die Möglichkeit haben müssen, ein Leben führen zu können, das dem ihrer nicht behinderten Mitmenschen entspricht.

Diese Definition des Normalisierungsprinzips benötigt für die Betreuung von Menschen mit Demenz eine Präzisierung, weil bei dieser besonderen Art der Abhängigkeit andere Personen dafür eintreten müssen, dass ein normales Leben geführt werden kann. Mit der Normalisierung der Lebenswelt ist die Aufwertung der Rolle der Person mit Demenz verbunden. Wenngleich der Selbstbestimmung ein hoher Stellenwert eingeräumt wird, muss dabei auch die Hilfebedürftigkeit und Abhängigkeit der Betroffenen berücksichtigt werden (Gröschke Dieter 2000).

Normalisierung bezieht sich also auf ein normales Leben mit der "Behinderung", also der Beeinträchtigung durch die Demenz, wobei die Lebensqualität der nicht-beeinträchtigten Mitmenschen entspricht. Die Komplexität und Geschwindigkeit des nicht-beeinträchtigten Lebens stellt für demenzkranke Menschen in fortschreitenden Stadien jedoch eine permanente Reizüberflutung mit konfrontierenden Situationen dar, die sie in ihrer Kompetenz überfordern. Genau dies entspräche aber nicht der Intention des Normalisierungsprinzips. Vielmehr soll die Lebensqualität eines normalen Alltags empfunden werden können, auch wenn dies nicht mehr selbständig gelingen kann.

Normalisierung für Menschen mit Demenz bedeutet Selbstbestimmung, Autonomie und das Gefühl, Person sein zu können. Dieses Prinzip fördert die Stärkung des Vertrauens in die eigenen Fähigkeiten der Bewohnerinnen und Bewohner, eröffnet Wahlmöglichkeiten und die Mitsprache bei Entscheidungsprozessen. Kernelement ist der Beziehungsprozess zwischen Pflegenden und Bewohnerinnen und Bewohnern, der als Basis die partnerschaftliche Kommunikationsform voraussetzt.

Normalisierung bedeutet demnach die Abkehr von der Betrachtung des pflegebedürftigen Menschen als einem Objekt der Fürsorge und Versorgung. Das Prinzip der Normalisierung steht in einem gesellschaftlichen Spannungsfeld. Normalisierung in der stationären Einrichtung erfährt dort Grenzen, wo die gesellschaftlichen Normen der Einrichtung Grenzen set-

zen. Normalisierung geht demnach in seiner Entwicklung über den Rahmen der Institution hinaus.

Aus diesen Grundsätzen ergeben sich drei zentrale Arbeitsfelder für die pflegerische Arbeit.

- a) Alltagsorientierung mit flexibler, bewohnerorientierter Tagesstrukturierung unter Berücksichtigung der Vielgestaltigkeit und Mitwirkung der Bewohnerschaft. Für Mitarbeiterinnen, Mitarbeiter und Angehörige gilt es letztlich zu lernen und zu akzeptieren, dass es in der Begleitung von Menschen mit Demenz um deren Recht geht, anders zu sein, anders zu denken und zu leben. Es gilt, der subjektiven Sichtweise von demenzkranken Menschen Raum und Zeit zu geben. Dieses setzt eine flexible Betreuungsstruktur voraus, weil letztlich nur auf dieser Basis Freiräume entstehen, welche die Möglichkeit bieten, weniger starr und damit nicht konfrontierend arbeiten zu können.
- b) Diese Freiräume sind Grundlage für die biografie- und handlungsorientierte Partizipation (indirekte Selbstentscheidung), also der Einbindung des Menschen mit Demenz bei Entscheidungsprozessen sowie dessen Anspruch auf Selbstbestimmung als Gegenpol zur Fremdbestimmtheit. Hieraus erwächst fachlich, ethisch und moralisch die Verpflichtung, Demenzkranke als gleichberechtigte Menschen mit einer Geschichte, und als Persönlichkeiten, zu sehen. Auch schwerste kognitive Einbußen stehen dem Ansatz der Partizipation, dem selbstbestimmten Person-Sein der Betroffenen nicht entgegen.
- c) Dezentralisierung durch kleine Wohneinheiten mit Ausbildung von bedürfnisorientierten Lebenswelten, die sich an den Kompetenzen der Bewohnerinnen und Bewohner orientieren. Die Balance einer ausgewogenen Reizstimulation ist zu wahren.

Normalisierung entwickelt sich konkret innerhalb von gesellschaftlichen Anforderungen, beruflichen Erfordernissen, institutionellen Vorgaben, betrieblichen Möglichkeiten und den individuellen Bedürfnislagen von Bewohnerinnen, Bewohnern und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Stetige Aufgabe ist, einerseits die Möglichkeiten auszuschöpfen und andererseits bestehende Grenzen zu erkennen.

Das empfohlene Normalisierungsprinzip ist eine „Renaturierung“, die veränderbar sein muss. Der Begriff der Renaturierung wurde hier aus der Rückentwicklung natürlicher Landschaften entliehen, indem der Natur wieder freier Gestaltungsraum belassen wird, um natürliche Gleichgewichte immer wieder neu herzustellen. Ähnlich entwickeln sich natürliche Gleichgewichte im Zusammenleben von Menschen (mit Demenz), in dem entsprechend der aktuellen Interessenlage Räume aus- bzw. wieder umgestaltet werden. Die Raumgestaltung ist also ein fortlaufender Prozess.

Der Brandschutz

Die Empfehlungen zur Umgebungsgestaltung im Sinne der genannten Renaturierung werden auf Fachveranstaltungen oftmals mit dem Satz: „Wir finden das alles richtig, aber das lässt bei uns der Brandschutz nicht zu“ beantwortet. Tatsächlich fehlen in Deutschland bundeseinheitliche gesetzliche Vorgaben für den Brandschutz. Träger und Heimleitungen sind deshalb mit unterschiedlichen Vorgaben konfrontiert, die von Landesrichtlinien ausgehen. Dadurch wird die Orientierung und Planungssicherheit vor Ort nachhaltig erschwert. Bei Planungen zum Umbau bestehender Einrichtungen bzw. bei Neubauvorhaben sollten sich Träger und Leitungen daher zu einem frühestmöglichen Zeitpunkt mit dem vorbeugenden Brandschutz abstimmen. Auf diese Weise können in der Planungsphase noch Anpassungen vorgenommen werden, die den Bedürfnissen aller Beteiligten entsprechen und spätere Problemstellungen vermeiden.

Die Vorschriften des Brandschutzes sind in der Substanz erlassen worden, um Menschen zu schützen und nicht, um deren Lebensqualität zu beeinträchtigen. Die fachgestützte Argumentation für die Anforderungen an einen modernen Pflegeheimbau muss zum Ziel haben, die krankheitsbedingten Einbußen bei Menschen mit Demenz zu kompensieren. Die Zusammenarbeit mit dem vorbeugenden Brandschutz ist demnach ein Aushandlungsprozess, um eine alltagsgerechte Umgebungsgestaltung mit den Aspekten der Wohnlichkeit (Möblierung, Wohnaccessoires, offene Küche) und dem Brandschutz auf Basis eines angemessenen Sicherheitsstandards miteinander zu vereinen.

Als Unterstützung und Orientierung für die eigene Planung wird das Themenheft „Brandschutz in Altenpflegeheimen“ (Kuratorium Deutsche Altershilfe 2003) empfohlen, welches sich mit neuen Wohnformen im Heim unter Einbeziehung des Ansatzes der so genannten „Büroerweiterungsflächen“ beschäftigt. Empfohlen wird weiter das Arbeitspapier zu den Anforderungen an den vorbeugenden Brandschutz „für den Bau und Betrieb von Nutzungseinheiten in Altenpflegeheimen mit Gruppenbetreuung“ aus dem Bundesland Hessen (Hessisches Sozialministerium 2003). Die Deutsche Expertengruppe Dementenbetreuung hat mit einer Arbeitsgruppe eine Empfehlung verabschiedet, die insbesondere für bestehende Einrichtungen nutzbringend ist. Im Mittelpunkt stehen dabei Gestaltungsoptionen der in der Mehrheit der Heime vorhandenen längeren Flure, ohne den Sicherheitsaspekt zu vernachlässigen (DED 2005).

3.3.3 Die Beleuchtung

Die Expertengruppe hat sich beispielhaft mit dem Thema „Beleuchtung“ als einem von vielen Aspekten der Umfeldgestaltung auseinandergesetzt. Die Entscheidung für diesen Aspekt wurde zum Einen aufgrund der großen Bedeutung der Lichtverhältnisse für Sicherheit, Wohlbefinden und Gesundheit der Bewohnerinnen und Bewohner gewählt. Zum Anderen sollten die durchaus rigorosen Richtlinien der „500 Lux Beleuchtungsstärke“, die in Altenpflegeheimen wahrgenommen, aber auch immer wieder hinterfragt werden, differenziert angesehen werden.

Empfehlung 500 Lux – die Ursprünge

Zum ersten Mal taucht die Zahl 500 Lux² im Endbericht zum Modellprogramm „Stationäre Dementenbetreuung in Hamburg“ (Laufzeit 1991-1994) auf. Hier wurden diverse Umgestaltungsmaßnahmen im Haus Farmsen beschrieben, die „(...) bei den Bew. durchweg zu positiven Resultaten geführt [haben]“. Insbesondere ist dabei „(...) die Erhöhung der Lichtstärke auf 500 Lux zu nennen, die zu einem nachhaltigen Abbau des aggressiven Verhaltens der Bew. und zu einem Rückgang der zuvor beobachtbaren Depressionen geführt hat.“ (Damkowski Wulf et al. 1994 S. 224). Im Rahmen des Modellprogramms rezipierte Wojnar zum Thema Umweltfaktoren die Ergebnisse einer schwedischen Studie (Sörenson Stefan et al. 1994), die Aspekte der Lebensqualität in Verbindung zur Qualität der Beleuchtung im Privathaushalt älterer Menschen beforscht hatte. Sie zeigte signifikant positive Effekte für die Interventionsgruppe mit besseren Lichtverhältnissen wie Verbesserungen im Bereich Allgemeines Gesundheitsempfinden, Ängstlichkeit, Stimmung, Selbstvertrauen, Einsamkeit, Körperkondition, Appetit und teilweise auch im Kontakt zu Anderen. Da in der Studie nur von „poor light“ und „efficient light“ gesprochen wird, wurde der Kontakt zur Forschergruppe hergestellt, die auf die „Arbeitsstättenverordnung“ für Büroeinrichtungen verwiesen. Diese empfiehlt für den Arbeitsplatz eine Beleuchtungsstärke von 500 Lux.

Im Kontakt mit der Hamburgischen Electricitäts-Werke AG, die bis 2002 ein „Lichtstudio“ betrieben hatte, das sich der Beantwortung spezialisierter Fragen rund um die Beleuchtung widmete, entstand eine "Beleuchtungsempfehlung für alte Menschen, Demente und Alzheimerkranke ". Das fünfseitige Handout, das vermutlich in seiner ersten Version 1997 entstand, wurde nicht veröffentlicht, sondern in Kopie handverlesen bei bestimmten Anfragen und bei Beleuchtungsberatungen verteilt und in unregelmäßigen Abständen überarbeitet (4. Auflage 2001). Im Handout sind wissenschaftliche Erkenntnisse zur Sehbeeinträchtigung im höheren Lebensalter berücksichtigt und es enthält alle Aspekte, die bei Beleuchtungskon-

² Lux ist eine Maßeinheit für Beleuchtungsstärke, ein Maß für die Helligkeit, mit der z. B. eine Arbeitsfläche ausgeleuchtet wird. (Zugang am 15.08.06 [http://de.wikipedia.org/wiki/Lux_\(Einheit\)](http://de.wikipedia.org/wiki/Lux_(Einheit)))

zepten berücksichtigt werden müssen, also nicht nur der Beleuchtungsstärke (hier: 500 lx, gemessen über dem Boden in 0,85m), sondern auch die Bedeutung von Blendung, störenden Reflexen (Spiegelungen), Lichtfarbe und Farbwiedergabe, Schattigkeit, Flimmererscheinungen, Wärmeabstrahlung und Vor- und Nachteile von Tageslicht.

Im Modellprojekt „Einführung milieuthérapeutisch orientierter Demenzwohngruppen im stationären Bereich mit begleitender Evaluation“ (Midemas 2000-2003) wurden die Erfahrungen des Hamburger Modellprogramms aufgegriffen. Für die Umgestaltung der einzurichtenden Demenzwohngruppen waren definierte bauliche Veränderungen (z. B. Therapieküche, Zugang zu Freibereich etc.) vorgesehen, die auch eine Ausstattung der Beleuchtungssituation im Flur- und Aufenthaltsbereich mit 500 Lux beinhaltete (Heeg Sibylle et al. 2004).

Inzwischen liegen in der BRD zwei Rahmenvereinbarungen zur besonderen stationären Betreuung von Menschen mit Demenz im Rahmen des SGB XI vor, die bauliche Kriterien beinhalten:

Behörde für Soziales und Familie (Behörde für Soziales und Familie; Amt für Soziales und Rehabilitation 2000): Besondere stationäre Dementenbetreuung in Hamburg.

„Die Gestaltung der Räume soll sich nach folgenden Empfehlungen richten:

Farbgestaltung: möglichst helle, nicht zu viele Farben, keine spiegelnden Flächen, es sei denn, sie können bei Bedarf verkleidet werden.

Beleuchtung: Helle Tages- und Gemeinschaftsräume (inkl. Flure) (500 Lux in Augenhöhe), keine dunklen Ecken, Nachtlicht im Zimmer“ (S. 15).

Anlage 1 gemäß § 17 Abs. 3 des Rahmenvertrags für vollstationäre Pflege nach § 75 Abs. 1 SGB XI für das Land Baden-Württemberg (2003) (Dalichau Gerhard et al. 2004):

Die Räumlichkeiten für das besondere stationäre Leistungsangebot bilden einen wichtigen Bestandteil des Milieus und müssen für diesen Personenkreis geeignet sein und vorrangig für ihn zur Verfügung stehen.

Die bauliche und räumliche Ausstattung sollte folgende Kriterien erfüllen:

- Ausstattung mit persönlichem, vertrautem Mobiliar
- Einfache Bedieneinrichtung
- Gute Beleuchtung (500 Lux in Augenhöhe)
- usw.

Die Komplexität der Beleuchtungsthematik hat sich auf den Aspekt Beleuchtungsstärke verengt. Auch wenn die Recherche zeigt, dass eine normative Setzung von 500 Lux in der stationären Versorgung von Menschen mit Demenz nicht abgesichert ist, so ist dennoch eine differenzierte Betrachtung notwendig. Eine richtige Beleuchtung ist ein wichtiger Bestandteil der Umgebungsgestaltung.

Beleuchtung und Alter

Generelle Sehbeeinträchtigungen im höheren Lebensalter

Für Menschen im höheren Lebensalter werden allgemein Beeinträchtigungen der Sehleistung konstatiert. Die Einschränkungen beziehen sich auf: Eingeschränkte Sehschärfe, Akkommodation und Adaption, Linsentrübung, Verkleinerung der Pupille, Gesichts- und Blickfeldeinengung, mangelnde Tiefenwahrnehmung, veränderte Kontrastwahrnehmung mit Farbfehlsichtigkeit und Blendempfindlichkeit.

Die eingeschränkten Sehleistungen sind mit verschiedenen Risiken verbunden wie: Gangunsicherheit (erhöhtes Sturzrisiko), reduzierte Mobilität (zunehmende Pflegebedürftigkeit) und soziale Isolation. Studien haben ergeben, dass 60-Jährige eine zwei bis dreifach höhere Beleuchtungsstärke benötigen als 20-Jährige. Für Heimbewohner über 86 Jahren wurde ermittelt, dass der Bedarf sogar fünfmal höher ist (Sauer Martin 2002). Daher sollte von einer 1,5 bis dreimal höheren Beleuchtungsstärke ausgegangen werden, als in den DIN-Normen vorgesehen ist.

Auswirkung von Licht auf den zirkadianen Rhythmus

Neuere Forschungen haben ergeben, dass Licht eine Wirkung auf den zirkadianen Rhythmus (biologische Rhythmen, Leistungsbereitschaft) und das Schlaf-Wach-Verhalten des Menschen hat (Ehrenstein Wolfgang 2002; 2005). Die biologische Wirkung des Lichts wird über das Auge vermittelt. Über das Timing System („biologische Uhr“) werden die körpereigenen Tages- und Jahresrhythmen mit denen der Umwelt abgestimmt. Die Beleuchtung im Freien variiert je nach Jahreszeit zwischen 3.000 (trüber Wintertag) und 100.000 Lux (wolkenloser Sommertag). Das Timing System wird schlechter mit Licht versorgt, wenn ein überwiegender Aufenthalt in Räumen stattfindet. Durch Kunstlicht können die negativen psychovegetativen Auswirkungen von Tageslichtmangel verhindert werden. Um den zirkadianen Rhythmus zu synchronisieren, wird von einem 10fachen Lichtbedarf ausgegangen, der für Sehbeeinträchtigungen zugrunde gelegt wird. Noell (Noell-Waggoner Eunice 2002) gibt ein Beleuchtungsniveau von 2.500 bis 3.000 Lux an.

Der emotionale Zustand des Menschen kann durch Veränderungen der Lichtsituationen beeinflusst werden (Schierz Christoph 1999; 2002). Dies wird bereits möglich, wenn die Parameter, Beleuchtungsstärke, Lichtschwerpunkt und Lichtfarbe innerhalb der Bandbreite z. B. für die in Büroräumen üblichen Werte, variieren.

Unfallverhütung

Im Rahmen der Arbeitssicherheit (Skiba Reinhold 1997) wird das Thema Beleuchtung umfassend behandelt. Die Art und Intensität des Lichts wirkt sich auf die Konzentrations- und Reaktionsfähigkeit und Leistungsbereitschaft aus – und somit auf die Arbeitssicherheit. Zu wenig Licht, aber auch zu viel Licht, wird als unangenehm empfunden. Dämmerlicht und schwaches, vor allem rötliches Kunstlicht, führen zu Ermüdungserscheinungen und erhöhtem Fehlverhalten. Bei konstanten Randbedingungen steigt die Sehschärfe ab 500 Lux nur noch langsam an, bei zunehmendem Kontrast wächst die Sehschärfe jedoch. Weitere Versuche ergaben, dass bei geistiger Arbeit mit zunehmender Beleuchtungsstärke bis etwa 1500 Lux bessere Leistungen erzielt werden konnten. Gleichzeitig wird beschrieben, dass hohe Beleuchtungsstärken bei künstlichem Licht (1000 bis 2000 lx) stressartig wirken können. Beleuchtungsstärken über ein bestimmtes Niveau (Aktivierungsoptimum) können negative Folgen haben - die Personen werden gereizt, können sich nicht konzentrieren oder werden müde. Das Aktivierungsoptimum ist sehr individuell und hängt von der Tätigkeit, individuellen Vorlieben oder Tageslichteinflüssen ab. Deshalb ist es sehr schwierig, eine allgemeingültige Aussage bezüglich der notwendigen Beleuchtungsstärke zu formulieren (Bättig Irene 2005). In der Arbeitsstättenverordnung sind Richtwerte für unterschiedliche Arbeitsbereiche angegeben (DIN EN 12 464). Die Beleuchtung ist in diesem Zusammenhang auch aus der Sicht von Mitarbeitenden zu betrachten.

Die Studienergebnisse zum Sturz und den damit verbundenen Verletzungen bei älteren Menschen (Becker Clemens et al. 1998; Becker Clemens 1999) und die daraus resultierenden Empfehlungen zur Sturzprophylaxe nehmen auch Bezug auf die Beleuchtung. Becker geht davon aus, dass ältere Menschen eine etwa doppelt so starke Beleuchtung brauchen wie junge (Becker Clemens et al. 2003). Beleuchtungsstärke und -dichte nehmen Einfluss auf die Gangsicherheit älterer Menschen. Durch sehbedingte Fehleinschätzungen (z. B. überholender Schatten, Spiegelungen, Trugbilder) wird die Sturzgefahr erhöht. Die Lichtstärke sollte nach Becker in Bodenhöhe 200 bis 300 Lux betragen.

Spezifische Sehbeeinträchtigungen bei Menschen mit Demenz

Bei Menschen mit Demenz werden Sehbeeinträchtigungen besonders im Bereich der Farbwahrnehmung, der Tiefenwahrnehmung, der Kontrastwahrnehmung und der Sehschärfe beschrieben. Generell kommen die visuellen Einschränkungen sowohl bei Menschen mit Demenz, als auch bei allen anderen älteren Personen mit und ohne Demenzerkrankungen vor. Jedoch zeigte sich bei Personen mit einer Alzheimererkrankung eine signifikant geringere Sensibilität beim Erkennen von Farbkontrasten (Bassi Carl et al. 1993). Cronin-Golomb (Cronin-Golomb Alice 1995) weist bei Menschen mit Alzheimer Demenz nach, dass signifi-

kante Einschränkungen in wenigstens einer Sehfunktion vorhanden sind und ein spezifisches Defizit im Bereich der Farberkennung vorliegt.

Zusammenhang von Beleuchtung und Verhaltensaspekten

Horowitz (Horowitz Amy 1997) untersuchte die Beziehung zwischen Sehbeeinträchtigungen (besonders Entfernungseinschätzung) und dem Auftreten von herausfordernden Verhaltensweisen bei Pflegeheimbewohnern. Als Ergebnis wird konstatiert, dass Einschränkungen des Sehvermögens signifikant mit abweichenden Verhaltensweisen verbunden sind. Demenzerkrankungen wurden hierbei jedoch nicht gesondert berücksichtigt. Vance et al. (Vance David et al. 2003) untersuchten Einflussfaktoren, die in einem Zusammenhang mit Agitation stehen. Die Studie belegt, dass Gehör- und Sehbeeinträchtigungen, Geschlecht und kognitiver Status unabhängige Prädiktoren für Agitation sind.

In einer kontrollierten Fallstudie weisen Murgatroyd et al. (Murgatroyd Chris et al. 2001) nach, dass bei Menschen mit Demenz nicht nur eine Verbindung zwischen beeinträchtigter Sehschärfe im Nah- und Fernbereich und dem Auftreten von Halluzinationen besteht, sondern diese Gruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe (ohne Halluzinationen) nur in begrenztem Umfang Sehhilfen nutzt. Die Messung der jeweiligen Umgebungsbeleuchtung hat gezeigt, dass der Mittelwert der Beleuchtungsstärke für die Gruppe mit Halluzinationen geringer ausfällt, als für die Gruppe ohne Halluzinationen (200 versus 345 Lux).

Day et al. (Day Kirsten et al. 2000) benennen in ihrer Literaturübersicht bauliche Gestaltungsrichtlinien für Menschen mit Demenz und heben zum Thema Licht drei Aspekte hervor: 1. Reduzierung von grellem Licht (blendfrei), 2. Steigerung der Kontraste, 3. Vermeidung von Irritationen, die aus einer beeinträchtigten Tiefenwahrnehmung resultieren können. Es werden allgemeine Empfehlungen für eine Erhöhung der Beleuchtungsstärke und den Einsatz von Lichttherapie gegeben. Während die Auswirkung der Lichttherapie unter Laborbedingungen mehrmals erforscht wurde, liegen zur Wirkung der Raumbelichtung kaum wissenschaftliche Ergebnisse vor. In einer quasiexperimentellen Studie wurden die Effekte erhoben, die mit einer hellen Deckenbeleuchtung (790 bis 2190 Lux) in Verbindung stehen. Es wurde konstatiert, dass die Beleuchtung eine Verbesserung des Verhaltens begünstigte und den zirkadianen Rhythmus regulierte. Eine unzureichende Lichtintensität wird in Zusammenhang mit einem höheren Agitationsgrad gesehen, allerdings werden psychiatrische Symptome von unterschiedlichen Beleuchtungsstärken nicht beeinflusst.

Shochat et al. (Shochat Tamara et al. 2000) untersuchten in einer der wenigen größeren Studien die Wirkung von natürlichem Licht in Bezug auf den Schlaf-Wach-Rhythmus und das Aktivitätsverhalten bei Menschen mit unterschiedlichen Demenzschweregraden in Langzeit-

pflegeeinrichtungen. Die durchschnittliche Beleuchtungsstärke betrug für diese Gruppe ca. 485 Lux/Tag - ein Großteil der Bewohnerinnen und Bewohner verbrachte die Zeit überwiegend in schummrigen Räumen und ca. 25 % der Bewohnerinnen und Bewohner hielt sich nie im Freien auf. Die Autorinnen und Autoren fanden signifikante Beziehungen zwischen höheren Beleuchtungsstärken am Tag und längeren Schlafphasen während der Nacht, jedoch keine Zusammenhänge zwischen Lichtstärke und Intensität der Tagesaktivität. Es wird konstatiert, dass eine einmalige Steigerung der Beleuchtungsstärke keine unmittelbare Wirkung auf das Schlafverhalten hat, sondern diese erst durch eine kontinuierliche Verbesserung der Beleuchtungssituation beeinflusst wird. Es zeigte sich allerdings auch, dass Menschen mit einer schweren Demenz während des Tages ein deutlich höheres Schlafbedürfnis haben, als Menschen mit einer mittleren Demenz (Shochat Tamara et al. 2000). Die Tatsache, so die Autorinnen und Autoren, dass die Beleuchtungsstärke das Schlafverhalten mehr beeinflusst, als die Aufenthaltsdauer im Freien, weist darauf hin, dass eine generelle Verbesserung der Raumbelichtung in Pflegeeinrichtungen wichtig ist.

Zusammenfassung der Beleuchtungsempfehlungen

Aus der Literatur lassen sich Minimalanforderungen formulieren, die an die Umgebungsbeleuchtung gestellt werden müssen:

- **Anpassung der Beleuchtungsstärke** zur Verbesserung der Sehleistung und dadurch Erhöhung der Sicherheit (Sturzprophylaxe).
- **Schattenarme Beleuchtung:** Kombination aus diffusem und gerichtetem Licht. Indirekte (diffuse) Beleuchtung mit hohem Reflexionsgrad der Wände und Decken bewirkt ein schattenarmes Licht. Allerdings sollte nicht nur diffuses Licht vorhanden sein, punktuelle Lichtquellen wirken anregend und sind für die Bildung von Schatten notwendig. Schatten geben Orientierung, weil die Formen der Umgebung besser erkannt und Hindernisse wahrgenommen werden.
- **Vermeidung von Direktblendung:** Blendungen entstehen durch zu hohe Leuchtdichten oder zu große Leuchtdichtenunterschiede im Gesichtsfeld. Blendung führt zu einer vorzeitigen Ermüdung und Herabsetzung der Leistung, Aktivität und des Wohlbefindens. Direktblendung kann durch Lichtquellen außerhalb des Gesichtsfeldes sowie durch Abdeckung vermieden werden. Lichtquellen im oberen Gesichtsfeld haben eine geringe Störwirkung. Direktblendung durch Sonnenlicht kann durch außen oder innen liegende Schutzvorrichtungen gelöst werden.
- **Vermeidung von Reflexblendung:** Berücksichtigung der Umgebungsbedingungen z. B. störende Reflexe wie Spiegelungen durch Fußbodenmaterialien oder Blendung durch Ausstattungsgegenstände (z. B. weiße Gartenmöbel oder weiße Tischoberflächen im Essbereich) und natürliche Belichtung durch Glasfronten.

- **Gute Farbwiedergabe:** Ein beleuchteter Gegenstand kann nur in seiner natürlichen Farbe erscheinen, wenn die entsprechenden Farbkomponenten im auftreffenden Licht enthalten sind. Tageslichtweiße Lichtquellen sind dort zu verwenden, wo es auf gutes Farberkennen und auf gute Sehschärfe ankommt.
- **Flimmerfreies Licht:** Flimmern von Leuchtstofflampen verursachen asthenoptische Beschwerden, d. h. die Anpassung der Augen (Akkommodation) für das scharfe Sehen von Objekten entspricht nicht dem „Arbeitsabstand“. Durch elektronische Vorschaltgeräte kann dies verhindert werden.
- **Optimale Stimulation des Timing Systems:** Erprobt werden Beleuchtungssysteme mit einem Lichtmanagement mit langsamen tageslichtähnlichen Veränderungen der spektralen Zusammensetzung und der Intensität des Kunstlichts (Vollspektrumlampen).
- **Modulierbarkeit der Beleuchtung:** Generell soll die Beleuchtungsstärke reguliert werden können (Dimmer) bzw. eine Anpassung an Tag und Nacht möglich sein.
- **Flexible Lichtquellen:** Möglichkeit der Anpassung des Lichteinfalls, der bei bestimmten Aufgaben notwendig ist, z. B. Lesen oder Tätigkeiten in der Küche oder nächtliche Pflege am Bett (kein Lichteinfall direkt ins Auge).
- **Natürliche Lichtexposition:** Zugang zu Freibereich und konzeptionelle Überlegungen, wie dieser genutzt werden kann.

Schlussfolgerungen

Die Ausführungen zeigen, dass es keine wissenschaftlich gesicherte Grundlage für die Empfehlung einer Beleuchtungsstärke von 500 Lux im stationären Bereich und für die Betreuung von Menschen mit Demenz gibt. Diese Größe basiert einerseits auf Erfahrungen aus Modellprojekten, andererseits auf Empfehlungen aus der Arbeitssicherheit.

Gleichzeitig ist festzuhalten, dass Menschen mit und ohne Demenz im höheren Lebensalter von diversen Beeinträchtigungen der Sehleistung betroffen sind. Die Anpassung der baulichen Umgebung im Bereich Beleuchtung ist nicht mit einer ausschließlichen Festlegung auf 500 Lux abgedeckt. Für eine Beurteilung der Beleuchtung sollten Helligkeitsverläufe und Kontrastbewertungen durchgeführt werden. Die Komplexität des Themas zeigt, dass Beleuchtungskonzepte erarbeitet und auf die jeweilige Situation einer Einrichtung zugeschnitten werden müssen. Hierfür sind Fachleute einzubeziehen, die in der Lage sind, unterschiedliche Aspekte zu berücksichtigen und diese in ein Lichtkonzept zu verarbeiten. Besonders bei der Neubauplanung sollte das Beleuchtungskonzept frühzeitig in Zusammenarbeit mit Fach- bzw. Lichtplanern erstellt werden.

3.4 Anforderungen an das Management

3.4.1 Allgemeine Anforderungen

Träger und Leitungskräfte sind im Rahmen ihres gesetzlichen Sicherstellungsauftrages maßgeblich dafür verantwortlich, die erforderlichen Rahmenbedingungen als Grundlage für eine angemessene Betreuung von Menschen mit Demenz in ihren Einrichtungen zu schaffen.

Die Qualität der Leistungen stationärer Pflegeeinrichtungen hängt entscheidend von der Kompetenz der Leitungskräfte ab. Dementsprechend sind die Anforderungen an das Management stationärer Pflegeeinrichtungen vielfältig und setzen umfassende Fachkenntnisse, nicht nur in der Pflege und Berufsethik, sondern auch in der Betriebs-, Finanz- sowie Personalwirtschaft voraus. Neben einem hohen Maß an Führungs- und Kommunikationsfähigkeit müssen Führungskräfte auch methodische Kompetenzen (z. B. Planen, Analysieren, Bewerten) beherrschen. All dies macht es erforderlich, dass Führungskräfte die Bereitschaft und Offenheit aufweisen, sich kontinuierlich weiterzuqualifizieren. Hierdurch sowie durch eine wertschätzende Grundhaltung gegenüber der Mitarbeiterschaft nehmen sie eine Vorbildfunktion wahr. Daher sollten Träger von Einrichtungen ihre Leitungskräfte unter der Maßgabe der jeweiligen Anforderungen mit besonderer Sorgfalt auswählen, ihre berufliche Eignung so genau wie möglich prüfen, sie in ihrer Weiterqualifizierung bestärken und fördern, sowie sie in ihrer Vorbildfunktion für berufliche Qualifizierung unterstützen.

In der Expertengruppe herrscht Einigkeit darüber, dass Leitungskräfte inhaltlich zu Fragen der Pflege demenzkranker Menschen qualifiziert sein müssen. Eine gute Arbeit mit Menschen mit Demenz hängt ganz wesentlich vom lebendigen Interesse an den gepflegten Menschen und einem damit einhergehenden Engagement der Leitungen ab. Es geht in erster Linie zudem nicht um die Frage nach der richtigen Betreuungsform oder um die Notwendigkeit und Planung von Neubauten. Im Vordergrund steht die Schaffung eines einheitlichen Werte- und Pflegeverständnisses, einer Philosophie, einer Konvention und damit einer Haltung, auf der die gemeinsame Arbeit für Menschen mit Demenz basiert, beständig reflektiert und weiterentwickelt werden kann.

Das Wissen der Leitungen über Managementstrategien von Lebens- und Pflegebereichen für Menschen mit Demenz ist wesentliche Voraussetzung für gelingende Entwicklungen (Morgan DG et al. 2005). Diese Verantwortung ist nicht delegierbar. Der Ansatz von „unten nach oben“ (bottom-up) z. B. durch Pflegekräfte scheitert. Auch bestens qualifizierte Pfleger im Wohnbereich können die Rahmenempfehlungen ohne Unterstützung durch die Einrichtungsleitung nicht angemessen umsetzen.

Basis für die Entwicklung demenzgerechter Versorgungsformen ist das Verständnis, die Institution „Heim“ als Organisation, als ein komplexes System, bestehend aus unterschiedlichsten Lebens- und Arbeitsbereichen mit ihren vielfältigen Beziehungen aller Beschäftigten und Bewohnerinnen und Bewohner zu- und miteinander zu begreifen (Schneider Hans- Dieter 1999). Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtung, von der Haustechnik über die Raumpflege, der Wäscherei bis hin zur Küche sowie des begleitenden Dienstes und der Verwaltung – eben nicht nur der Bereich der Pflege – sind einzubeziehen und auf das Konzept sowie auf Veränderungsprozesse zu verpflichten; weil nur alle Bereiche zusammen ein gutes Ergebnis erzielen können.

Gleichfalls reicht es nicht aus, wenn nur ein Arbeitsbereich eine Vorstellung und ein Verständnis zur Arbeit mit Menschen mit Demenz hat und versucht, diese umzusetzen, während die anderen Bereiche diese Bemühungen aus Unkenntnis konterkarieren. So nutzt es beispielsweise nichts, wenn die Pflege fachbezogene Überlegungen für eine angemessene Ernährung bei Bewohnerinnen und Bewohnern mit Problemen bei der Nahrungsaufnahme entwickelt, die Küche aber sämtlich hieraus resultierenden Anfragen und Vorschläge hinsichtlich der Beköstigungsform ignoriert. Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter müssen über eine zielgerichtete Qualifizierung, Grundkenntnisse zum Krankheitsbild Demenz sowie über angemessene Formen der Umgangsweise mit Demenzkranken erhalten.

Leitungen sollten ggf. für diese komplexen, längerfristigen, zum Teil mehrjährig anzulegenden Lern-, Entwicklungs- und Veränderungsprozesse für das Heim externe Beratung in Anspruch nehmen. Auf diese Weise besteht die Möglichkeit, sich stetig über den Ist-Stand der Einrichtung Klarheit zu verschaffen und die notwendigen nächsten Schritte zu bestimmen.

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen unterliegen einer Vielzahl an gesetzlichen Vorschriften und Verordnungen, die für eine ausreichende Versorgungsqualität erfüllt sein müssen. Eine herausgehobene Bedeutung ist dabei zwei Gesetzen beizumessen, dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) sowie dem Heimgesetz (HeimG). Hiernach sind Heime verpflichtet, eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemeinen anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung sicherzustellen (SGB XI) und die Interessen und Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner vor Beeinträchtigungen zu schützen, insbesondere die Selbstständigkeit und Selbstverantwortung zu wahren.

Mit dem zum 01. Januar 2002 in Kraft getretenen Pflege–Qualitätssicherungsgesetz (PQsG) wollte der Gesetzgeber erreichen, dass der Qualität pflegerischer Leistungen künftig ein noch höherer Stellenwert eingeräumt wird. Des Weiteren sollte sich durch die Einführung der

Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen (LQV) gemäß § 80 a SGB XI eine wirksame Veränderung für die flächendeckende Verhandlungsqualität bei Pflegesatzverhandlungen sowie bei der Preisfindung der Pflegesätze ergeben.

Hierbei wollte der Gesetzgeber nicht nur auf Kontrollinstrumente setzen, sondern hat klare Positionen bezogen, die Verbesserungen für die Heime bedeuten können. Die LQV bietet sich dabei den Einrichtungen – unabhängig von der zum Teil berechtigten Kritik an dem administrativen Mehraufwand – als ein zukunftsweisendes Gestaltungselement für einrichtungsbezogene Lösungsansätze (z. B. die Vereinbarungen über die besondere stationäre Dementenbetreuung) an. Erstmalig wird dem in einem Heim zu betreuenden Personenkreis, gegliedert nach Pflegestufen, dem besonderem Bedarf an Grundpflege, medizinischer Behandlungspflege sowie der sozialen Betreuung Rechnung getragen. Daneben findet zunehmend Anerkennung, dass gerade demenzerkrankte Menschen mit herausforderndem Verhalten einen höheren Bedarf an sozialer Betreuung sowie an dauernder Aufsicht und Begleitung haben.

Mit § 92 a Abs. 1 Satz 2 SGB XI hat der Gesetzgeber zudem die Grundlagen zum Vergleich von Einrichtungen konkretisiert, indem auch hier deutlich auf die Leistungen und Belegungsstrukturen der Heime abgestellt wird. Solange bundeseinheitliche Versorgungsstandards als Orientierungsgröße fehlen, kommt es letztlich auf die Darstellung nach § 80 a Abs. 1 SGB XI an, damit aus dem Vergleich mit anderen Heimen kein regionaler Durchschnittspflegesatz entsteht, sondern die einrichtungsbezogenen Gegebenheiten bei der Ermittlung der leistungsgerechten Vergütung herangezogen werden. Hilfreich kann hier ggf. die „Typisierung einer besonderen Fallgruppe“ sein. Bestehen hierzu keine Vergleichsmöglichkeiten in der Region, sollte die Aushandlung von Entgelten auf Basis der Gestehungskosten vorgenommen werden, sofern die Vertragsparteien sich auf ein fachlich anerkanntes Leistungs- und Qualitätsniveau für die Einrichtung verständigen können.

Die vorliegenden wissensbasierten Rahmenempfehlungen zur Pflege von Demenzkranken mit herausforderndem Verhalten in stationären Einrichtungen sollten das Instrument der LQV im Sinne des Gesetzes wirkungsvoll unterstützen können. Einrichtungsträger und Leitungskräfte erhalten damit die Option, verbesserte Rahmenbedingungen für die Versorgung des benannten Personenkreises einzufordern und ggf. auch finanziell abzusichern.

Unabhängig hiervon ist es gesetzlich in die Eigenverantwortung der Heime – als Unternehmen - gestellt, die „personelle und sächliche Ausstattung bereitzustellen, die für eine leistungs- und qualitätsgerechte Versorgung“ des „konkreten Klientel“ erforderlich ist (§ 80a

Abs. 2 u. 4 SGB XI). Daneben sind sie, neben den Pflegekassen (Sicherstellungsauftrag, § 69 SGB XI), für die Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität, ausdrücklich mit verantwortlich (§ 112 Abs. 1 SGB XI).

Um den gesetzlichen Regelungen wirkungsvoll im Sinne des Gesetzes Geltung zu verschaffen, sollten die nächsten Schritte in einer Reform des SGB XI bestehen. Hier wird die Entwicklung wissenschaftlich abgesicherter Leitlinien und Standards für die Pflege notwendig, damit eine einheitliche Basis für die Definition der pflegerischen Versorgung und damit von Betreuungsmodellen gegeben ist. Ein solcher Schritt stellt die Grundlage für einen Konsens über die abzusichernden Qualitätsniveaus einer Regelversorgung sowie weitergehender Leistungsdifferenzierung bei gesonderten Bedarfen dar.

3.4.2 Die Sicherstellung der Medizinischen Diagnostik

Die Expertengruppe ist sich darüber einig, dass zur angemessenen Versorgung von Menschen mit Demenz die medizinische Differentialdiagnostik zwingend dazu gehört. Die fachgerechte Versorgung der demenzkranken Bewohnerinnen und Bewohner mit herausforderndem Verhalten gelingt mit der verstehenden pflegerischen Diagnostik als Basis für alle weiteren pflegerischen und medizinischen Behandlungsschritte. Die vorliegende medizinische Diagnose jedoch ist eine der wesentlichen Informationen, auf der die verstehende Diagnostik aufbaut. Dem Management einer Einrichtung obliegt es, für eine fachgerechte medizinische Diagnostik zu sorgen.

Die medizinische Diagnose einer Demenz ist nicht durch Einschätzungen innerhalb der Pflegeeinrichtung ersetzbar. Differenzialdiagnostisch sind depressive Störungen, Delir, leichte oder mittelschwere Intelligenzminderung, kognitive Schwäche aufgrund schwer gestörter sozialer Beziehungen mit mangelhaften Bildungsmöglichkeiten und psychische Störungen als Folge einer Medikation abzuklären (Weyerer Siegfried et al. 2006). Symptome einer Demenz können auch bei Hormon- oder Vitamin-Mangelzuständen, Hypothyreose, oder Liquorabflussstörungen auftreten. Diese behebbaren Ursachen könnten einen weit höheren Prozentsatz ausmachen, als bisher angenommen wurde. In einer Studie wurden bei 25 % der Patienten, die zur Diagnostik kognitiver Einschränkungen untersucht wurden, potentiell behebbare Ursachen festgestellt (Hampel Harald et al. 2003). Die Erkenntnisse zur Diagnostik der Demenz wachsen rapide und wandeln bestehende Aussagen, so dass der jeweils aktuelle Stand des Wissens immer nur vorübergehender Natur sein kann. So wird hinterfragt, wie weit verschiedene Formen der Demenz sicher voneinander abzugrenzen sind (Ritchie Karen et al. 2002; Armstrong Richard A. et al. 2005)

Gründliche medizinische Untersuchungen werden oft nicht ausreichend durchgeführt. „Eine Reihe von Studien weckt Zweifel an der rechtzeitigen Entdeckung und Diagnose: bei 40 bis 60 % der Demenzkranken wird die Erkrankung übersehen.“ (Weyerer Siegfried et al. 2006 S. 16). Nur etwa jeder 4. Demenzkranke (28 %) wird psychiatrisch/neurologisch untersucht und behandelt. Bei den über 90-Jährigen sind es nur etwa 10 % (nach Weyerer Siegfried et al. 2006). Eine umfassende medizinische und neurologische Einschätzung, präzise Identifikation psychopathologischer Begleitsymptome und Evaluation medikamentöser Behandlung sind essentielle Schritte einer erfolgreichen Behandlung des herausfordernden Verhaltens (Wiener Pauline K. et al. 2001).

Das Management einer Pflegeeinrichtung muss dennoch darauf einwirken, dass fachgerechte medizinische Diagnosen gestellt werden. Dies ist generell im Recht auf eine angemessene medizinische Versorgung verbrieft. Die medizinische Diagnose stützt auch den Pflegeprozess, weil herausfordernde Verhaltensweisen bei den verschiedenen Formen einer Demenz unterschiedlich ausgeprägt sind und natürlich auch somatische Erkrankungen medizinisch abgeklärt werden müssen. Das Wissen über die Diagnose trägt demnach mit dazu bei, dass Entscheidungen über Pflege- und Betreuungskonzepte fachgerecht getroffen werden können. Die medizinische Versorgung der Klienten wird durch die fachliche Beurteilung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter innerhalb der Einrichtung unterstützt. Auch zur Aufstellung eines individuell abgestimmten medizinischen Behandlungsplanes ist es unerlässlich, die wesentlichen biographischen Ereignisse und Wesensmerkmale der Kranken oder des Kranken aus ihrer/seiner Zeit der Gesundheit zu erheben. Zudem müssen die im Einzelfall bei einer Person mit Demenz vorliegenden problematischen und herausfordernden Verhaltensweisen von einer Bezugsperson erfragt und ihre Auswirkung auf das Umfeld beurteilt werden. Die Angehörigen bzw. direkten Bezugspersonen stellen dabei wichtige Partner für die Ärztin und den Arzt dar.

Aufgrund der Bedeutung einer guten medizinischen Diagnostik ist anzuraten, dass die behandelnde Ärztin bzw. der behandelnde Arzt an den multidisziplinären Fallbesprechungen teilnimmt. Im Folgenden werden die wichtigsten Demenzformen kurz mit ihrer Bedeutung für Verhaltensweisen vorgestellt.

Alzheimer Demenz

Charakteristisch für die Alzheimer Demenz sind ein schleichender Beginn und ein chronisch fortschreitender Verlauf. Die Gedächtnisstörung steht im Vordergrund der Einbußen. Der Antrieb ist fast immer gestört, häufig im Sinne einer Antriebsverarmung. Die Persönlichkeit der erkrankten Person bleibt in den ersten Jahren erhalten. Später treten unter den heraus-

fordernden Verhaltensweisen häufiger Unruhezustände, aggressives Verhalten und psychotische Auffälligkeiten auf. Neurologische Symptome sind in den ersten Jahren der Krankheit selten. Die Alzheimer Krankheit steht unter den Ursachen der Demenz mit rund 60 % an erster Stelle; häufig bestehen zusätzlich zerebrovaskuläre Schädigungen. Eine Überschneidung zur Lewy-Körperchen-Demenz wird zunehmend deutlich (Weiner Myron F. et al. 2003).

Vaskuläre Demenz

Die Demenz bei zerebrovaskulärer Krankheit äußert sich vor allem in neurologischen Herdsymptomen wie Hemiparesen, einer Schluckstörung, Gangstörungen oder Harninkontinenz. Über Gedächtnisstörungen hinaus bestehen als herausfordernde Verhaltensweisen insbesondere Antriebsmangel, Depressivität und Veränderungen der Persönlichkeit. Die kognitive Störung beginnt relativ oft schleichend, manchmal auch - im Gefolge eines Schlaganfalls - plötzlich. Ihr Verlauf ist aber eher stufenförmig. Zerebrovaskuläre Demenzerkrankungen machen 10 % bis 15 % der Demenzerkrankungen aus.

Demenz als Begleiterkrankung einer Depression

Kognitive Störungen bei depressiver Krankheit treten im Alter bei rund einem Drittel der Betroffenen auf. Sie betreffen die Gedächtnisleistung, die Konzentrationsfähigkeit und die Geschwindigkeit der Denkvorgänge. Zwar ist der Ausprägungsgrad der kognitiven Beeinträchtigungen meist gering; mitunter fällt aber die Abgrenzung gegenüber frühen Stadien der Alzheimer Krankheit schwer. Ein wichtiges Abgrenzungsmerkmal zwischen Depression mit kognitiven Störungen und leichtgradiger Demenz mit begleitender Depression ist, dass Störungen der Sprache, der Praxie (Fähigkeit zu handeln) oder der Visuokonstruktion (Fähigkeit, komplizierte Formen und Muster zu erkennen und reproduzieren zu können) bei depressiv Kranken in der Regel nicht auftreten. Die Orientierungsfähigkeit im täglichen Leben ist erhalten. Auch klingen die kognitiven Störungen bei Depression mit erfolgreicher medikamentöser Behandlung der affektiven Beeinträchtigungen ab.

Lewy-Körperchen-Demenz

Die Lewy-Körperchen-Demenz ist ausführlich klinisch und neuropathologisch beschrieben worden und scheint häufiger zu bestehen, als früher angenommen (McKeith I 1995) . Es wird angenommen, dass 20 % der Demenzerkrankungen Lewy-Körperchen-Demenzen sind (Cantley Caroline 2001). Die klinischen Merkmale bestehen zu Beginn vor allem in rasch wechselnder kognitiver Beeinträchtigung, unterbrochen durch symptomfreie Intervalle. Darüber hinaus kommt es zu optischen, seltener akustischen Halluzinationen, die häufig von paranoidem Erleben begleitet werden. Auch depressive Verstimmungszustände, mitunter von erheblicher Ausprägung, können bestehen. Zusätzlich liegen extrapyramidalmotorische

(alle ins Rückenmark ziehende motorische Bahnen, die nicht den Pyramidenbahnen angehören) Veränderungen wie bei der Parkinson-Krankheit vor; ferner kommt es zu häufig kaum erklärbaren Sturzereignissen.

Parkinson Demenz

Die Demenz bei Parkinson-Krankheit tritt in der Regel erst nach vielen Jahren der Parkinson-Symptome auf. Zu dem klinischen Bild gehört eine erhebliche Verlangsamung der kognitiven Prozesse (Denk- und Urteilsvermögen, Entscheidungskraft, Informationsverarbeitung, Sprachflüssigkeit) als Spiegelbild der motorischen Verlangsamung. Antriebsminderung, depressive Verstimmungen und Halluzinationen sind sehr häufig. Auch diese Kranken reagieren wie die Kranken mit einer Demenz bei Lewy-Körperchen auffällig auf herkömmliche Neuroleptika.

Frontotemporale Demenz

Frontallappendegenerationen sind vor dem 65. Lebensjahr in etwa so häufig wie die Alzheimer-Krankheit, der Verlauf wird durch einen progredienten (fortschreitenden) Nervenzellverlust im Stirnhirn (frontaler Kortex) und den Schläfenlappen (temporaler Kortex) des Gehirns verursacht. Das durchschnittliche Erkrankungsalter liegt bei rund 58 Jahren, wobei es eine große Streubreite gibt (20 bis 85 Jahre). Die Erkrankung beginnt mit einer Veränderung von Verhalten und Persönlichkeit. Die Erkrankten erscheinen im Vergleich zu ihrem früheren Verhalten meist sorgloser und oberflächlicher. Ein Teil der Erkrankten zeigt enthemmtes, häufig sozial inadäquates, manchmal taktloses oder aggressives Verhalten. Nicht selten führt diese Enthemmung dazu, dass die Patientinnen und Patienten (Bagatel-)Delikte begehen oder unbedachte finanzielle Transaktionen durchführen. Bei einem anderen Teil der Erkrankten fällt von Beginn an eine zunehmende Antriebslosigkeit und Apathie auf. Sie ziehen sich aus Familie und Freundeskreis zurück, verlieren das Interesse an ihren Hobbies. Viele Erkrankte entwickeln einen ausgesprochenen Heißhunger, vor allem auf Süßes; andere nehmen nur noch bestimmte Speisen zu sich. Nicht selten entwickeln die erkrankten Personen Rituale, z. B. indem sie ihren Tagesablauf völlig gleichförmig gestalten, und zeigen sich wiederholendes Verhalten, z. B. mehrfaches Duschen oder unentwegtes Sammeln unterschiedlichster Dinge. Typischerweise ist die Krankheitseinsicht deutlich beeinträchtigt, die Erkrankten nehmen ihre Veränderung selbst nicht wahr. In der Pflege auftretende herausfordernde Verhaltensweisen sind deutlich ausgeprägt und wegen der fehlenden Krankheitseinsicht kommunikativ oder mit sozialen Maßnahmen schwer zu beeinflussen. Eher selten lässt sich bei den Personen eine depressive Symptomatik feststellen. Mit oder nach dem Auftreten von Verhaltensauffälligkeiten kommt es zu einer Beeinträchtigung der sprachlichen Fähigkeiten mit Reduktion des Wortschatzes, Wortfindungs- und schließlich auch Sprachverständnisstö-

rungen. Beeinträchtigungen von Gedächtnis und Orientierung sind vor allem zu Beginn der Erkrankung kaum vorhanden, nehmen im Verlauf aber zu. Für die Bezugspersonen dieser Kranken ist die Pflege im Vergleich zur Pflege zu Alzheimerkranken stärker belastend, da die Persönlichkeitsstörungen und Beeinträchtigungen des Sozialverhaltens mit affektiver Verflachung, Verlust des Taktgefühls und zunehmender Gleichgültigkeit gegenüber dem Wert zwischenmenschlicher Beziehungen besonders schwer zu bewältigen sind.

Korsakow Syndrom und Schizophrenie

Unter den chronischen psychischen Störungen gibt es auch andere Erkrankungen, die mit teilweise ähnlichen Symptomen wie Demenzerkrankungen einher gehen. Hierzu zählen etwa Korsakow-Erkrankte oder Menschen mit einer chronischen schizophrenen Störung. Aufgrund unterschiedlicher Erfordernisse in der Behandlung und Versorgung dieser Kranken im Vergleich zu Demenzkranken ist eine gemeinsame Betreuung von Menschen mit den genannten Krankheitsbildern nicht empfehlenswert.

Hypothyreose (Unterfunktion der Schilddrüse)

Frühe Auffälligkeiten der Demenz bei Hypothyreose liegen im Leistungsabfall, einer Antriebsminderung, Initiativverlust und Affektinkontinenz. Aber auch Konzentrationsschwächen, Gedächtnisstörungen und Denkverlangsamung können bereits frühzeitig hinzutreten. Höhere kortikale Funktionsstörungen fehlen in der Regel. Neurologisch findet sich eine Verlangsamung der Sehnenreflexe, Störungen der Hautempfindung, muskuläre Hypotonie und Gangunsicherheit. Die Veränderung des thyreoidea-stimulierenden Hormons (TSH) ist in der Blutuntersuchung diagnostisch wegweisend.

3.4.3 Qualifizierung und Personalentwicklung

Qualifizierung von Leitungen

Die Expertengruppe schließt sich der Forderung des Runden Tisches Pflege an (Runder Tisch Pflege 2005), einen Rahmenlehrplan zu erarbeiten, der einen vereinheitlichen Stand professionellen Wissens gewährleistet.

Um Leitungskräfte für ihre vielschichtigen und komplexen Aufgaben zu qualifizieren, müssen internationale und insbesondere europäische Erkenntnisse einbezogen werden. Stationäre Pflegeeinrichtungen als reine Solitäreinrichtungen sind zunehmend im Schwinden begriffen. Sie werden abgelöst durch multifunktionell ausgerichtete Organisationen, deren Aufgabe in der Vorhaltung und Umsetzung eines ausdifferenzierten Wohn-, Pflege- und Dienstleistungsangebots für hilfe- und pflegebedürftige alte Menschen als Teil eines umfassenden regionalen gesundheitlichen Netzwerkes besteht. Gerade in der stationären Betreuung von

Menschen mit Demenz entwickelt sich hier diese multifunktionelle Ausrichtung, allerdings oft ohne das geforderte demenzspezifische Hintergrundwissen und ohne ausreichende Steuerungskompetenz des Managements. Das komplexe Tätigkeitsfeld, die geforderte Professionalisierung der Berufsgruppe Pflege und die damit verbundenen Veränderungsprozesse ist zu umfangreich für die noch übliche Qualifizierung von Heimleitungen. Es ist festzustellen, dass es derzeit keine allgemein anerkannte, verbindliche und geeignete Qualifizierungsmaßnahme für Heimleitungen gibt. Infolgedessen mangelt es ebenfalls an einem allgemein anerkannten Berufsbild. Die Qualifikation der Führungskräfte ist von größter Heterogenität und Individualität geprägt. Es bleibt derzeit mehrheitlich den jeweiligen Trägern und Heimleitungen überlassen festzulegen, welche Anforderungen an die Qualifikation erfüllt sein sollten. Entsprechend ist ein gemeinsamer Kenntnis- und Wissensbestand innerhalb der Berufsgruppe der Heimleitungen kaum gegeben. Dies bezieht sich besonders auf angemessene Konzepte für den Umgang mit Menschen mit Demenz (Hoffmann Alfred et al. 2005).

Qualifizierung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern

Die epidemiologische und demografische Zunahme der Anzahl von Personen mit Pflegebedarf, u. a. aufgrund einer Demenz, zeigt die wachsende Brisanz ökonomischer und ethischer Aufgaben, die in der Bedarfserfüllung berücksichtigt werden müssen. Die Frage der Gerechtigkeit in der Verteilung gesellschaftlicher Ressourcen auf Menschen unterschiedlich begründeten Hilfebedarfs nimmt an Bedeutung zu (Bundesministerium für Familie Senioren, Frauen und Jugend, 2002; Buchner Florian et al. 2003; Marckmann Georg 2003). Dementsprechend muss sich die Kompetenz in der Moderation und Steuerung von Pflege- und Versorgungsverläufen von Menschen mit Demenz entwickeln. Pflegende werden in der Altenpflege auf verschiedenen Qualifikations- und Verantwortungsniveaus – von ehrenamtlicher Laienarbeit bis hin zu spezifischer Fachexpertise (advanced nursing level) auch im Rahmen vom pflegerischen Case Management die pflegerische Versorgung organisieren (Schwerdt Ruth 2005b). Qualifizierte Pflegende werden zunehmend Steuerungs-, Coaching- und Qualitätssicherungsfunktionen übernehmen müssen, um die intensive Pflege und Betreuung für Menschen mit Demenz sicherzustellen. Zunehmend bringen sich Angehörige und freiwillig Engagierte in die Alltagsgestaltung ein. Um diese Personengruppen erfolgreich zu integrieren, müssen auch sie zielgerichtet im Umgang mit Menschen mit Demenz geschult und begleitet werden.

Zur Verbesserung und Effizienzsteigerung in der interprofessionellen Zusammenarbeit sollten Fallbesprechungen nicht nur in Krankenhäusern implementiert werden – wie vom Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen bereits 1991 angemahnt – sondern auch in Settings der Langzeitpflege (siehe Kapitel 4, Empfehlung 1). Auch von extern geleitete Fallbesprechungen und Supervision können ein wichtiges Mittel zur Personal-

entwicklung sein, ein Mittel, das bisher in der stationären Altenpflege die absolute Ausnahme darzustellen scheint (Weyerer Siegfried et al. 2006).

Unabhängig von der Basisqualifikation ist für alle an der Pflege Beteiligten eine ständige Weiterbildung von großer Bedeutung, da eine gelingende Pflege von Menschen mit Demenz nur erreicht werden kann, wenn alle Personen, die hieran beteiligt sind, auch wenn dies oft nur indirekt ist, entsprechende Kenntnisse benötigen. Einzelne Untersuchungen zeigen, dass in deutschen Altenpflegeheimen nur in etwa einem Drittel der Einrichtungen mindestens eine "Gerontopsychiatrische Fachkraft" beschäftigt ist (Weyerer Siegfried et al. 2006). Außerdem ist nachzuweisen, dass häufig die Mitarbeiter-Bewohner-Beziehung einer Eltern-Kind-Beziehung gleicht und Bewohnerinnen und Bewohner eher entmündigt werden und passives Verhalten gefördert wird, als dass Kompetenzen gestärkt und die aktive Mitwirkung unterstützt werden (Woodrow Philip 1998). Weiterhin ist von größter Bedeutung, dass zusätzlich zu den Schulungsprogrammen die Umsetzung dieses Wissens in praktisches Handeln sichergestellt werden muss, der Theorie-Praxis-Transfer als eigener Prozess also ausreichend Raum erhalten muss.

Zusammenfassend lässt sich aus der Forschungsliteratur folgern, dass spezielle Schulungen für Pflegenden generell einen Wissenszuwachs bewirken. Dies reicht jedoch oftmals nicht aus, um das eigene Pflegeverhalten zu verändern, denn Veränderungsmöglichkeiten hängen vor allem davon ab, ob die Vermittlung der Inhalte sowohl die Kognition, als auch die Emotionen und die Haltung der Pflegenden ansprechen. Das Verständnis für die Situation und das Verhalten der Bewohnerinnen und Bewohner und mögliche Auslöser dieses Verhaltens spielen dabei eine herausragende Rolle. Hervorzuheben ist besonders, dass einmalige, kurze Schulungen nicht ausreichen, um nachhaltig Praxisveränderungen zu bewirken. Neben regelmäßigen Wiederholungen der Schulungen ist ein umfassendes Implementierungs- und Motivationsmanagement Voraussetzung für Entwicklungen in der Praxis. Dazu gehören unter anderem Hilfen zur Implementierung des Gelernten in den pflegerischen Alltag, Begleitung in akuten Situationen, Hilfe bei der Entwicklung von individuellen Lösungen, Supervisionen, Reflexion des eigenen Handelns und die stetige Motivation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Neues in den Alltag einfließen zu lassen. Dabei haben die Leitungen und die Fachpersonen eine wichtige Rolle, weil sie für ein offenes und förderndes Klima in einer Einrichtung verantwortlich sind.

Zwar wurde ein Zusammenhang von Personalqualifizierung und Verhalten bzw. Wohlbefinden bei Menschen mit Demenz (Grässel Elmar et al. 2003) in unterschiedlichen Studien nachgewiesen, inwiefern Schulungen für Pflegenden das Verhalten der Bewohnerinnen und

Bewohner selbst beeinflussen, lässt sich dennoch aus der Literatur heraus nicht eindeutig beantworten. Die vielfältigen Einflüsse auf das Verhalten der Bewohnerinnen und Bewohner und die fortlaufende Verschlechterung der Demenz im Krankheitsverlauf können die mögliche Wirkung von veränderten Umgangsweisen Pflegender, die sie durch eine Schulung erlernt haben, verdecken. Studien zeigen sowohl positive als auch negative bzw. keine Effekte derartiger Schulungen auf das herausfordernde Verhalten.

Auch die Wirkung von Schulungsprogrammen auf die Qualität der Pflege wird in der Literatur kontrovers diskutiert, unterstützt durch widersprüchliche Forschungsergebnisse. Die Effekte solcher Programme für die Entwicklung der Qualität über einen längeren Zeitraum sind darüber hinaus noch ungenügend untersucht (Moniz-Cook Esme et al. 1998). Es gibt Hinweise, dass spezielle Schulungen (behavior management skills training program) das Wissen von Pflegehelferinnen (Certified nursing assistant) über Verhaltenprobleme verbessern kann (Burgio Louis D. et al. 2002). Die Schulungen an sich gewährleisten jedoch nicht, dass sich die Arbeitsweise der Pflegenden verändert. Dazu bedarf es einer Begleitung beim praktischen Einsatz des Gelernten in Form von regelmäßiger Wiederholung und Vertiefung des Wissens und durch nachhaltige Supervision/Begleitung/Feedback und Motivation (Cohen-Mansfield Jiska et al. 1997). Die Effektivität von Schulungsprogrammen hängt stark von der Aufnahmebereitschaft und Empfänglichkeit der Pflegenden ab. Außerdem ist die Etablierung eines Motivationssystems zur Sicherung der Aufrechterhaltung dieses Wissens und der Fähigkeiten, wie z. B. Supervisionen oder TQM, erforderlich (Burgio Louis D. et al. 2001). Die Kombination von emotionaler Unterstützung, Supervision, begleitender Implementierung individueller Planung und Gestaltung der Pflege zeigt positive Effekte für die Pflegenden sowie für die Qualität der pflegerischen Versorgung (Edberg Anna Karin et al. 2001).

Kapitel 4 Empfehlungen

4.1 *Empfehlung 1: Verstehende Diagnostik*

Die Expertengruppe empfiehlt eine verstehende Diagnostik im Umgang mit herausforderndem Verhalten von Menschen mit Demenz. Ein solcher Zugang stellt die Perspektive des Menschen mit Demenz in den Mittelpunkt des Pflegeprozesses. Das Bemühen um ein Verstehen des Verhaltens sollte möglichst vielfältige erklärende Aspekte, die sich nicht nur auf den Demenzkranken beziehen, berücksichtigen. Es wird vorgeschlagen, hierzu ein Strukturmodell (z. B. das NDB-Modell³) heranzuziehen. Der gesamte Pflegeprozess sollte in regelmäßigen Fallbesprechungen durch Bezugspersonen und soweit wie möglich unter Einbeziehung der Betroffenen konsentiert bzw. abgesprochen werden.

4.1.1 Begriffsklärung

Verstehende Diagnostik ist ein Zugang zu einer Pflegesituation, in der Probleme nicht allein aus der objektivierenden Sicht der professionell oder privat Helfenden, sondern auch aus der der betreffenden Person definiert werden. Zwar ist die Integration der fachlichen Beurteilung einer Pflegesituation mit der Selbsteinschätzung der Situation durch die Person mit Pflegebedarf schon grundlegendes Merkmal jeder Pflegediagnostik. Sie ist – als Kennzeichen interner Evidenz – Grundlage jeder Pflegeentscheidung. In Bezug auf Menschen mit einem Pflegebedarf aufgrund einer Demenz ist dieses Merkmal jedoch noch stärker hervorzuheben: Infolge der Einbußen des Erinnerungsvermögens und der Reaktionen des Individuums auf den zunehmenden Kontrollverlust in einem Demenzprozess bewegen sich die Sichtweisen der Betreffenden und der Personen in ihrer sozialen Umgebung oft weit auseinander (Bosch Corrie F. M. 1998; Schwerdt Ruth et al. 2003; Schwerdt Ruth 2005c). Es wird zunehmend schwieriger, unmittelbaren Zugang zur Befindlichkeit und zum Erleben des Betreffenden zu erhalten. Wenn aber ernsthaft versucht wird, diese Perspektive einzunehmen und die Reaktionen in ihrer subjektiven Bedeutung zu ergründen, erweist sich ein Verhalten, das in der ersten Reaktion als „störend“ empfunden wurde, dann oft als unverstandenes Verhalten. Sein Sinn kann sich als Reaktion auf die gegenwärtige Interaktion und Umgebung und im Kontext biografisch verankerter Sinnbezüge von Lebensentwürfen, bedeutsamen und kritischen Lebensereignissen in vielen Fällen erschließen. Durch ein „Verstehen“ des Verhaltens wird es möglich, bedürfnisgerechte Prioritäten zu setzen und angemessene Maßnahmen zu ergreifen.

In jedem Pflegeverlauf kommt es darauf an, dass alle Personen und Institutionen, die in den Versorgungsprozess einbezogen sind, ein gemeinsames, konsentiertes Konzept entwickeln und verfolgen. Im Falle der Pflege von Menschen mit Demenz ist die Mehrperspektivität auch

³ Ausführlicher dazu im Kapitel 1, siehe auch Kolanowski Ann (1999)

deswegen elementar, weil die Demenzkranken ihre Bedürfnisse nur eingeschränkt verbal direkt mitteilen können. Über die „Autonomie des Augenblicks“, die jedem Demenzkranken bleibt (Schwerdt Ruth 2005a), hinausgehend, ist es daher besonders wichtig, Bedürfnis- und Bedarfsgerechtigkeit durch Partizipation aller Beteiligten anzustreben. Die Bezugspersonen bzw. Betreuerinnen und Betreuer der Menschen mit Demenz können deren Perspektive stärken. Zu der zuverlässigen Einschätzung der Situation, der Formulierung von Problemen und Zielen sowie zu der Auswahl der Maßnahmen und schließlich der Evaluation von Interventionen können alle beitragen, die in den Versorgungsprozess eingebunden sind, auch wenn eine Bezugspflegerperson die Koordinationsverantwortung trägt.

Das Kriterium der Mehrperspektivität kann mit Hilfe des Instrumentes der Fallbesprechung zuverlässig erfüllt werden (s. Abschnitt Fallbesprechung). Das Risiko, den Menschen mit Demenz weniger, als es in einer kompetenzangepassten Weise möglich wäre, an seiner Pflege teilhaben zu lassen, wird durch diese Partizipation minimiert. Das Risiko der Fehldeutung des Verhaltens als sinnlos und der falschen Sinnzuschreibung wird minimiert.

Zum Verständnis der Mehrperspektivität gehört auch, mögliche körperliche Ursachen herausfordernder Verhaltensweisen zu ergründen. Eine gründliche körperliche Untersuchung muss eine organische Genese ausschließen helfen, wie z. B. Schmerzen, Infektionen, Tumore, Frakturen, Harnverhalt, Obstipation, „Entgleisung“ von Blutparametern, Mangel- oder Fehlernährung, unerwünschte Medikamentennebenwirkungen. Durch die intensive Kommunikation mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten können auf Basis der genannten Mehrperspektivität die einzelnen Schritte der pflegerischen Zugänge, der psychosozialen Begleitung und der medizinischen Behandlung aufeinander abgestimmt werden. Als Standard sollten die Angehörigen bzw. die gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuer eng in diesen Prozess mit eingebunden werden.

4.1.2 Fallbeispiel

Im Folgenden wird ein authentisches Beispiel eingesetzt, an dem verstehende Diagnostik in ausgewählten Aspekten in einem Zeitausschnitt eines Pflegeverlaufs gezeigt wird. Es wird das Verhalten disruptive Vokalisation, Rufen, Schreien ausgewählt, weil es zu den Verhaltensweisen von Menschen mit weit fortgeschrittener Demenz zählt, die von Personen in der Umgebung als besonders problematisch empfunden werden (Hantikainen Virpi et al. 1998; Beck Cornelia K. et al. 1999; Mc Minn Bryan et al. 2005). Schwere disruptive Vokalisation ist assoziiert mit hochgradiger kognitiver und physischer Einschränkung, verknüpft mit einer hohen Sterbewahrscheinlichkeit innerhalb der nächsten sechs Monate (Sloane Philip D. et al. 1999). Es tritt bei etwa 10 % bis –30 % der Menschen mit Demenz auf (Lind Sven 2000 S.

15ff). Zur Strukturierung wird das Need-Driven-Dementia-Compromised Behavior Model herangezogen.

Die mit Hilfe des Strukturmodells erfassten Informationen werden durch Fallbesprechungen mit den Angehörigen, im Pflege team, mit der Haus- und Fachärztin bzw. dem Haus- und Facharzt, der Trainerin und dem Trainer in Basaler Stimulation und Anderen zusammengetragen. Diese Fallbesprechungen finden z. T. in der Form der Konsultation bzw. des Konsils (patientenbezogene Beratung einer Ärztin, eines Arztes durch eine andere ärztliche Kollegin bzw. Kollegen) statt. Die Informationen sind zudem auf systematische Versuche, direkten Kontakt über verschiedene Kommunikationswege aufzunehmen, und auf die vergleichende strukturierte Beobachtung bei unterschiedlichen Situationsmerkmalen gestützt (vgl. Abschnitt zu Fallbesprechungen).

Beispielsituation

Frau A. äußert täglich über Stunden hinweg stets wiederkehrende Töne und Laute. In jeder Sequenz wird die Lautstärke kontinuierlich gesteigert, bis ein Gespräch neben ihr nicht mehr möglich ist. Sie bricht die Sequenzen der Töne abrupt ab und lässt dann ein lautes tonhaftes, kehliges „Mämämämä“ hören, das sie ebenfalls abrupt abbricht. Sie begleitet die Töne und Geräusche durch Klatschen der Hände.

Ein Bewohner und eine Bewohnerin der Wohneinheit deuten an, dass die Geräusche für sie schwer erträglich sind. Beide meiden den Aufenthalt in den Gemeinschaftsräumen und ziehen sich in ihre Einzelzimmer zurück, wenn Frau A. anwesend ist. Einige Angehörige anderer Bewohnerinnen und Bewohner meiden dann ebenfalls die Gemeinschaftsräume.

Die im Folgenden genannten **Hintergrundfaktoren** des NDB-Modells erscheinen für das Verhalten von Frau A. als bedeutsam:

- **Motorik**

Vormittags und nachmittags verbringt Frau A. jeweils etwa 2 Stunden in den Gemeinschaftsräumen, wo sie zusammengekauert mit gesenktem Kopf in einem Rollstuhl sitzt.

Die Skelettmuskulatur ist deutlich atrophiert.

Sie weist starke Kontrakturen im Rücken, in den Beinen und Armen auf. Sie kann ihre Körperposition nicht ohne Hilfe ändern, nicht gehen oder stehen und nicht ungesichert sitzen. In allen Aktivitäten des Lebens, die motorische Fähigkeiten erfordern, benötigt sie weitgehende Unterstützung und kompensatorische Hilfe.

- **Gedächtnis/Merkfähigkeit**

Frau A. befindet sich in einem bereits sieben Jahre andauernden, kontinuierlich verlaufenden Demenzprozess. Laut fachärztlicher Einschätzung hat sie die letzte Stufe nach Reisberg et

al.(in Ihl Ralf et al. 1991) erreicht. Es ist nicht beobachtbar, dass Frau A. sich an lang oder kurz zurückliegende Ereignisse erinnert.

- Sprache

Sie spricht nicht, und sie reagiert nicht sichtbar auf Ansprache.

- Sensorische Fähigkeiten

Frau A. reagiert nicht beobachtbar auf Licht und Sichtreize: Sie fixiert niemals den Blick, sondern hält die Augen halb geschlossen. Ein augenärztliches Konsil ergibt die Diagnose einer hochgradigen Sehinderung durch einen Grauen Star.

Sie reagiert nicht erkennbar auf Umgebungsgeräusche und Musikangebote. Die im Rahmen eines ohrenärztlichen Konsils entdeckten Cerumanpröpfe in beiden Ohren werden entfernt. Daraufhin sind geringe Reaktionen auf laute Musik und lautes Ansprechen feststellbar⁴. Auf unterschiedliche Geschmacksangebote durch Speisen, Getränke und bei der Mundpflege reagiert sie gleichbleibend.

- Demografische Variablen

Die 83-jährige Witwe war von Beruf Opernsängerin gewesen. Ihren Beruf hat sie mit Hingabe ausgeübt und ihn ungern aufgegeben.

Die zweite wichtige Säule ihres Lebensentwurfs war ihre Familie, also ihr Ehemann und ihre einzige Tochter, die sie bis zum Heimeinzug vor drei Monaten allein gepflegt hat.

Als **Proximalfaktoren** des NDB-Modells werden die folgenden Aspekte zusammengestellt:

- Physiologische Bedürfnisse

Die Geräusche, die Frau A. an die aufsteigenden Töne anschließt, wirken unmutig und mürrisch. Möglicherweise zeigen sie Schmerz (Lind Sven 2000 S. 31ff) und Unwohlsein (Ragneskog Hans et al. 1998) an. Als weiteres Indiz kann gelten, dass sie die Laute nur im Sitzen äußert, nicht jedoch im Bett liegend.

- Psychosoziale Bedürfnisse

Frau A. sucht nicht aktiv Kontakt zu Anderen, weder durch Blick noch durch Berührung.

Auf Berührung durch Andere reagiert sie durch eine leichte Veränderung der Muskelspannung im Gesicht. Sie setzt dann ihre Lautäußerungen vorübergehend aus.

Da auch ihre Mimik stark eingeschränkt ist, ist es schwer, zu beurteilen, wie es ihr geht, was sie erlebt und empfindet.

⁴ Eine Einschränkung des Hörvermögens kennzeichnet häufig Personen, die schreien (Sloane Philip D. et al. 1999).

- **Physikalische Umgebung**

Frau A. hält sich vormittags und nachmittags für je zwei Stunden in den Gemeinschaftsräumen auf. Diese sind gemütlich und Kommunikation fördernd eingerichtet. Ihr Zimmer teilt sie mit einer Dame, die ebenfalls eine weit fortgeschrittene Demenz aufweist und immobil ist.

- **Soziale Umgebung**

Frau A. wird morgens regelmäßig durch einen Krankenpfleger, abends überwiegend durch die Tochter betreut. Die Tochter ist mindestens vier Mal pro Woche für 1,5 Stunden spätnachmittags bei ihrer Mutter. Sie spricht sie dann kontinuierlich an, streichelt und massiert sie. In dem Wohnbereich leben 22 Personen. Sie weisen sehr unterschiedliche Pflegebedarfe auf. Die Gemeinschaftsräume werden von den meisten Bewohnerinnen und Bewohnern und ihren Angehörigen ausgiebig genutzt. Zwei der Mitbewohnerinnen und –bewohner sowie einige Angehörige meiden die Gemeinschaftsräume, wenn Frau A. anwesend ist, um ihren Äußerungen auszuweichen.

Beschreibung des Verhaltens „Schreien“

Die Äußerungen der Frau A. zeigen ein Muster aufsteigender, manchmal absteigender Töne und Silben in anschwellender Lautstärke, abrupt gefolgt von dem sehr lauten kehligen „mämämämä“, das ebenfalls abrupt abgebrochen wird. Dabei klatscht sie mit den Händen oder reibt sie. Dieses Verhalten zeigt sie, wenn sie im Rollstuhl in den Gemeinschaftsräumen sitzt. Während pflegerischer Tätigkeiten, die mit Berührung einhergehen, äußert sie bisweilen einzelne Töne, vor allem beim Umlagern. Gelegentlich summt sie kurz. Im Liegen schreit sie jedoch niemals. Sie beginnt mit ihren Äußerungen wenige Minuten, nachdem sie hereingebracht wurde. Die Berührung während einer Lautsequenz führt dazu, dass sie die Sequenz unterbricht oder leiser weiterführt und nach einer Pause von wenigen Minuten oder Sekunden wieder beginnt.

Verstehenshypothese zum Verhalten

Auf Basis dieser Daten wird folgende Verstehenshypothese von dem Bezugspfleger von Frau A., in Abstimmung mit der Tochter und dem Hausarzt aufgestellt:

Die geäußerten Töne und Laute zeigen Restfähigkeiten ihrer beruflichen Tätigkeit als Opernsängerin an. Die Tonfolgen stellen Ausschnitte von Tonleitern dar, ähnlich den Übungen beruflich Singender zum Einsingen. Das Verhalten ist mit ihrer Identität eng verknüpft. Es kann als „Singen“ verstanden werden. Möglicherweise hat es teilweise auch die Funktion des „Rufens“. Dafür spricht, dass sie inne hält, wenn Kontakt durch Berührung aufgenommen wird. Die Geräusche zum Abschluss der Tonsequenzen bleiben unverständlich.

Das Klatschen der Hände ist möglicherweise ebenfalls biografisch verständlich, da dieses Verhalten mit der Situation des Vortragens von Musik vor Publikum assoziiert ist. Es wirkt zudem rhythmisierend.

Die versuchsweise ärztliche Behandlung mit Schmerzmitteln ergab keine eindeutigen Hinweise auf Schmerzen. Sie haben keinen Einfluss auf die Äußerungen sowie die Körperhaltung, die Motorik und Mimik.

Pflegeziele und Pflegemaßnahmen

Auf Basis dieser Verstehenshypothese werden die folgenden Pflegeziele und Pflegemaßnahmen konsentiert: Frau A. soll ihre Identität als Opernsängerin zum Ausdruck bringen dürfen. Das Singen ist ihre einzige beobachtbare subjektiv sinnvolle Beschäftigungsmöglichkeit. Die Mitbewohnerinnen und Mitbewohner in diesem Wohnbereich und ihre Angehörigen sollen nicht auf Gesellschaft und angenehme Räumlichkeiten verzichten, um der Geräuschbelastung auszuweichen. Daher werden verbindliche Zeitfenster vereinbart, in denen sich Frau A. in den Gemeinschaftsräumen aufhält. Überdies sollen die Mitbewohnerinnen und –bewohner das Verhalten von Frau A. verstehen können. Ihre Bezugspflegerinnen sollen ihnen die Bedeutung im Gespräch darlegen. Zudem sollen ihnen weitere Aufenthaltsmöglichkeiten und Freizeitangebote eröffnet werden.

Die Frau A. verbliebene Form der Kommunikation ist – neben dem Singen – die Berührung. Die Prinzipien der Basalen Stimulation sollen systematisch in ihre Pflege integriert werden. Eine Trainerin oder ein Trainer für Basale Stimulation soll die Anwendung in der Betreuung von Frau A. im Alltag coachen. Situationsbedingt können Berührungen zur kurzzeitigen Unterbrechung des Singens eingesetzt werden, um Stressspitzen für Mitbewohnerinnen und Mitbewohner sowie Angehörige abzumildern. Lautes Ansprechen und laute Musik können mit Rücksicht auf die Zimmernachbarin und die anderen im Wohnbereich lebenden Personen nur eingeschränkt eingesetzt werden.

Der Einsatz von Elementen des Snoezelen soll erprobt werden, um weitere Möglichkeiten der basalen Wahrnehmung für Frau A. zu erschließen.

Das Klatschen der Hände und die vertiefte Atmung beim Singen sind die einzigen Bewegungen, die Frau A. von sich aus aufnimmt. Möglichkeiten der Bewegungsförderung sollen – mit physiotherapeutischer Hilfe – erwogen werden. Da Schmerzen aufgrund der Kontrakturen und Immobilität nicht ausgeschlossen werden können, sollen Lagerungsarten, -wechsel und -dauer kontinuierlich überprüft werden. Die Option der Schmerzmedikation soll im Gespräch mit dem Hausarzt weiterhin erwogen werden.

4.1.3 Fazit

Verstehende Diagnostik führt in diesem Beispiel dazu, dass ein biografieorientiertes Verständnis des Verhaltens entwickelt wird. Die Hintergrundfaktoren des Verhaltens dienen der Einschätzung der identitätsnahen Bedeutung der Äußerungen. Die Proximalfaktoren erlauben eine situationsbezogene Beschreibung des Verhaltens der Bewohnerin und der Reaktionen der Personen im Umfeld. Sie erschließen zudem eine aktuelle Kommunikationsmöglichkeit: die Berührung.

Das Verstehen des Verhaltens drückt sich auch in der Bezeichnung aus: statt Schreien wird - entsprechend der Perspektive von Frau A. - von Singen gesprochen. Fallbesprechung wird zur Klärung und handlungsverbindlichen Konsentierung eingesetzt. Die Kenntnisse persönlicher Vorlieben und Gewohnheiten und die Beobachtung von Reaktionen durch Angehörige bilden eine unverzichtbare Informationsgrundlage.

Das NDB-Modell bietet eine Strukturhilfe bzgl. Hintergrund- und situationsbedingten Faktoren des Verhaltens. In der Praxis muss es in einen Prozess der multiprofessionellen partizipativen Versorgung eingebunden werden. Dabei sind auch Rahmenbedingungen auf den Leitungsebenen und regionale Bedingungen einzubeziehen (vgl. Kap. 3).

Das Beispiel zeigt die Bedeutung verstehender Diagnostik im Pflegeprozess: Die Entscheidung standardisierter Pflegediagnosen kann im Falle von Menschen mit Pflegebedarf, die ihre Bedürfnisse nicht mehr direkt äußern können, in Bezug auf die subjektive Bedeutung von Verhalten nicht erreicht werden. Die individuellen Kennzeichen können aber in einer Verstehenshypothese in enger Abstimmung mit Personen, die die Betreffende schon lange kennen (günstigstenfalls Angehörige, Hausärztin/ Hausarzt) benannt werden. Möglicherweise erschließen sich nicht alle Verhaltensaspekte dem Verständnis. In diesem Beispiel ist die Aussicht auf eine positive Evaluation der Ziele und Maßnahmen gut.

4.1.4 Fallbesprechung in der Pflege von Menschen mit Demenz in Altenpflegeeinrichtungen

Begriffsklärung

Unter einer Fallbesprechung bzw. Fallarbeit/ Fallkonferenz wird eine interdisziplinäre, individuenzentrierte Gesprächsrunde verstanden, in deren Mittelpunkt herausfordernde Verhaltensweisen eines Demenzkranken oder anderen Bewohnern/innen bzw. Patienten/innen stehen (vgl. Perrar Klaus Maria 2005). Im multiprofessionellen Team sollen Pflegendе (gemeinsam mit den Angehörigen; vgl. ebd.) „die subjektive Wirklichkeit demenziell erkrankter Menschen“ auf der Basis „historischer und biografischer Kontexte“ in Form eines hermeneu-

tischen Prozesses rekonstruieren (Borutta Manfred et al. 2004 S. 99). Fallbesprechungen bzw. -konferenzen sollen ein gemeinsames Betrachten problematisierter Verhaltensweisen ermöglichen, ohne dem Druck ausgesetzt zu sein, das Ergebnis sofort in die Tat umsetzen zu müssen. Durch diese Entlastung können unterschiedliche Perspektiven eingenommen werden, so die der Kolleginnen und Kollegen, anderer Berufsgruppen oder der Angehörigen. Informationen, Beobachtungen, Meinungen, Vermutungen oder Wünsche werden ausgetauscht. Ideen zur Begründung oder Beeinflussung des Verhaltens lassen sich sammeln. Nicht zuletzt kann die Konferenz auch einen kathartischen Effekt besitzen, denn Ärger, Wut, Enttäuschungen, die sich im Arbeitsalltag angesammelt haben, können sich in einem geschützten Raum Luft schaffen. Fallkonferenzen haben zum Ziel, ein Problemlösungspotenzial zu entwickeln, Arbeitskonzepte zu erstellen und schließlich konkrete Aufgaben festzulegen. Die Schilderungen der Kolleginnen und Kollegen oder Angehörigen ermöglichen ein Lernen am Modell. Man kann vom Tun des Anderen lernen, sich Rat und Anregung holen. Die Teammitglieder erfahren so eine gemeinsame Orientierung und können sich in diesem Rahmen absprechen. Grundhaltungen und Werte über die Arbeit oder über die Begegnung mit Bewohnerinnen und Bewohnern werden transparenter. Darüber hinaus dienen die Konferenzen der Verbesserung des personellen Milieus.“ (Perrar Klaus Maria 2005 S. 232).

Eine Sonderstellung nimmt die ethische Fallbesprechung zum Beispiel nach dem Nimwegener Modell im Zusammenhang mit der Arbeit Klinischer Ethikkomitees ein (Gordijn Bert et al. 2000; Steinkamp Norbert et al. 2000). Dieses Modell erscheint zunächst präziser formuliert, dient jedoch eher als strukturierte Vorgehensweise zur Entscheidung ethischer Konfliktsituationen. Ein Konzept der ethischen Fallbesprechung kann dann von Bedeutung sein, wenn ethische Konfliktsituationen eine Rolle spielen, so z. B., wenn die Apathie mit einer mangelnden Nahrungsaufnahme einhergeht und sich - bei eventuell vorhandener Patientenverfügung - die Frage nach der Anlage einer perkutanen endoskopisch kontrollierten Gastrostomie (PEG) stellt. Die ethische Fallbesprechung findet überwiegend im Bereich der Palliativmedizin/-pflege Anwendung.

Die Fallbesprechung ist also ein strukturiertes, zielgerichtetes intra- oder interprofessionelles Gesprächsverfahren, mit oder ohne Beteiligung der Menschen mit Pflegebedarf und seinen Bezugspersonen. Sie dient einem multiperspektivischen Verstehen der Lebens- und Versorgungssituation, gemeinsamer Entscheidungsfindung und der Abstimmung oder Evaluation eines gemeinsamen Vorgehens.

Fallbesprechungen dienen dem pflegefachlichen und interdisziplinären Austausch sowie der Kommunikation unter den professionell Helfenden und den Bezugspersonen der Menschen

mit Demenz und ihren gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuern. Sie tragen dazu bei, Versorgungsziele bzw. Erwartungen im Pflege- und interdisziplinären Team gemeinsam mit den Angehörigen regelmäßig abzustimmen, Verantwortung zu teilen und Zuständigkeiten zu klären. Letztlich können die Erfolge der Pflege gemeinsam evaluiert werden. Die Belastung einzelner Beteiligter kann gemindert, die Zufriedenheit aller Beteiligten kann so gesteigert werden. Fallbesprechungen sollten spätestens dann einberufen werden, wenn eine Verhaltensweise als „problematisch“ thematisiert wird und von den Bezugspersonen eine Veränderung als notwendig – weil z. B. leidvermindernd – angesehen wird. Es ist zu erwarten, dass durch ein solches Verfahren ein besseres Verständnis für den demenziell erkrankten Menschen erlangt wird bzw. eine höhere Sensibilität für seine Äußerungen, sein Verhalten, sein Erleben und seine Person entwickelt wird. Für die Funktionalität solcher Runden ist es ratsam, sie durch eine Person leiten zu lassen, die mit den Reaktionen auf das Syndrom der Demenz und seinen vielfältigen Auswirkungen vertraut ist, also z. B. gerontopsychiatrische Kompetenz besitzt. Diese Person sollte methodisch in der Lage sein, die Fähigkeit zur Reflexion der einzelnen Beteiligten zu fördern. Sie kann extern herangezogen, aber auch durch Personen aus der eigenen Einrichtung besetzt werden. Darüber hinaus ist es ihre Aufgabe, eine sich gegenseitig wertschätzende Atmosphäre herzustellen, in der vertrauensvoll die unterschiedlichen Sichtweisen geäußert und besprochen werden können. Die Beteiligung der Angehörigen an diesen Besprechungen trägt zu einem besseren gegenseitigen Verständnis bei und kann insbesondere in Konfliktsituationen hilfreich sein.

Stand der Forschung

Die Forschungslage zu Modellen und Verfahren der Fallbesprechung in der Pflege von Menschen mit Demenz, die herausforderndes Verhalten zeigen, ist dürftig. Im Folgenden werden Ergebnisse von Quellenrecherchen zur Fallbesprechung in der Pflege, in der Pflege von Menschen mit Demenz und in der Pflege von Menschen mit Demenz, die herausforderndes Verhalten zeigen, dargestellt und diskutiert.

Eine breite Literaturanalyse zur Fallbesprechung in der Pflege an der Fachhochschule Frankfurt am Main in 2004, die auf systematischer Datenbankrecherche in den Datenbanken CareLit, VLB, Cinahl, GeroLit, Ethmed und Medline sowie einer definitionsgeleiteten Quellenuche in Hand- und Lehrbüchern sowie Fachzeitschriften beruhte, flankiert von Hospitationen im Krankenhaus- und Altenpflegebereich, in der ambulanten und häuslichen Pflege sowie von Umfragen unter Pflegenden und Pflegestudierenden im Rhein-Main-Gebiet, hat zwar ergeben, dass in allen Settings beruflicher Pflege Fallbesprechungen durchgeführt werden (Altgeld Pia et al. 2005). Diese weisen jedoch eine kaum überblickbare Variabilität auf. Es finden sich bereits zahlreiche synonym gebrauchte Bezeichnungen für das „Sprechen“ über einen „Fall“: Fall-arbeit, -beratung (kollegiale), -besprechung, -konferenz, -konsil,

-konsultation, -studie, -supervision, -visite, diskursive Fallanalyse, Einzelfallanalyse, Beratung (Fach-, Fall-, Gruppen-, kollegiale); Besprechung (Fall-, Konflikt-); Coaching; Forum (Pfleger-); Gespräch (Pfleger-, Pflegeverlaufs-); Kasuistik; Konferenz (Fall-, Pfleger-); Konsil (Pfleger-, Ethik-); Konsultation (Ethik-, Fall-); Mentor; Visite (Fall-, Pfleger-, Ethik-); Supervision (Fall-, kollegiale); Übergabe (Schicht-, Dienst-); Zirkel (Pfleger-, Qualitäts-, Ethik-) Case (in Kombination mit conference, conferencing, consult, council, counsel, disc, discussion, meeting, report, review, study).

Dass die Befundlage zum Schlagwort „Fallbesprechung“ karg ausfällt, vermag nicht zu überraschen, wenn bedacht wird, dass das Wort „Pflegerfall“ seit der Überwindung des medizinischen und pflegerischen Nihilismus – der Überzeugung, dass präventive, therapeutische und rehabilitative Interventionen bei manifester Demenz nicht mehr sinnvoll sind - in den 80er Jahren als Unwort gilt. Seitdem hat sich nicht nur der Altenpflegeberuf konsolidiert, sondern es wurde ein salutogenetischer (Entstehung von Gesundheit) Ansatz der Gesundheitsförderung unter den Akteuren der sozialen und Gesundheitsversorgung gefordert. Das Defizitmodell des Alters wurde abgelöst von einem gerontologischen Modell alters- und kohortenspezifischer sowie biografisch begründeter Kompetenzen und Potentialen (Kruse Andreas 1990; 1991; 1992).

Die Betonung der Individualität der Person mit Pflegebedarf und der Alltagsnormalität als Zielorientierung für dieses Leben mit Pflegebedarf findet sich auch in der Entwicklung von Modellen der Fallarbeit, die im Kontext der Kritik an der Methode des Pflegeprozesses stehen. Der Pflegeprozess wird hier auf ein Verständnis reduziert, in dem pflegerisches Handeln allein auf objektivierendes, standardisierendes Befolgen von Regeln beruht (Schöniger Ute et al. 1998; Thiel Volker 2001; Fischbach Andreas 2002).

In der Praxis zeigen viele Besprechungen Elemente von „Fallbesprechungen“, so z. B. „Übergaben“ zwischen den Schichten (seltener zwischen Nacht- und Tagschichten), oder die „Große Übergabe“ oder „Große Dienstbesprechung“ an einem bestimmten Wochentag. In semiprofessionellem Kontext kann auch das Wort „Patientenbetreuung“ für eine Besprechung der individuellen Versorgungssituation stehen. Wird die betreffende Person zur Fallbesprechung aufgesucht, werden oft Bezeichnungen unter Verwendung des Worts „Visite“ verwendet.

Dass eine Vielfalt an Konzepten, Modellen und Bedingungen der Fallbesprechung auch in der Pflege von Menschen mit Demenz vorzufinden ist, ist anzunehmen, da sie die größte und wachsende Klientel der stationären Altenpflege bilden (Bundesministerium für Familie Senioren, Frauen und Jugend, 2002). In der Altenpflege werden Modelle der Fallbespre-

chung am häufigsten in Kontexten der Lehre und Bildung zum Zweck der Entwicklung kognitiver und situativer Kompetenzen eingesetzt: Beirer et al. (Beirer Andreas et al. 2003) beispielsweise nutzen ein Modell „Interdisziplinärer Fallbesprechungen in der Geriatrie“. Haas (Haas Michael 2003) untersuchte die Eignungsbedingungen mehrerer theoretisch, konzeptionell und empirisch begründeter Modelle im Unterricht am Lernort Altenpflegeschule. Zusätzlich gibt es Ansätze zur Spezialisierung und Vertiefung fachgebundener Kompetenzen, zur Verbesserung der Pflege von Menschen mit Demenz, die in Altenpflegeheimen leben (z. B. Schwerdt Ruth 2005a). Eine Fortbildung zur kollegialen Fachberatung als Mentorin bzw. Mentor in anspruchsvollen Situationen in der Pflege von Menschen mit Demenz wurde entwickelt (Becker Horst et al. 2002). Ein systemisch-konstruktivistisches Modell wurde von Johannsen (Johannsen Johannes 1994) vorgestellt. Im Qualitätsmanagement auf der operativen Handlungsebene in Altenpflegeheimen werden Fallbesprechungen gezielt und systematisch mit Erfolg eingesetzt (Spahn Claudia 2004). Zur Wahrnehmungsschulung und zur emotionalen Entlastung in der Langzeitbetreuung und -pflege von Menschen mit fortgeschrittener Demenz wurde die in der Sozialpädagogik verbreitete Methode der multiperspektivischen Fallarbeit übertragen (Müller Margret et al. 2002; 2003; Hennig André 2004).

Eine im Oktober 2005 durchgeführte Literaturrecherche folgte der Fragestellung: Ob und in welcher Form können Fallbesprechungen/-konferenzen usw. als ein exemplarischer Aspekt der Schnittstelle zwischen den einzelnen Professionen einen Beitrag dazu leisten, wie Pflegenden den von der Expertenrunde ausgewählten herausfordernden Verhaltensweisen demenziell erkrankter Menschen begegnen können bzw. wie Menschen, die diese Verhaltensweisen zeigen, mittels (interdisziplinärer) Fallbesprechungen/-konferenzen begleitet werden können?

Die überwiegende Mehrzahl der gefundenen Literatur befasste sich mit dem Aspekt des „Case Managements“ auf einer allgemeinen, eher programmatischen Ebene. Kuhlmann (Kuhlmann Andrea 2005) nimmt auf unterschiedliche Case Management Programme für demenzkranke Menschen Bezug. Herausfordernde Verhaltensweisen demenziell erkrankter Menschen werden in dieser Arbeit als psychische Symptome im Rahmen des Verlaufs einer Demenz beschrieben. Die Zielsetzung des Case Managements weist jedoch über die Betreuung/Begleitung dieser speziellen Verhaltensweisen hinaus: „Die Verwendung von Case Management in den beschriebenen Projekten zielt darauf, die häusliche Versorgungssituation gerontopsychiatrisch veränderter Menschen zu stabilisieren, zu verbessern und solange wie möglich aufrecht zu erhalten. Darüber hinaus sollen pflegende Angehörige entlastet werden.“ (S.125). Zur Beantwortung der konkreten Fragestellung konnten überraschend wenige Quellen beitragen. Modelle und Verfahren der Fallbesprechung werden selten darge-

stellt. Wie eine solche Fallbesprechung zu gestalten ist, wer sie federführend leitet und insbesondere wie ihr Erfolg zu bewerten ist, ist kaum Gegenstand der Betrachtung.

Fazit

Die systematische Erforschung der Praxis der Fallbesprechung in der Pflege von Menschen mit Demenz in der stationären Altenpflege steht aus. Sie könnte eine wissenschaftliche Grundlage für Bildungsmaßnahmen bereitstellen, die die Qualität der Versorgung gerade bei Personen verbessert, die aufgrund ihrer auffälligen Verhaltensweisen ein hohes Risiko tragen, unter- und fehlversorgt zu werden und von Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern bzw. von Mitbürgerinnen und Mitbürgern ausgegrenzt und stigmatisiert zu werden. Darüber hinaus könnte sie dazu beitragen, den Menschen mit Pflegebedarf konkret in den Mittelpunkt des Pflege- und Betreuungsprozesses zu rücken. Ihre Bezugspersonen können aktiv und verantwortlich in den Versorgungsprozess einbezogen werden. Angehörige, die auf herausfordernde Verhaltensweisen häufig mit Scham, Unverständnis oder Schuldgefühlen reagieren, können entlastet werden. Pflegerische Ressourcen können entsprechend den vorhandenen Mitteln gerechter eingesetzt werden. Besondere Aufmerksamkeit sollte der Partizipation von Menschen auch mit fortgeschrittener Demenz gelten, die – unter der Voraussetzung eines krankheits- und kompetenzorientierten Zugangs – zur Qualitätsbestimmung ihrer eigenen Betreuung und Pflege dann oft erstaunlich viel beitragen können (Allan Kate 2001; Murphy Charlie et al. 2001; Niebuhr Maren et al. 2004; Kneubühler Hans- Ulrich 2005).

Die vorliegenden Modelle und Verfahren der Fallbesprechungen/-konferenzen bzw. –arbeit für Menschen mit Demenz sind nur ausnahmsweise evaluiert und stellen eher erfahrungsbasierte Konzepte dar. Ihre theoretische Begründung steht sowohl für die Grundannahmen als auch für die konkrete Umsetzung noch aus. Einzig Borutta et al. (Borutta Manfred et al. 2004) berufen sich auf „Oevermanns ‚handlungstheoretischen Professionsansatz‘ sowie Weidners ‚professionelle Fallarbeit‘“, ohne diese Positionen jedoch in diesem Zusammenhang konkreter auszuführen. Eine wissenschaftliche Auseinandersetzung mit pädagogischen, didaktischen und pflegewissenschaftlichen Grundlagen der Fallbesprechung in der Altenpflegeausbildung findet sich in Haas (Haas Michael 2003; 2005). Welche Form der Besprechung sich in den nächsten Jahren als effektiv in Bezug auf herausfordernde Verhaltensweisen demenziell erkrankter Menschen herausstellen wird, bleibt letztlich den Ergebnissen der zukünftigen Forschung überlassen.

In die Empfehlung zur verstehenden Diagnostik hat die Expertengruppe Fallbesprechungen in Pflege- und Betreuungsprozessen von Menschen mit Demenz explizit einbezogen. Dies bezieht sich insbesondere auf die Bezugspflege, den Informationsaustausch, die Vereinbarung von Zielen sowie die Abstimmung von Interventionen. Durch die regelmäßig durchzu-

führenden Fallbesprechungen - gemeinsam mit Angehörigen sowie gesetzlichen Betreuerinnen bzw. Betreuern und anderen Berufsgruppen wie Hausärztinnen bzw. Hausärzten, Fachärztinnen bzw. Fachärzten, Apothekerinnen bzw. Apothekern, Sozialarbeiterinnen bzw. Sozialarbeiter usw. - wird eine individuenzentrierte Orientierung an den Bedürfnissen und Bedarfen der Bewohnerinnen und Bewohner nach transparenten Wertekriterien und wissenschaftlichen Ergebnissen sichergestellt. Die Bewohnerinnen und Bewohner bzw. deren Angehörige sind nach Möglichkeit zu beteiligen.

Um Fallbesprechungen effektiv und effizient einsetzen zu können, ist in Aus-, Fort- und Weiterbildung darauf zu achten, dass die kommunikativen Kompetenzen pflegerischer Fachpersonen besonders gefördert werden. Die Moderation und Steuerung von Pflege- und Versorgungsverläufen von Menschen mit Demenz durch Fachpersonen in der Altenpflege, sollte zu den Grundaufgaben beruflicher Pflege gezählt werden.

4.2 Empfehlung 2: Assessmentinstrumente

Die Expertengruppe empfiehlt den Einsatz von Assessmentinstrumenten zur Erfassung von herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz. Assessmentinstrumente helfen, wichtige individuelle Beobachtungen der Betreuenden zu objektivieren und tragen somit wesentlich zu einer fundierten Grundlage verstehender Diagnostik bei. Die Expertengruppe ist sich einig, dass eine weitgehend strukturierte Erfassung von herausforderndem Verhalten erfolgen sollte, da die Basis eines verstehenden und daraus abgeleiteten geplanten Handelns (oder Nicht-Handelns) in einer standardisierten Erfassung und fundierten Beschreibung des Verhaltens besteht.

4.2.1 Begriffsklärung

Ein Teil einer professionellen pflegerischen Diagnostik sollte die Anwendung von geeigneten Assessmentinstrumenten sein. Unter der Anwendung eines Assessmentinstruments wird hier eine standardisierte Beurteilung wichtiger Merkmale des Zustands eines Menschen verstanden. Trotzdem bereitet die Einführung von Assessmentinstrumenten - insbesondere in die stationäre Altenpflege - große Schwierigkeiten.

Die meisten Skalen zur Einschätzung des Verhaltens bei Menschen mit Demenz basieren auf Beobachtungen und weniger auf theoretischen oder konzeptionellen Überlegungen. Das liegt vor allem daran, dass es keine gesicherte theoretische Basis dafür gibt, wie und warum bestimmte Verhaltensweisen bei Menschen mit Demenz entstehen. So weisen die diversen Skalen auch unterschiedliche Entstehungstheorien hinsichtlich der Entstehung herausfordernden Verhaltens auf. Unter anderem wird Verhalten als Reaktion auf emotionalen Stress, auf kognitive Verluste oder als Manifestation von Störungen im zentralen Nervensystem gesehen (Cummings Jeffrey L. 1996).

Viele Instrumente und Skalen zur Erfassung des Verhaltens von Demenzkranken wurden für die Anwendung in der Medizin oder in der Forschung entwickelt und eignen sich nur bedingt für den Einsatz von Pflegenden, da ihre Nutzung zum Teil detailliertes, medizinisches Hintergrundwissen erfordert und häufig der ärztlichen Diagnostik dient. Einige Instrumente wären für die Anwendung durch Pflegende geeignet, allerdings liegen die meisten davon - gerade in diesem Bereich - nur in englischer Sprache vor. Davon gibt es eine große Anzahl (Burns Alistair et al. 2002; CIPS 2005). Die Notwendigkeit standardisierter Erfassung von Verhalten steckt in Deutschland in den Kinderschuhen, wird jedoch international seit längerem in der Pflege diskutiert. Vor allem im anglo-amerikanischen Raum wurde die Notwendigkeit von pflegeeigenen Instrumenten zur Verhaltenseinschätzung früher erkannt und die

Pflegewissenschaft konnte bereits einige Vorschläge hierzu machen (Moniz-Cook Esme et al. 2001).

4.2.2 Begründung

Die Anwendung eines geeigneten Instrumentes zur Erfassung des Verhaltens Demenzerkrankter soll helfen, aus der wichtigen subjektiven Beobachtung der Pflegenden (z. B.: „Herr Müller ist immer so aggressiv“) eine genauere und möglichst wenig wertende Beschreibung des Phänomens zu formulieren. Im Sinne einer verstehenden Diagnostik ist eine möglichst objektive und transparente Beschreibung des als problematisch angesehenen Verhaltens der erste Schritt im Assessmentprozess. In diesem Prozess sollen entscheidende Fragen geklärt werden. Diese wären zum Beispiel: Was genau heißt aggressiv? Welche Verhaltensweisen zeigt Herr Müller tatsächlich? Handelt sich dabei um körperliche oder vokale Aggression? Tritt dieses Verhalten in der Anwesenheit bestimmter Personen, in speziellen Situationen oder zu bestimmten Tageszeiten auf? Wie oft tritt das beschriebene Verhalten auf?

Ein Instrument, welches diese Fragen stellt, „zwingt“ die Pflegenden zu einer objektivierten Verschriftlichung der Beobachtungen, welche wiederum Grundlage einer multidisziplinären Fallarbeit der beteiligten Partner am Pflegeprozess sein kann. Ein so erstelltes Bild des Verhaltens hilft den Boden für eine Entscheidung zu bereiten, welche beispielsweise auch dazu führen kann, nicht zu intervenieren. Führt das Ergebnis des Verhaltens-Assessments und der darauf aufbauenden Auseinandersetzung mit den Ergebnissen zur Notwendigkeit einer Interventionsplanung, empfehlen sich unter Umständen im Verlauf weitere Assessmentverfahren (z. B. Schmerzassessment, Depressionsassessment, Prüfung von Vitalzeichen, Prüfung der Umgebungsaspekte und andere). Auf diese Weise werden Handlungsplanung und Handlung zielgerichtet und entwickeln sich weg von der Beliebigkeit, hin zu einem strukturierten und transparenten Verfahren. Ein Assessment des herausfordernden Verhaltens bildet somit die Grundlage für weitere verstehende Diagnostik und kann im Verlauf für die Evaluation der eingeleiteten Maßnahmen nützlich sein.

Ein weiterer Aspekt der Anwendung von Assessments sollte an dieser Stelle noch kurz genannt werden. Die Anwendung (pflegerischer) Assessments zur Problem- und Ressourcen-erkennung verhilft der Pflege im multidisziplinären Prozess zu einer fundierten Auseinandersetzung mit den anderen Disziplinen und verdeutlicht die Notwendigkeit pflegerischer Expertise. Schließlich sind es die Pflegenden und andere Betreuende, die erkennen, dass „Herr Müller“ aggressiv oder apathisch ist. Sie (und die Angehörigen!) sind diejenigen, die das Verhalten beobachten und mit diesem Verhalten umgehen müssen. Im Rahmen der verstehenden Diagnostik müssen Pflegende die Informationen sammeln, welche sie für eine wissenschaftsbasierte Planung von Maßnahmen benötigen. In der Zusammenarbeit mit den anderen

beteiligten Disziplinen geben sie ihre Beobachtungen in Form strukturierter Beschreibungen (z. B. an Mediziner) weiter. Je genauer die Informationen sind, desto präziser können beispielsweise Mediziner Ursachen erkennen und unter Umständen eine adäquate (z. B. medikamentöse) Behandlung einleiten. Letztlich sind es häufig auch die Pflegenden, die durch strukturierte Beobachtung und Beschreibung dafür sorgen, dass Medikamente, die einmal verschrieben wurden, wieder abgesetzt werden. Aus diesen Gründen ist es unerlässlich, dass professionell Pflegende Instrumente anwenden können.

Wie die nachfolgende Beschreibung von Instrumenten zeigt, ist die Existenz strukturierter Instrumente noch keine Garantie für eine adäquate Erfassung herausfordernder Verhaltensweisen.

4.2.3 Verschiedene Arten von Assessmentinstrumenten

Es existieren verschiedene Instrumentengruppen, welche zur Erfassung von Verhalten bei Demenzerkrankten konzipiert sind. Grundsätzlich lassen sich drei Gruppen von Assessments zur Erfassung von Verhalten bei Personen mit Demenz unterscheiden.

Die erste Gruppe besteht aus Instrumenten, die sich um die Erfassung einzelner Verhaltensweisen bemühen. Zu nennen wäre in diesem Zusammenhang beispielsweise die „Algase Wandering Scale (AWS)“ (Algase Donna L. et al. 2001), welche das Phänomen des nicht zielgerichteten Umherlaufens in Häufigkeit und Anlass erfasst.

Die zweite Gruppe der Assessmentinstrumente in diesem Feld erfasst bestimmte, zu größeren Gruppen (Kategorien) zusammengefasste, Verhaltensweisen. Beispiele hierfür sind die „Cohen Mansfield Agitation Inventory (CMAI)“ (Cohen-Mansfield Jiska 1991) zur Messung agitierten Verhaltens oder die „Hamilton Depression Rating Scale (HAMD)“ (Hamilton Max 1960) zur Erfassung depressiven und antriebsarmen Verhaltens.

Die letzte hier zu besprechende Gruppe von Assessmentinstrumenten sind Instrumente, welche versuchen (auffälliges oder herausforderndes) Verhalten in seiner Gesamtheit zu erfassen. Derartige Instrumente sind das „Neuropsychiatric Inventory (NPI)“ (Cummings Jeffrey L. 1994) oder das „Behavioral Pathology in Alzheimer’s Disease (BEHAVE-AD)“ (Reisberg Barry et al. 1987). Ein weiteres Instrument, welches jedoch in dieser Gruppe mit anderen Assessments einen Sonderfall darstellt, ist das „Dementia Care Mapping (DCM)“ (Bradford Dementia Group 1997). Bei diesem Verfahren wird zeitgleich mit der Erfassung jeglichen Verhaltens versucht, das Wohlbefinden der Betroffenen und die Qualität des Kontaktes zwischen Personal und Erkrankten zu bewerten.

Es existiert neben den genannten Instrumenten eine Vielzahl an Instrumenten zur Erfassung von Verhalten bei Demenzerkrankten, deren Majorität zum einen nicht in die deutsche Sprache übersetzt ist und zum anderen vornehmlich in der Forschung eingesetzt wird.

Eine weitere sehr bekannte Gruppe von Instrumenten sind diejenigen, die die Demenzschwere einschätzen sollen. Ein häufig in der Praxis genutztes Instrument ist der Mini-Mental-Status-Test MMST oder MMSE (Folstein Marshal F. et al. 1975). Dieses Instrument dient hauptsächlich der Einschätzung des Schweregrades der kognitiven Beeinträchtigungen bei Demenzkranken. Nach einer kurzen Unterweisung darf der MMST auch von Nicht-Medizinern angewendet werden (CIPS 2005). Mit diesem Assessment werden Bereiche wie Orientierung, Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit und Rechenfähigkeit, Erinnerungsfähigkeit und Sprache erfasst. Das Instrument dient nicht der Einschätzung von Verhalten. Weitere vergleichbare Skalen sind der DemTect, die Global Deterioration Scale (GDS), die Brief Cognitive Rating Scale (BCRS) und das Functional Assessment Staging (FAST).

Die Expertengruppe hat sich mit vier ausgewählten Instrumenten beschäftigt, die deutschsprachig genutzt werden, veröffentlicht sind und nach Expertenurteil in deutschen Altenheimen zur Erfassung und Einschätzung des Verhaltens Demenzkranker angewandt werden. Diese sind das Cohen-Mansfield-Assessment-Instrument (CMAI), Minimum Data Set des Resident Assessment Instruments (RAI), die Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients (NOSGER) und das Dementia Care Mapping (DCM).

4.2.4 Vorstellung von Assessmentinstrumenten

Im Folgenden werden die genannten Instrumente anhand bestimmter Kriterien vorgestellt. Zu diesen gehören:

- Anlass und Ziel der Entwicklung, Anwendung
- Zielpopulation
- Inhalte, Bereiche und Dimensionen des Instrumentes
- Befragungsart
- Umfang/ Anzahl der Items/ Zeit zum Ausfüllen
- Schulung
- Gütekriterien (Reliabilität und Validität)

Cohen-Mansfield-Assessment-Instrument (CMAI)

Anlass und Ziel der Entwicklung, Zielpopulation, Befragungsart, Schulung

Das CMAI wurde von Cohen-Mansfield auf der Basis empirischer Beobachtungen von demenzkranken und nicht demenzkranken Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern entwickelt (Radzey Beate 2004). Es wurde speziell zur Erfassung agitierten Verhaltens in Pflegeheimen für Forschungszwecke konzipiert, eine Version für die häusliche Pflege existiert ebenfalls (Cohen-Mansfield Jiska 1999). Mittlerweile wird das Instrument in der klinischen Praxis genutzt und gilt in diesem speziellen Feld als die am häufigsten genutzte Skala (Radzey Beate 2004). Anwendung findet die Cohen-Mansfield-Skala (CMAI) sowohl in der Forschung als auch zur Beurteilung von Interventionen und Strategien bei agitiertem Verhalten. Die Anwendung des CMAI als Fremdbeurteilungsinstrument basiert auf der Beobachtung und rückschauenden Bewertung von agitiertem Verhalten der letzten zwei Wochen durch Pflegende. Das CMAI kann von qualifiziertem Pflegepersonal angewendet werden und bedarf lediglich einer kurzen Einführung.

Inhalte des Instrumentes, Umfang/Anzahl der Items, Zeit zum Ausfüllen

Das CMAI widmet sich ausschließlich der Messung agitierten Verhaltens. Solches Verhalten – definiert als „unangemessene verbale, vokale oder motorische Aktivität, welche sich nicht direkt durch die Bedürfnisse oder die Verwirrung der agitierten Person erklärt“ (Radzey Beate 2004 S. 106) – äußert sich zusammenfassend in vier Dimensionen und beinhaltet 29 Verhaltensweisen. Diese treten miteinander auf oder korrelieren (Radzey Beate 2004).

Diese sind:

- körperlich aggressives Verhalten (z. B. Schlagen, Treten)
- körperlich nicht-aggressives Verhalten (z. B. Eindringen in fremde Räume)
- verbal agitiertes Verhalten (z. B. anhaltendes Schreien) und
- Verstecken bzw. Horten von Gegenständen.

In der Originalversion existieren 29 Items (Verhaltensweisen), welche auf einer siebenstufigen Häufigkeitsskala von „nie“ bis hin zu „mehrmals in der Stunde“ bewertet werden. Es gibt mehrere veränderte Versionen des Instrumentes, welche sich vor allem in der Anzahl der Items unterscheiden: Kurzformen mit 14 Items, eine Langform mit 29 Items und eine Version mit 37 Items für die häusliche Pflege (Cohen-Mansfield Jiska 1996). Es gibt keinen Gesamtscore. Die Punkte werden jeweils für die verschiedenen Faktoren im Einzelnen ausgewertet. Die Anwendung der Originalversion benötigt ca. 10 bis 15 Minuten (Burns Alistair et al. 1999).

Es gibt zahlreiche Untersuchungen zur Validität und Reliabilität der Skala (Weiner Myron F. et al. 1996; Cohen-Mansfield Jiska et al. 2004), allerdings existiert keine Studie zu einer deutschsprachigen Fassung.

Zusammenfassung

Das CMAI scheint geeignet zu sein, agitiertes Verhalten zu erfassen. Wichtig ist, dass den Anwendern des Verfahrens bewusst ist, dass das CMAI nur Ausschnitte herausfordernden Verhaltens beurteilen kann, da beispielsweise das Rückzugsverhalten mit dem Instrument nicht abgebildet wird. Insofern kann die Skala lediglich ein Baustein der strukturierten Erfassung von Verhalten bei Demenzerkrankten sein.

Allerdings sagt die reine Erfassung der Verhaltensweisen noch nichts über die Ursachen des Verhaltens aus. Cohen-Mansfield selbst bemerkt, dass dieses Problem bislang durch kein Assessment gelöst wurde. Sie formuliert in dieser Hinsicht großen Entwicklungsbedarf (vgl. Radzey Beate 2004).

Minimum Data Set des Resident Assessment Instruments (MDS/ RAI)

Anlass und Ziel der Entwicklung, Zielpopulation, Befragungsart, Schulung

Das RAI 2.0 für die Langzeitpflege (longterm-care) ist ein System zur Klientenbeurteilung und Pflegedokumentation (Garms- Homolova Vjenka et al. 2000) und wurde 1996 im Auftrag des Kuratorium Deutsche Altershilfe, gefördert durch die Robert Bosch Stiftung in deutscher Sprache herausgegeben. Es ist nicht spezifisch für Demenzkranke, sondern für die gesamte Bewohnerschaft einer Einrichtung konzipiert worden. Das Herzstück des Instrumentes ist das Minimum Data Set (MDS). Es ist ein sehr umfassendes, standardisiertes Erhebungssystem, das 250 Items beinhaltet. Für jedes Item sind im RAI-Handbuch Beurteilungsstandards festgelegt. Mit Hilfe des MDS werden 18 Bereiche erfragt.

Die Bedürftige/der Bedürftige, beim RAI „Klient“ genannt, wird bezogen auf die letzten sieben Tage eingeschätzt. Die Sichtweisen der Klientin, des Klienten, der Pflegenden und anderer Bezugspersonen werden in die Einschätzung miteinbezogen, d. h. Selbst- und Fremdbeurteilung. Die Informationen können im direkten Interview, durch längere Beobachtungen und in Gesprächen mit Pflegenden und Angehörigen gesammelt werden. Das Instrument sollte von speziell geschulten Pflegenden angewandt werden (Garms- Homolova Vjenka et al. 2000).

Inhalte des Instrumentes, Umfang/Anzahl der Items, Zeit zum Ausfüllen

Das Instrument besteht aus 18 Bereichen⁵. Mit dem Bereich „Stimmungslage und Verhalten“ wird explizit das Verhalten eingeschätzt. Hierbei wird nach Umherirren (wandering), verbaler und körperlicher Aggressivität (abuse), sozialer Unangemessenheit und dem sich der Pflege/Behandlung widersetzen (resistance to care) gefragt. Außerdem wird die Häufigkeit von einzelnen Verhaltensformen in den letzten sieben Tagen eingeschätzt. Unter Stimmung wird ausschließlich traurige und ängstliche Stimmung verstanden, wobei hier auch Verhaltensweisen erfasst werden, wie z. B. Rückzug oder eingeschränkte soziale Aktivität.

Die Auswertung des Instrumentes findet mit Hilfe einer so genannten Risikoerkennungstafel statt, indem bestimmte Items des Instrumentes (sog. Trigger) auf Problembereiche bei der individuellen Bewohnerin oder dem Bewohner hinweisen. Diese kritischen Zustände benötigen eine Intervention. Der Bereich „Stimmung und Verhalten“ wird allerdings in zwei separaten Problembereichen ausgewertet. Das bedeutet, wenn keine der genannten (meist agitierten) Verhaltensweisen zutrifft, wird kein herausforderndes Verhalten erkannt. Gleichzeitig kann aber ein starkes passives Verhalten existent sein, welches nicht als herausforderndes Verhalten definiert wird, sondern dem Bereich der Stimmung zugerechnet wird. Menschen mit ängstlicher oder passiver Stimmung werden demnach nicht als „verhaltensauffällige“ Gruppe erkannt.

Das gesamte Instrument ist sehr umfangreich und benötigt je nach Erfahrung im Umgang zwischen 30 und 90 Minuten (Garms- Homolova Vjenka et al. 2000). Der Bereich „Stimmungslage und Verhalten“ benötigt jedoch nur wenige Minuten, sofern die Informationen vorhanden sind. Für beide Themenbereiche wird die Form des Verhaltens bzw. der Stimmung erfasst, ihre Häufigkeit (Zeitraum sind die letzten sieben Tage), ihre Beständigkeit (Beeinflussbarkeit) und die Veränderungen (Verbesserung oder Verschlechterung).

International wurde das MDS häufig auf Reliabilität und Validität getestet (Casten Robin et al. 1998; Lawton M. Powell et al. 1998; Horgas Ann L. et al. 2001).

Zusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich über den Bereich „Stimmungslage und Verhalten“ des MDS feststellen, dass hier als verhaltensauffällig nur ein aktives, häufig auch aggressives Verhalten verstanden wird. Verhaltensformen, die eher der Passivität oder Apathie zuzuordnen

⁵ Demografische und Hintergrundinformationen zum Klienten, Kognitive Fähigkeiten, Kommunikative Fähigkeiten/Hören, Sehfähigkeit, Stimmungslage und Verhalten, Psychosoziales Wohlbefinden, Körperliche Funktionsfähigkeit/ADL, Kontinenz, Krankheitsdiagnosen, Gesundheitszustand, Ernährungszustand, Mund-/Zahnstatus, Zustand der Haut, Beschäftigungsmuster, Medikation, Spezielle Behandlungen, Entlassungspotenzial und Gesamtzustand, Gewohnheiten)

sind, sind nicht als verhaltensauffällig definiert. Die passiven Bewohnerinnen und Bewohner werden aber durch den Bereich der Stimmung erfasst. Bei der Auswertung der Daten sollten vor allem dann, wenn die Risikoerkennungstafel als Hilfe angewandt wird, Stimmung und Verhalten gemeinsam ausgewertet werden. Nur dies stellt sicher, dass Bewohnerinnen und Bewohner mit herausforderndem Verhalten erfasst werden. Positiv anzumerken ist, dass sowohl das Verhalten als auch seine Häufigkeit, Beeinflussbarkeit und Veränderung erfasst werden und somit umfangreichere Informationen für das Assessment zur Verfügung stehen als z. B. beim CMAI. Nachteilig ist die Formulierung der Items. Diese sind nicht wertfrei, sondern stark wertend formuliert. Das bedeutet, dass das Verhalten nicht sachlich beschrieben wird, sondern direkt interpretiert und gewertet wird (z. B. „sozial unangemessenes Verhalten“ oder „widersetzt sich der Behandlung/Pflege“). Mit solchen Zuschreibungen werden Urteile gefällt, bevor das Phänomen sachlich beschrieben wird. Des Weiteren soll an dieser Stelle festgehalten werden, dass das RAI 2.0 und somit auch das MDS nicht speziell für Menschen mit Demenz entwickelt wurden, sondern als Instrumente für alle Altenheimbewohnerinnen und -bewohner gelten.

NOSGER

Anlass und Ziel der Entwicklung, Zielpopulation, Befragungsart, Schulung

Die NOSGER (Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients) ist ein 1987 in der Schweiz entwickeltes Instrument für den stationären und häuslichen Bereich, welches auch international Anwendung findet. Die NOSGER wurde im Rahmen einer klinischen Studie zur Wirkungsprüfung eines neuen Psychopharmaka entwickelt. Sie basiert auf den Skalen NOSIE (Nurses' Observation Scale for Inpatient Evaluation) und GERRI (Geriatric Evaluation by Relatives Rating Instrument). Als Zielprobanden werden „psychisch gesunde oder gestörte Altersprobanden“ genannt, sowohl in eigener Häuslichkeit als auch in Pflegeheimen (Wahle Magrit et al. 1996).

Die Originalversion ist in deutscher Sprache verfasst. Die NOSGER will alltagsrelevante Verhaltensweisen bei psychogeriatrischen Patientinnen und Patienten erfassen. Mit ihr sollen sowohl Querschnittsvergleiche, als auch Verläufe für Gruppen und Individuen darstellbar sein. Hauptanwendung für die NOSGER sind Therapiestudien in der Psychogeriatric (Wahle Magrit et al. 1996) und die Erfassung des psychosozialen Pflegebedarfs (Richter Dirk et al. 2000). Beim NOSGER handelt es sich um ein Fremdbeurteilungsinstrument. Die Basis für die Bewertung sind die letzten 14 Tage. Die Skala soll von den Angehörigen der Patientinnen/Patienten oder den betreuenden Pflegenden angewandt werden. Eine kurze mündliche Anweisung soll für die Handhabung der Skala ausreichend sein (Wahle Magrit et al. 1996). In aktuellerer Literatur wird ein formales Training nicht mehr vorgeschrieben, die Bedeutung

der einzelnen Items und die Kenntnis notwendiger Beobachtungen werden jedoch für die Anwendung vorausgesetzt.

Inhalte des Instrumentes, Umfang/Anzahl der Items, Zeit zum Ausfüllen

Die Skala enthält 30 Items und erfasst die Bereiche Gedächtnis, Instrumental Activities of Daily Living (IADL), Activities of Daily Living (ADL), Stimmung, Sozialverhalten und störendes Verhalten. Die Wahl der Dimensionen soll den Verhaltensbereichen entsprechen, die bei geriatrischen Patientinnen und Patienten, vor allem demenziell Erkrankten, häufig herausfordernd sind (Brunner Christof et al. 1990). Die Items sind jeweils mit einer 5-stufigen Skala versehen (von immer bis nie), auf der die Häufigkeit des Verhaltens innerhalb der zwei Beobachtungswochen beurteilt wird. Die Ergebnisse aus dem Assessment können in Form von Profilen und Sternen dargestellt werden. Möglich ist auch eine numerische Darstellung, die jedoch noch nicht ausreichend validiert ist.

Der Bereich „störendes Verhalten“ (Wortlaut) der NOSGER beschränkt sich nur auf die aktiven Verhaltensweisen, die hauptsächlich negative Auswirkungen/Folgen auf andere haben (*Ist unruhig in der Nacht, läuft davon, ist reizbar und zänkisch, wenn man ihn/sie etwas fragt, ist aggressiv in Worten und Taten, ist eigensinnig: hält sich nicht an Anweisungen und Regeln*). Besonders fragwürdig ist das Item *„Ist eigensinnig: hält sich nicht an Anweisungen und Regeln“*. Dieses Verhalten ist laut der NOSGER per se „gestört“. Dies ist in hohem Maße bedenklich, da auch gesunde Menschen sich in der Gesellschaft nicht an alle Regeln und Anweisungen halten und nicht als „verhaltensgestört“ gelten. Betrachtet man auch die Gruppe der Menschen mit kognitiven Einschränkungen, wie z. B. einer Demenzerkrankung, ist möglicherweise das *„Sich nicht an Anweisungen und Regeln halten“* der Ausdruck des Gedächtnisverlustes und weniger ein Ausdruck der Eigensinnigkeit. Die passiven Bewohnerinnen und Bewohner werden zum Teil mit der Dimension Sozialverhalten, im Speziellen mit dem Item *„Nimmt Anteil an den Vorgängen in seiner/ihrer Umgebung“* abgebildet. Die Dimension Stimmung zielt mehr auf den Gemütszustand, speziell die Depressivität ab (traurig, weinerlich, wertlos, gutgelaunt). Wertet man also die NOSGER wie empfohlen pro Dimension aus, würden mit der Dimension „störendes Verhalten“ Menschen mit apathischem oder passivem Verhalten nicht erfasst.

Die Reliabilität und Validität wurde international geprüft (11 Länder, acht Sprachen) (Tremmel Lothar et al. 1993; Wahle Magrit et al. 1996). Die Ergebnisse müssen jedoch mit Vorsicht betrachtet werden, da erst im Jahr 2004 ein Fehler in der Polung der Skala festgestellt wurde (das Item Traurigkeit wurde falsch bepunktet) (<http://www.fwiegleb.de/dddemen1.htm>, Zugriff 26.06.06).

Zusammenfassung

Zusammenfassend kann über den Bereich „störendes Verhalten“ der NOSGER gesagt werden, dass die Skala nur aktiv-auffällige Bewohnerinnen und Bewohner erfasst und zwar auch solche, die sich den Gegebenheiten einer Institution nicht anpassen können oder - wie NOSGER unterstellt - wollen, sei es aufgrund ihrer Persönlichkeit oder auch bedingt durch Krankheit. Die Formulierung der Items ist wertend und generalisierend (z. B. "reizbar, zänkisch, eigensinnig") und lässt nicht viel Raum für personenorientierte Interpretationen des Verhaltens. Dies beschränkt die Ursachenfindung von vornherein. Auch nicht alle hier aufgeführten Verhaltensweisen gehören dem herausfordernden Verhalten an. „Zänkisch oder eigensinnig sein“ ist meistens eine Charaktereigenschaft, die per se keiner Intervention (und wenn doch, nicht einer pflegerischen, sondern eher einer psychotherapeutischen) bedarf. Das passive Verhalten wird bei NOSGER nicht als „störendes Verhalten“ definiert, allerdings durchaus mit anderen Bereichen erfasst (z. B. unter Stimmung oder Sozialverhalten). Das bedeutet für diejenigen, die das Instrument anwenden, dass alle Items ausgewertet werden müssen und die vorgeschlagene Aufteilung in die Bereiche, im Speziellen die Beschränkung nur auf den Bereich „störendes Verhalten“, zu Fehlinterpretationen führen kann.

Dementia Care Mapping (DCM)

Anlass und Ziel der Entwicklung, Zielpopulation, Befragungsart, Schulung

Die Dementia Care Mapping-Methode (Bradford Dementia Group 1997) wurde von den Psychologen Tom Kitwood und Kathleen Bredin Anfang der 90er Jahre an der Universität Bradford in England entwickelt. Grundgedanke Kitwoods bei der DCM-Entwicklung war es, die Perspektive der von einer Demenzerkrankung Betroffenen in eine qualitätsgesicherte Versorgung einzubeziehen. Das DCM-Instrument ist ausschließlich zur Beobachtung Demenzerkrankter in stationären und teilstationären Alteneinrichtungen konzipiert.

Der von Kitwood im Rahmen seines „Personenzentrierten Ansatzes“ der Versorgung Demenzerkrankter als „*Sozialpsychologie der Demenz*“ beschriebene Erklärungsansatz (Kitwood Tom 2000) für deren Verhalten spiegelt sich in der Konstruktion des Instrumentes wider. Die Sozialpsychologie der Demenz beschreibt die Aspekte Biografie, Persönlichkeit, allgemeiner Gesundheitsstatus, Neuropathologie und Milieu (personal und materiell) als Einflussfaktoren zum Einen für die Entstehung und zum Anderen auf die Ausgestaltung von Verhalten bei Menschen (mit Demenz).

Im Zentrum der Gesamtmethode aus Einführung in die personenzentrierte Pflege, Beobachtung und Feedback „steht das Beobachtungsinstrument Dementia Care Mapping, welches versucht, vor dem Hintergrund einer sozialpsychologischen Theorie der Demenzpflege, Ver-

halten und relatives Wohlbefinden von Demenzkranken durch Beobachtung und Kodierung abzubilden (Rüsing Detlef 2003)“ und den Grad personenzentrierter Pflege zu bewerten. Die DCM-Methode sollte zyklisch angewendet werden. Dies bedeutet, dass nach einer Erhebung und der darauf folgenden Feedbacksitzung mit dem Team und der für die einzelnen Bewohnerinnen und Bewohner individuellen Handlungsplanung nach ca. drei bis vier Monaten eine neue Evaluation mit erneuter Handlungsplanung durchgeführt werden soll. Auf diese Weise wollen die Entwickler einen permanenten Qualitätssicherungs- und Qualitätsentwicklungsprozess initiieren. Die DCM-Methode ist ausschließlich in dreitägigen DCM-Basiskursen erlernbar, welche von lizenzierten Trainern durchgeführt werden. Erstmals publiziert wurde das Verfahren 1992 (Kitwood Tom et al. 1992).

Inhalte des Instrumentes, Umfang/Anzahl der Items, Zeit zum Ausfüllen

Dementia Care Mapping misst drei unterschiedliche, jedoch inhaltlich miteinander verbundene Konzepte, welche seitens der Beobachterinnen oder Beobachter (Mapper) mit Hilfe von Codes und frei formulierten Aufzeichnungen abgebildet (gemappt) werden. Diese drei Konzepte sind Verhalten (24 Items), Befinden (sechs Items; ordinalskaliert von -5 bis +5 in Zweierschritten) und Qualität der Interaktion zwischen Pflegenden und Demenzkranken (standardisierte und frei formulierte Kodierung).

Durch die strukturierte Beobachtung (Mapping) mit Hilfe des DCM-Instrumentes wird ein detailliertes Bild des Befindens, des Verhaltens und der Interaktion von Bewohnerinnen und Bewohnern einer Einrichtung gezeichnet, welches dann die Basis für Fallarbeit und individuelle Handlungsplanung darstellt (Feedbacksitzung). Beobachtungen finden ausschließlich im öffentlichen Raum einer Einrichtung statt. Beim DCM handelt es sich um ein Fremdbeurteilungsinstrument. Es werden maximal acht Personen gleichzeitig über einen Zeitraum von mindestens sechs Stunden beobachtet. Die Kodierungen folgen den Regeln eines umfangreichen Manuals. Das DCM-Verfahren wird drei- bis viermonatig durchgeführt und nimmt etwa drei bis vier Tage des (ausgebildeten) Mappers in Anspruch.

Es wurde international in einigen Studien auf seine Reliabilität und Validität untersucht (Thornton Amanda et al. 2004; Brooker Dawn 2005; Rüsing Detlef 2005).

Zusammenfassung

Die DCM-Methode ist sehr aufwändig. Obschon sie im anglo-amerikanischen Raum verstärkt als Forschungsinstrument genutzt wird, ist sie nicht als solches konzipiert worden. Es existiert ein umfangreicher quantitativer statistischer Auswertungsteil. Die Stärke der Methode liegt nach Expertenmeinung insbesondere in ihrer Fähigkeit - zwar subjektive, aber regelgeleitete - Beobachtungen zu liefern, die dann im Team für eine individuelle Fallarbeit nutzbar sind. Das Verhalten von Demenzerkrankten lässt sich mit Hilfe des DCM beschreiben und

quantifizieren. Allerdings muss bedacht werden, dass bei einer DCM-Erhebung von einer beobachtenden Person lediglich maximal acht Personen mit Demenz beobachtet werden können. Es ist aber möglich, mit mehreren Mappern gleichzeitig zu arbeiten, um so mehr als acht Personen mit Demenz zu erfassen.

4.2.5 Fazit

Sämtliche hier aufgeführten Instrumente können nur bedingt zur Erfassung herausfordernden Verhaltens genutzt werden. Sie weisen allesamt nicht unerhebliche Einschränkungen auf. Alle Instrumente geben vor, herausfordernde Verhaltensweisen zu erfassen; in den meisten Fällen wird aber als verhaltensauffällig lediglich aktives, häufig aggressives Verhalten verstanden. Eher passive oder auf Antriebsarmut basierende Verhaltensformen werden zumeist als nicht verhaltensauffällig definiert, sondern durch andere Bereiche wie Sozialverhalten, Stimmung oder Wohlbefinden erfasst. So muss das CMAI im Sinne eines Assessments von herausforderndem Verhalten mit anderen Instrumenten ergänzt werden, um ein vollständiges Bild des herausfordernden Verhaltens zu erhalten, da es ausschließlich agitiertes Verhalten erfasst. Auch bei NOSGER und MDS ist es notwendig, die Items aus verschiedenen Bereichen dem Sozialverhalten, der Stimmung oder dem Wohlbefinden zusammenzuführen, um Fehlinterpretationen zu vermeiden. Das DCM-Instrument hat als einziges Instrument explizit Items für passives und apathisches Verhalten.

Merkmale des Verhaltens, wie z. B. die Häufigkeit des Auftretens werden von allen Instrumenten erfasst, wobei das DCM als Beobachtungsinstrument lediglich Aussagen zur beobachteten Zeit macht (sechs bis acht Stunden). Informationen zur Beeinflussbarkeit des Verhaltens werden beim MDS und beim DCM erfasst. Informationen zur Dauer, Stärke und Situationsbezug werden ausschließlich durch das DCM erhoben. Somit fehlen den Pflegenden bei den anderen Instrumenten wichtige Informationen und Hinweise für eine genauere Einschätzung des Verhaltens. Das MDS, NOSGER und CMAI fragen retrospektiv nach der Häufigkeit des Verhaltens in den letzten sieben bis 14 Tagen.

Nachteilig bei allen Instrumenten ist die Formulierung bzw. die Operationalisierung der Items. Diese sind nicht immer wertungsfrei. Das bedeutet in der Folge, dass das Verhalten nicht sachlich beschrieben wird, sondern direkt interpretiert und gewertet wird (z. B. „sozial unangemessenes Verhalten“ oder „widersetzt sich der Behandlung/Pflege“). Mit solchen Zuschreibungen werden Urteile gefällt und die Ursachenforschung damit erschwert.

Die Praktikabilität der Instrumente ist sehr unterschiedlich: Die DCM-Methode und das RAI/MDS sind sehr umfassende und zeitaufwändige Instrumente, wobei das DCM das aufwändigste Instrument ist. Alle Instrumente sind für Pflegende geeignet. Eine Schulung wird zum

Teil vorgeschrieben (DCM, MDS) und bei den anderen Instrumenten von den Entwicklern empfohlen. Aus Sicht der Experten ist jedoch eine Schulung für jedes Instrumentarium empfehlenswert.

Die vier hier diskutierten Instrumente greifen auf sehr unterschiedlichen Ebenen in den Prozess einer verstehenden Diagnostik ein und sind deshalb schwer miteinander zu vergleichen. Während das CMAI eine relativ schnelle, kurzfristige und in kurzen Zeitabständen wiederholbare Messung der Häufigkeit einer spezifischen Verhaltensgruppe, nämlich der Agitation für ein Individuum erlaubt, schafft das DCM durch einmalige, mehrstündige Beobachtung von Gruppen eine Datenlage für qualitätssichernde Teamprozesse. Auch das RAI verfolgt neben der Informationssammlung für individuelle Bewohnerinnen und Bewohner als Gesamtkonzept die Verbesserung und Strukturierung der Pflegedokumentation. Die Wahl des Instrumentes sollte deshalb durch das Ziel bestimmt werden, welches eine Einrichtung für die Anwendung eines Instrumentes für sich definiert.

Für alle diese Instrumente gilt, dass sie nur einen ersten Schritt im diagnostischen Prozess darstellen können, wenn sie mit fehlenden Inhalten ergänzt werden. Auf den Ergebnissen aufbauend kann dann im Rahmen der verstehenden Diagnostik Ursachenforschung im Team betrieben werden.

Der Expertengruppe ist bewusst, dass derzeit nur wenige von Pflegenden anwendbare und überprüfte deutschsprachige Instrumente zur Erfassung herausfordernden Verhaltens existieren. Zudem sind einige dieser Instrumente lediglich zur Erfassung bestimmter Verhaltensweisen oder Verhaltenskomplexe konstruiert worden. Aus diesem Grunde müssen diese bei Anwendung als Initialassessment mit anderen Instrumenten kombiniert werden.

Die Expertengruppe wünscht eine verstärkte wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Assessmentinstrumenten in diesem Bereich, an deren Ende eine Übersetzung und Überprüfung eines fremdsprachigen Assessments oder die Entwicklung eines neuen deutschsprachigen Assessments zur Erfassung herausfordernden Verhaltens steht. Wesentliche Merkmale eines solchen Instrumentes müssen ein praktikabler Zeitaufwand und die Tauglichkeit zur Anwendung durch professionell Pflegende sein.

4.3 Empfehlung 3: Validieren

Die Expertengruppe empfiehlt als Basis für die Arbeit und Kommunikation mit Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten eine validierende, wertschätzende Grundhaltung. Diese ist gekennzeichnet durch Einfühlungsvermögen in die Situation der Betroffenen, einer Akzeptanz der Demenz sowie der hieraus resultierenden Lebensweisen. Das validierende Haltungsmuster orientiert sich vordergründig an den Gefühlen sowie den Beweggründen für das gelebte Verhalten und ermöglicht ein gefühlsorientiertes, verstehendes Umgehen. Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Organisation sollen über Kenntnisse zur validierenden Grundhaltung verfügen. Die validierende Haltung sollte entsprechend der jeweiligen Situation mit anderen empathischen Methoden und Konzepten verbunden sein. Die Expertengruppe legt sich nicht auf eine bestimmte Richtung in der Validation fest.

4.3.1 Begriffsklärung

Die verschiedenen Formen der Validation enthalten als wichtigstes Kriterium eine empathische Grundhaltung, bei der mit Hilfe bestimmter Techniken mit Demenzerkrankten kommuniziert wird. Basis dieser Umgangsweise sind Empathie, Bestätigung, Wertschätzung und eine ganzheitliche Sicht der Person. Ausgangspunkt der Validation ist die Überzeugung, dass jedes Verhalten eine Bedeutung hat. Pflegende müssen sich in der Kunst üben, diese Bedeutungen zu verstehen. Der Kern der validierenden Haltung ist Anerkennung und Bestätigung von Gefühlen und damit die Bereitschaft, sich in die innere Welt der Menschen mit Demenz zu begeben.

Herkunft

Der ursprüngliche Ansatz zur Validation kam von Feil (Feil Naomi 1985; 1989a) und war eine kommunikative Methode für hochbetagte Menschen mit einer Geschichte von Selbstenttäuschung, der Unfähigkeit, Lebensprobleme zu lösen und der daraus entstandenen emotionalen Isoliertheit. Die ursprüngliche Zielgruppe für Validation waren Menschen, die nicht unbedingt dement, aber altersverwirrt waren und ein ‚schwaches Ego‘ aufwiesen (Feil Naomi 1985). Später hat Feil ihre Methoden den neuen Einsichten und Entwicklungen in der Demenzforschung angepasst und Validation als Herangehensweise für Demenzkranke bezeichnet (Feil Naomi 1989b; 1993).

Die Sichtweise von Feil, die der Altersverwirrtheit eine psychologische Herkunft bescheinigte, wurde Anfang der 1970er auch von Anderen geteilt. So sah auch der holländische Geriater Sipsma den Grund für die Verwirrtheit in den zahlreichen Verlusten im hohen Alter, die eine ständige Bedrohung für das emotionale Gleichgewicht darstellten (Sipsma Dick H. 1970). Die im hohen Alter erlebbaren körperlichen und psychosozialen Verluste stellen eine hohe Herausforderung an die älteren Menschen, ihr emotionales Gleichgewicht immer wieder neu zu

finden bzw. zurückzuerobern. Auch er sprach ebenfalls eher von Altersverwirrtheit als von Alzheimerkrankheit. Diese psychologische Sichtweise wurde später in den 1990er Jahren durch das Adaptation-Coping-Model aufgenommen (Dröes Rose Marie 1991). Dieses Modell fußt auf der Annahme, dass das Verhalten von Menschen mit Demenz nicht nur durch die Krankheit selbst verursacht wird, sondern auch durch die Verarbeitung der Folgen der Krankheit. Somit kann das Verhalten als Resultat der Verarbeitung bzw. eine Form von Copingstrategien sein. Der amerikanische Psychiater Verwoerd argumentierte, dass das Verhalten von Demenzkranken im Zusammenhang mit dem Charakter und dem Lebenslauf steht. Menschen, die kreativ auf Veränderungen und Krisen im Leben reagierten, zeigten bessere Bewältigungsstrategien bei Demenz. Dabei spielte nach seiner Wahrnehmung auch Intelligenz und Ausbildung eine Rolle (Verwoerd Adriaan 1976; 1981).

Formen

In Deutschland sind vor allem drei Formen oder Konzepte eines validierenden Umgangs bekannt: Validation nach Feil, die Integrative Validation nach Richards und die erlebensorientierte Pflege als Teil des mäeutischen Pflegemodells.

Validation wurde in den siebziger und achtziger Jahren von Naomi Feil (1985; 1989a) entwickelt und kam Ende der 1980er Jahre nach Europa (Van der Kooij Cora 1992; 1993b; 1993a). Nach Feil sind Einfühlungsvermögen, Umgangsfertigkeiten und Kenntnisse der Stadien von Demenz mit der entsprechenden Herangehensweise die Pfeiler eines validierenden Umgangs. Dazu kommt in der Validation nach Feil eine genau umschriebene, stark strukturierte Gruppenarbeit für Menschen in der Phase der ‚Zeitverwirrtheit‘, das heißt für Menschen, die in ihrer inneren Welt leben, in der die Zeit kein ordnender Faktor mehr ist (Feil Naomi 1989a; 1993; Jones Gemma 1997). Feil unterscheidet vier Stadien von Desorientierung: mangelhafte Orientierung, Zeitverwirrtheit, sich wiederholende Bewegungen und Vegetieren. In dem Maß, wie das Individuum sich in sich selbst zurückzieht, den Kontakt mit der externen Realität abbricht und sich nur noch in seiner persönlichen Realität bewegt, gleitet es von einem Stadium zum folgenden. Für jedes Stadium gibt es deutlich abgegrenzte körperliche und psychische Charakteristika. In der Praxis werden Betreuer oft mit Kombinationen dieser Merkmale konfrontiert. Im Laufe eines Tages kann ein alter Mensch von einem zum anderen Stadium übergehen. Nicht selten reagieren Menschen am Vormittag, wenn Energie und Konzentrationsfähigkeit am höchsten sind, klarer und handeln vernünftiger, als nachmittags, wenn sie schon wieder müde sind.

In der Validation begibt man sich in die innere Welt der Demenzkranken ohne mit ihr zu verschmelzen, aber mit einem erkundendem und empfänglichen Blick und Haltung. Es wird verbal und nonverbal kommuniziert. Dies äußert sich bei Feil in Techniken wie dem explorieren-

den Fragen, der Wiederholung, der Berührung, dem Spiegeln von Geäußertem über Sprache und Körper und dem Spiegeln der hervorbrechenden Gefühle. Diese verständnisvolle und liebevolle Haltung soll dem Demenzkranken dazu verhelfen, seine innere Ruhe zu finden und sein Wohlbefinden zu fördern. Nach Feil sind Situationen, Verhältnisse und Ereignisse aus dem zurückliegenden Leben mögliche Ursachen für herausfordernde Verhaltensweisen. Das bedeutet, dass das Verhalten, welches von Betreuenden als herausfordernd erfahren wird, unter Umständen auf Themen aus dem Leben der Betroffenen zurück zu führen sein kann.

In den neunziger Jahren wurde das Konzept von Nicole Richard (1999) als Integrative Validation übernommen und modifiziert. Seitdem ist Validation einer der Stützpfeiler der Demenzbetreuung, wobei jedoch eine klare Umschreibung fehlt. Anders als die Ursprungs-Validation nach Feil distanzierte sich Nicole Richards in ihrer integrativen Validation von der Annahme, Demenz sei eine Möglichkeit der Erfüllung unvollendeter Lebensaufgaben. Der Schwerpunkt dieser Validationsform liegt unter anderem in der Vermittlung von praktischen Fertigkeiten. Die Integrative Validation basiert auf vier Ausgangspunkten, nämlich der personenzentrierten und wertschätzenden Grundhaltung, der Wahrnehmungskompetenz der Pflegenden, den validierenden Umgangsfertigkeiten und der Verknüpfung von Aspekten wie Körpersprache, Biografiearbeit, Basale Stimulation, Hospizarbeit und Milieuthérapie. Der Umgang mit Menschen mit Demenz ist in der Integrativen Validation gekennzeichnet durch Bestätigung der Gefühle (Kummer, Ärger, Misstrauen), verständnisvolle Anerkennung von Antrieben (Humor, Ordnungssinn, Pflichtbewusstsein) und durch das Mitgehen in die Gefühlswelt der Demenzkranken. Aussagen von Pflegekräften bestätigen den Nutzen von Integrativer Validation, vor allem als Hilfsmittel in Situationen, in denen eine Bewohnerin bzw. ein Bewohner in seine Gefühle verstrickt ist. Wenn das Verhalten der Bewohnerin bzw. des Bewohners sie oder ihn isoliert, gefährdet, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beängstigt oder machtlos macht, dann sind die Fertigkeiten und Einsichten der integrativen Validation willkommene und sogar unentbehrliche Hilfsmittel (Strauß- Geist Elke et al. 2005).

In den Niederlanden wurde die validierende Grundhaltung und die dazugehörigen validierenden Fertigkeiten weiter zur so genannten ‚erlebensorientierten Pflege‘ entwickelt (Van der Kooij Cora 2001; 2003a; 2006). Dabei stehen nicht die Verhaltensauffälligkeiten im Mittelpunkt der Reflektion und Kommunikation, sondern die positiven Begegnungen und die Kreativität im Umgang. Die erlebensorientierte Pflege lehrt anders, als die beiden Validationsformen, nicht nur das ‚Mitgehen‘ in die Gefühlswelt, sondern versucht, wenn angemessen, ein ‚Gegengewicht‘ zu erbringen, das heißt, auch Grenzen zu setzen. Konfrontation kann in manchen Situationen respektvoller sein, als das Mitgehen. In der erlebensorientierten Pflege

wird dieses Vorgehen als ‚Suchend Reagieren‘ bezeichnet (Van der Kooij Cora 2006). Erlebensorientierte Pflege bedeutet generell, dass der Person mit Demenz das Erleben ermöglicht wird, auch wenn es sich dabei um ein bestimmtes Verhalten handelt. Dazu werden Pflegenden aufgefordert, ihre Erfahrungen und positiven Kontaktmomente systematisch in einer ‚Bewohnerbesprechung‘ auszutauschen und eine so genannte ‚Bewohnercharakteristik‘ mit einer Umgangsempfehlung zu formulieren. Damit wird die Herangehensweise vom ganzen Team getragen. Die vier Stadien von Demenz nach Feil werden übernommen, jedoch anders benannt, abhängig von dem Erleben der Demenz: das bedrohte, ver(w)irrte, verborgene und versunkene Ich-Erleben.

4.3.2 Stand der Forschung

Während es Forschungen zur Wirksamkeit der Validation nach Feil und der erlebensorientierten Pflege gibt, finden sich zur Integrativen Validation noch keine Untersuchungen.

Wissenschaftliche Literatur beschäftigt sich vor allem mit der Auswirkung validierender Fertigkeiten und der Gruppenarbeit auf das Wohlbefinden von hochbetagten, verwirrten Menschen. Die ersten Forschungsergebnisse aus den achtziger Jahren zeigen vereinzelte positive Effekte der Validation nach Feil. Die Teilnahme an einer Validationsgruppe resultierte in verbesserten Selbstpflege-Funktionen und besserer verbaler Kommunikation während der Teilnahme an der Gruppe (Fritz Paul 1986; Babins Leonard H et al. 1988; Peoples 1982 zit. aus Feil Naomi 1993). Keine Verbesserung gab es für die kognitive Funktion und das soziale Verhalten (Robb Susanne S. et al. 1986). Als negative Effekte wurden wiederholtes Fragen, auf sich aufmerksam machen wollen oder Irritation genannt (Robb Susanne S. et al. 1986; Babins Leonard H et al. 1988). In einer späteren Studie wurde eine Validationsgruppe mit einer weiteren Gruppe, in der ‚normale‘ soziale Aktivitäten stattfanden, und einer Gruppe ohne jegliches organisiertes Angebot verglichen (Toseland Roland W. et al. 1997). Die Effekte der Validationsgruppe waren nicht eindeutig positiv. Zwar zeigten sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Validationsgruppe nach einem Jahr als weniger aggressiv und weniger depressiv im Vergleich zu den anderen Gruppen. Die verbale Aggressivität sank jedoch auch in der Aktivitätengruppe. Die Mitglieder der Validationsgruppe waren im Vergleich zu den übrigen Studienteilnehmerinnen und -teilnehmern unruhiger. Es zeigte sich keine Reduktion von Psychopharmaka und bewegungseinschränkenden Maßnahmen.

Deutlichere Aussagen erbringen Studien, in denen Validation in Kombination mit anderen Methoden implementiert wurde (Scottish Intercollegiate Guidelines Network 1998; Finnema Evelyn J. 2000; Cohen-Mansfield Jiska 2001). Diese Studien können also auch als Hinweis zur Effektivität der Integrativen Validation betrachtet werden. Finnema (Finnema Evelyn J. 2000) untersuchte Effekte von integrierter erlebensorientierter Pflege. Sie fand positive Wirkungen auf emotionale Anpassung (Gleichgewicht und Selbstbild) bei Menschen mit milder

Demenz und geringem Pflegebedarf, sowie Verringerung von Angst. In dieser Studie wurden Haltung, Fertigkeiten und Gruppenarbeit in Kombination eingeführt (Van der Kooij Cora 2003a). Eine weitere holländische Untersuchung zu einer Mischform von Validation zeigte keine positiven Ergebnisse, möglicherweise aufgrund der nicht gut gelungenen Implementierung dieser Maßnahmen in den pflegerischen Alltag (Schrijnemaekers Veron 2002). Van Weert (Van Weert Julia C.M. 2004b) fand positive Auswirkungen von validierender Kontaktaufnahme in Kombination mit Sinnesreizen während der Morgenpflege. Die Stimmung verbesserte sich, es gab weniger Unwillen, Langeweile und Traurigkeit, mehr Fröhlichkeit, Vergnügen und Offenheit für Gespräche. In einem 2005 abgeschlossenen Implementierungsprojekt von erlebensorientierter Pflege in Köln erwiesen sich die validierende Haltung und Fertigkeiten als effektiv in Notfällen. Notfälle waren hier definiert als Situationen, in denen sich Bewohnerinnen und Bewohner von ihren Gefühlen so mitnehmen ließen, dass sie in Panik gerieten oder sich dermaßen in Kummer, Wut oder Angst verloren, dass sie nicht mehr erreichbar waren. Nach den Ergebnissen dieses Projektes gibt es bedeutsame Hinweise, dass sich Validation für den Umgang mit Menschen, die nach Ansicht der Pflegenden ein herausforderndes Verhalten zeigen, als effektiv erweist (Strauß- Geist Elke et al. 2005).

4.3.3 Fazit

Die aufgeführten Forschungsergebnisse sind nicht eindeutig und sicherlich nicht eindeutig positiv. Einer der Gründe liegt in der diagnostischen Unklarheit der Demenz. Des Weiteren waren die Zielgruppe und Art und Weise der Anwendung von Validation in den einzelnen Studien unterschiedlich. So beziehen sich die Ergebnisse der Validationsstudien aus den 1970er und 80er Jahren und auch später teilweise nicht direkt auf das Verhalten von Menschen mit Demenz.

Ein weiterer Kritikpunkt bezieht sich auf die Implementierungsmethoden als Grundlage der einzelnen Studien. Der Implementierung von Validation wird häufig eine nicht ausreichende Aufmerksamkeit gewidmet, es wird nur selten evaluiert, ob die Implementierung als solche effektiv war. Weiterhin wird in den Studien teilweise nicht zwischen der Effektivität der Implementierung und den Auswirkungen der Validation unterschieden. Die Implementierungseffektivität hängt zum Beispiel mit der wirkungsvollen und transparenten Übertragung des therapeutischen Vorgehens bzw. der Gruppenarbeit in die gesamte Pflege eines ganzen Tages zusammen. Diese Übertragung geht mit einer angemessenen Pflegedokumentation und einer professionellen Kommunikationsstruktur der Pflegenden einher (Van der Kooij Cora 2002; 2006).

Vor allem die neueren Studien spiegeln die Kombination verschiedener Pflegemethoden wider, wobei die validierende Grundhaltung mit anderen Methoden kombiniert wird, wie es auch die integrative Validation nach Richards lehrt. Aus den spärlichen Studien, in denen die integrierte Anwendung unter kontrollierten Bedingungen implementiert wurde, ist zu schließen, dass solche Herangehensweisen die größte Chance auf positive Erfolge haben (Finnema Evelyn J. 2000; Van Weert Julia C.M. 2004b; Strauß- Geist Elke et al. 2005).

4.4 Empfehlung 4: Erinnerungspflege

Die Expertengruppe empfiehlt, die Erinnerungspflege bei Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten sowohl als gezielte Aktivität, als auch als Bestandteil der Interaktion in die Betreuung zu integrieren. Das Erinnern lebensgeschichtlicher Ereignisse und gelebter Beziehungen stärkt die Identität und das soziale Zugehörigkeitsgefühl. Im Verlauf einer Demenzerkrankung erhält die soziale Umwelt zunehmend die Aufgabe, Situationen zu gestalten, die angenehme Erinnerungen ermöglichen und fördern. Menschen mit Demenz benötigen diese „Erinnerungshilfen“, um sich ihrer Identität zu vergewissern, ihr Selbstbild zu bewahren sowie Bindung und Zugehörigkeit zu erleben.

4.4.1 Begriffsklärung

Bei der Recherche internationaler Literatur finden sich die Begriffe „reminiscence“ und „life-review“ verbunden mit einer Vielfalt von Aktivitäten, die sowohl ein spontanes und informelles Schwelgen in der Vergangenheit als auch systematisierte Verfahren der Therapie beinhalten. Unter „reminiscence“ werden erinnerungsfördernde Aktivitäten verstanden, die in Gruppen oder mit Einzelnen durchgeführt werden können. In einer weitgehend konfliktfreien Atmosphäre werden Erinnerungen angestoßen, belebt und ausgetauscht. Hauptziele sind die Unterstützung von Wohlbefinden und Freude, die Verbesserung des Selbstwertes und die Stärkung der Identität. Im Gegensatz hierzu ist der Ansatz des „life-review“ (Lebensrückschau) als Therapie zu verstehen, in der in Einzelsitzungen versucht wird, intrapsychische Konflikte der Vergangenheit zu lösen. "reminiscence" und "life-review" werden teilweise synonym verwendet. Die Begriffsunschärfe und die wechselseitige Verwendbarkeit spiegeln sich auch in der deutschsprachigen Fachliteratur wider. Der Begriff „reminiscence“ wird mit Erinnerungspflege, Erinnerungsarbeit, Reminiszenztherapie und manchmal auch mit Biografiearbeit übersetzt bzw. umschrieben.

Mit dem hier gewählten Begriff „Erinnerungspflege“ wird bewusst eine Abgrenzung zu Erinnerungsarbeit und zu Reminiszenztherapie gesucht, beide verfolgen in unterschiedlicher Intensität psychotherapeutische Ziele. Lohmann et al. (Lohmann Robin et al. 1995) beschreiben das Ziel der Erinnerungsarbeit damit, „Ereignisse aus dem Gedächtnis zu rekonstruieren, um dieses Material durch Erklären und Bewerten zu bearbeiten.“ Zanetti et al. (Zanetti Orazio et al. 2002) stellen die Reminiszenztherapie als eine Möglichkeit dar, um vergangene Konflikte zu lösen und soziale Rollen und das Selbstwertgefühl aufrechtzuerhalten. Bohlmeijer et al. (Bohlmeijer Ernst et al. 2005) setzt die Reminiszenztherapie in der Frühbehandlung bei Depressionen ein. Bei der Biografiearbeit hingegen handelt es sich um ein strukturiertes Verfahren, wie bewohnerbezogene Informationen gesammelt, ausgewertet und für die Betreuung umgesetzt werden. Hierbei werden sowohl Informationen zur Familien- und

Lebensgeschichte, als auch zur Lebenswelt jedes Bewohners und jeder Bewohnerin mit seinen/ihren Vorlieben, Gewohnheiten und Abneigungen zusammengetragen. Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner sind die Betroffenen und ihre Angehörigen. Bei eingeschränkten Kommunikationsmöglichkeiten sind die Beobachtungen der Pflegenden im Betreuungsalltag besonders wichtig. Im Rahmen einer Fallbesprechung wird alles Wissen zusammengetragen, um gemeinsam im Team individuelle Interventionsmöglichkeiten, Anpassungen der Umgebung und Lösungsstrategien für herausfordernde Verhaltensweisen zu erarbeiten. Hierbei werden Lebensthemen identifiziert, die eine positive Resonanz erzeugen, um diese für die Erinnerungspflege zu nutzen. Gleichzeitig können sich auch Lebensthemen herauskristallisieren, die mit negativen Gefühlen verbunden sind und die in der Erinnerungspflege bewusst vermieden werden.

Die Erinnerungspflege trägt zur Lebens- und Pflegequalität bei, sie stärkt den Selbstwert von Menschen mit Demenz und schafft Situationen, die zum Austausch anregen und mit positiven Gefühlen verbunden sind. Sich zu erinnern ist für ältere Menschen eine Möglichkeit, auf ihr Leben zurück zu blicken, dadurch Identität aufrechtzuerhalten, Freude zu erleben und sozial- und alltagsgeschichtliches Wissen fortzuschreiben. In der Betreuung von Menschen mit Demenz ist die Erinnerungspflege mit weiteren Zielen verbunden: Förderung sozialer Teilnahme, Unterstützung kommunikativer Fähigkeiten, Erhalt von Identität, Förderung positiver Emotionen wie Freude bzw. melancholisches Schwelgen. Erinnerungspflege kann als zeitlich begrenzte Aktivierung (max. 90 Min.) in einer Gruppe umgesetzt oder als Einzelintervention angeboten werden. Erinnerungspflege ist aber auch Teil des alltäglichen Interaktionsgeschehens in der Betreuung von Menschen mit Demenz. Die Inhalte für die Erinnerungspflege nähren sich aus zwei Wissensbeständen: 1. Hintergrundwissen zur Zeit-, Sozial- und Alltagsgeschichte einer Generation und 2. Spezialwissen zur individuellen Biografie.

Formen

In der **Gruppenaktivierung** werden Lebensthemen angesprochen, die zum Erfahrungsbereich aller Teilnehmenden gehören (z. B. Kindheit, Kleidung, Spiele, Schule, Ernährung, Sonntag, Feiertage, Arbeit, Heirat, Familie etc.) und die mit einer hohen Wahrscheinlichkeit mit positiven Emotionen verbunden sind. Coleman (Coleman Peter 1986) hat festgestellt, dass die am häufigsten erinnerten Ereignisse den Zeitraum zwischen dem 15. und 30. Lebensjahr betreffen. Als Gesprächsauslöser, so genannte „Trigger“, wird ein Repertoire themenrelevanter Gegenstände, Materialien, Lieder, Gerüche, Musik, Film, Bewegungen etc. verwendet, um alle Sinne anzuregen und somit unterschiedliche Zugänge zu den Erinnerungsinhalten des Langzeitgedächtnisses zu nutzen (Trilling Angelika et al. 2001). Der Austausch unter den Teilnehmenden wird durch eine Person moderiert, die sowohl fachliches Wissen als auch Kompetenzen im Umgang mit Gruppen mitbringt. Gibson (Gibson Faith

1994) konnte in einer Studie feststellen, dass in Erinnerungsgruppen, in die ausschließlich demenzerkrankte Teilnehmer/innen einbezogen waren, die Kommunikation sehr stark an die Gruppenleitung gebunden ist. Als wichtigste Qualifikationsanforderungen für die Umsetzung erinnerungsbezogener Aktivierungen werden unterschiedliche intra- und interpersonelle Fähigkeiten der Mitarbeiter/innen aufgeführt: Grundhaltung (Menschen mit Demenz werden grundsätzlich als individuelle Persönlichkeit wahrgenommen), humanistische Grundprinzipien, kommunikative Fähigkeiten, Bewusstsein über die potentiellen Gefahren, Handlungssicherheit bei Konflikten, Zeit und Gelassenheit, Begeisterungsfähigkeit, Flexibilität und Sensibilität für die individuellen Bedürfnisse (Woodrow Philip 1998). Treten bei der Durchführung von Erinnerungspflege schmerzvolle Erinnerungen auf, ist u. U. die Unterstützung durch Therapeutinnen und Therapeuten oder Seelsorgerinnen und Seelsorger erforderlich. Hierzu gilt es im Vorfeld Strukturen zu erarbeiten, auf die zugegriffen werden kann.

Mit fundiertem biografischem Hintergrundwissen kann die Erinnerungspflege auch als **Einzelaktivierung** umgesetzt werden. Eine Vertrauensbasis zwischen Mitarbeiterinnen, Mitarbeitern und Bewohnerinnen und Bewohnern ist die Voraussetzung für einen Austausch. Mitunter können biografische Ereignisse „auftauchen“, die nur aus dieser Vertrauensbasis heraus kommuniziert werden und nicht für die Ohren Aller gedacht sind, sondern ganz speziell dieser einen Person anvertraut werden. Sowohl Diskretion als auch Klarheit darüber, welche Informationen geschützt bleiben können oder welche im Team bekannt sein müssen, erfordern eine Auseinandersetzung mit dieser Thematik. Im Mittelpunkt einer Einzelaktivierung stehen individuell bedeutsame Lebensereignisse bzw. -erfahrungen, auf die Bezug genommen wird und die eine angenehme Stimmung fördern. Auch hierbei werden Gesprächsauslöser, also individuell bedeutsame Objekte (z. B. Medaille, berufliches Handwerkszeug, Gegenstände der Freizeitbeschäftigung), Bilder (z. B. Meisterbrief, Urkunde) oder Fotos (z. B. Familien-, Hochzeits- und Kinderfotos) verwendet. Sind Lebensthemen bekannt, die mit schmerzlichen Erinnerungen verbunden sind, werden diese bewusst vermieden. Angehörige sind in diesem Zusammenhang wichtige Partnerinnen und Partner in der Betreuung, und im Rahmen der Biografiearbeit können sie wertvolle Hinweise geben, welche Themen Ängste oder Verzweiflung auslösen.

Die Erinnerungspflege ist zum Einen ein Aktivierungsangebot und zum Anderen Teil der **alltäglichen, pflegerischen und betreuenden Interaktion** zwischen Pflegenden und Menschen mit Demenz. Der Ansatz der Erinnerungspflege, an Lebenserfahrungen anzuknüpfen (z. B. Körperpflege mit Kernseife), um Ressourcen zu fördern, Menschen mit Demenz zu ergänzen, um Verhaltensweisen in den richtigen Rahmen setzen zu können (z. B. Wischtuch zur Verfügung stellen, wenn Person mit der Hand über die Tischfläche wischt), ist Teil einer

wertschätzenden Grundhaltung. Diese Grundhaltung entwickelt sich durch die Auseinandersetzung mit der Person (auch der eigenen) und die Kenntnis der individuellen Lebensgeschichte. Wenn einzelne oder mehrere demenzerkrankte Bewohner/innen in alltagsnahe Betätigungen (z. B. Gartentätigkeiten, hauswirtschaftliche Tätigkeiten wie Kuchen backen, Weihnachtsgebäck, Obst einmachen etc.) aktiv oder passiv eingebunden sind, dann werden z. B. über den Einsatz bekannter Küchengeräte oder über die Entfaltung bestimmter Düfte Erinnerungen aktiviert. Die Pflege der Erinnerungen ist eine Art Subtext im alltäglichen Interaktionsgeschehen und liegt in den Händen der Pflegenden bzw. des gesamten Teams. Pflegende können dieses Wissen in die alltägliche Interaktion im Sinne eines „just talk“ einfließen lassen.

Grenzen und Potentiale

Für die Erinnerungspflege sind folgende Aspekte zu beachten:

- Einige Menschen erinnern sich nicht gerne und haben kein Interesse an der Vergangenheit – dieses gilt es zu respektieren.
- Die Auswahl der Erinnerungsthemen (primär nicht konfliktreich) orientiert sich an den Teilnehmer/innen und am Ziel, positive Gefühle zu erzeugen.
- Erinnerungen können über sinnlich-wahrnehmbare Zugänge gefördert werden: Gegenstände, Erinnerungsstücke, Fotos, Bilder, Film, Musik, Bücher, Materialien (Naturmaterialien wie Gras, Schnee, Laub usw. oder Stoffe, Knöpfe etc.).
- Bei Erinnerungsaktivitäten kann die Gestaltung der räumlichen Umgebung unterstützen (z. B. Erinnerungszimmer).
- Die Umsetzung von Erinnerungsaktivitäten erfolgt durch Mitarbeiter/innen, die sich sowohl ein entsprechendes Wissen zur Prozessgestaltung erworben haben, als auch Qualifikationen einbringen, die im intrapersonellen Bereich liegen.
- Beobachtungen, die bei der Aktivierung von Erinnerungen gemacht werden und die für weitere Beteiligte wichtige Informationen beinhalten, brauchen eine Form der Dokumentation bzw. eine Schnittstelle, die den Informationstransfer gewährleistet.
- Es ist möglich, dass bei Erinnerungsaktivierungen unbeabsichtigt negative Emotionen ausgelöst werden, die eine Depressivität oder Verzweiflung, Wut oder Ärger einleiten.
- Pflegende benötigen Handlungssicherheit und Hilfestellung, wenn die Erinnerungspflege bei Menschen mit Demenz eine Krise auslöst.

Die so gestaltete Erinnerungspflege bietet Pflegenden eine Möglichkeit, demenzerkrankte Menschen in ihrem individuellen Personsein zu unterstützen. Lebenserinnerungen von Menschen mit Demenz zu hören und Zusammenhänge verstehen zu lernen, erhöht das Verständnis für andere Verhaltens- und Denkweisen und fördert die empathische Kompetenz.

4.4.2 Stand der Forschung

Die Forschungsschwerpunkte im Themenbereich „Erinnerung“ (reminiscence) lassen sich grob in zwei Kategorien unterteilen: 1. Funktionen der Erinnerungstätigkeit für ältere Menschen (Coleman Peter 2004; 2005) und 2. Wirkung von Erinnerungsaktivitäten bei älteren (demenzkranken) Menschen (z. B. auf Kognition, Verhalten, Wohlbefinden etc). Die Forschungsfragen haben sich innerhalb der letzten 15 Jahre weiterentwickelt. Es wurden in den neueren Studien sowohl die Rahmenbedingungen reflektiert bzw. gezielt verglichen, als auch die Outcome-Variablen verändert (weniger Aufmerksamkeit für Kognition und Verhalten zugunsten von Wohlbefinden und sozialer Zugehörigkeit). Ebenfalls tritt in den Studien die Überprüfung der Nachhaltigkeit von Veränderungen in den Hintergrund zugunsten einer situationsbezogenen Auswertung.

Die Ergebnisse der durchgeführten, überwiegend ausländischen Studien, in denen die Wirkung von Erinnerungsaktivitäten evaluiert wurde, sind kaum vergleichbar. Zum einen wurden unterschiedliche Methoden eingesetzt, und zum anderen variieren die Beobachtungssettings deutlich voneinander. Finnema et al. (Finnema Evelyn J. et al. 2000) werteten alle Studien aus, die im Zeitraum von 1990-1999 dem Begriff „Emotions-orientierte Annäherung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ (Validation, Snoezelen, sensorische Integration, Simulierte Präsenztherapie, Reminiszenz) zugeordnet werden konnten. Deutlich wird bei der Auswertung der Studien, dass die Indikatoren, anhand derer Effekte bei Menschen mit Demenz gemessen werden, sehr unterschiedlich sind. Finnema et al. (Finnema Evelyn J. et al. 2000) konstatieren, dass im Hinblick auf evidenz-basierte Ergebnisse die Forschung noch relativ weit am Anfang stehe. Dieser Aussage schließen sich auch Spector et al. (Spector Aimee et al. 2003) an. Sie kamen in ihrem systematischen Review zu dem Ergebnis, dass für die Wirksamkeit von Erinnerungsaktivitäten keine verallgemeinerbaren Schlussfolgerungen gezogen werden können. Es zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen mit und ohne Erinnerungsaktivierungen im Bereich Verbesserung der Kognition und Reduzierung herausfordernder Verhaltensweisen.

Qualitative Aussagen zu erfolgreich durchgeführter Erinnerungspflege lassen einen Trend in Bezug auf die Unterstützung des Selbstwertgefühls, eine Verringerung psychologischer Depressionen, die Steigerung der Lebenszufriedenheit und eine Verbesserung positiver Stimmungen erkennen. Kasl-Godley et al. (Kasl-Godley Julia et al. 2000) resümieren, dass eine Verbesserung der kognitiven Funktionen durch erinnerungsbezogene Aktivierungen nicht erreicht werden kann. Allerdings lässt sich eine Verbesserung der sozialen und psychologischen Funktionen, eine Verbesserung der Beziehung zwischen Bewohnerinnen, Bewohnern und Pflegenden und eine Abnahme von herausfordernden Verhaltensweisen erkennen.

Head (Head Donna Marie 1990) belegt mit ihrer Studie, dass die aktive Beteiligung von Menschen mit Demenz bei Erinnerungsaktivitäten höher war, als bei anderen Aktivierungsangeboten (z. B. Spiele, Musik, Gymnastik etc.). Des Weiteren wurde ein Unterschied zwischen den Settings festgestellt: Teilnehmende einer Tagespflege wiesen eine höhere Aktivität auf als Teilnehmende, die im Pflegeheim wohnten. Dies weist darauf hin, dass der Gesamtkontext Einfluss auf die Effekte von Erinnerungsaktivitäten nimmt.

McKiernan et al. (in Woods Bob et al. 1995) evaluierten die Wirkung von „Erinnerungsaktivitäten“ bei Bewohnerinnen und Bewohnern in unterschiedlichen Versorgungssettings: Wohnbereich einer Psychiatrischen Klinik, Wohnbereich eines Pflegeheims und Tagesbetreuung. Es wurde die Beteiligung der Bewohnerinnen und Bewohner während der Erinnerungsgruppe mit der Beteiligung im jeweiligen Versorgungssetting außerhalb der Erinnerungsgruppe verglichen. Zielgruppe waren Menschen mit einer schweren Demenzerkrankung und eingeschränkten sprachlichen Fähigkeiten. In allen Gruppen konnte nachgewiesen werden, dass die Beteiligung an und die Wahrnehmung der Umgebung während der Erinnerungsgruppenaktivität signifikant höher war, als das Verhalten im jeweiligen Versorgungssetting außerhalb der Erinnerungsgruppenaktivität.

Gibson (Gibson Faith 1994) untersuchte die Effekte auf Stimmung, Verhaltensprobleme, Kommunikation, Interaktion, emotionale Beteiligung und Erinnerungsinhalte bei Erinnerungsgruppen (10 Monate, wöchentlich, 90 Min.), die in vier Pflegeheimen und zwei Tagespflegeeinrichtungen durchgeführt wurden. In die Studie waren 25 Gruppen (à acht bis zehn Personen) einbezogen, die sich zum Einen ausschließlich mit Menschen mit Demenz und zum Anderen gemischt zusammensetzten. In den gemischten Gruppen zeigte sich, dass die demenzerkrankten Teilnehmerinnen und Teilnehmer in einer guten Stimmung waren. Es traten kaum herausfordernde Verhaltensweisen auf, die sonst außerhalb der Gruppe zu beobachten waren. Ebenso wurden bei einigen Teilnehmerinnen und Teilnehmern außerhalb der Erinnerungsgruppe eine Verbesserung des Appetites und eine Abnahme von Agitation und Unruhe beobachtet.

Brooker (Brooker Dawn 2000) untersuchte die Variable Wohlbefinden bei Erinnerungsaktivitäten in einer Tagespflege bei zehn demenzerkrankten Gästen und verglich die Ergebnisse mit zwei weiteren Beobachtungssettings: Bewohnerinnen und Bewohner, die an einer Aktivierung teilnahmen und Bewohnerinnen, Bewohner eines Wohnbereichs, in dem eine geringe Interaktion zwischen der Bewohnerschaft und Pflegenden statt fand. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Tagespflege erhielten ein 12-monatiges Training zum Thema Erinnerungspflege, die Tagesstruktur orientierte sich stark an den Mahlzeiten und es lag ein aus-

gearbeitetes Aktivierungsprogramm vor. Brooker (Brooker Dawn 2000) konstatiert, dass der Vergleich zwischen den Gruppen deutlich zeigt, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Erinnerungsaktivitäten in der Tagespflege ein höheres Wohlbefinden erreichen.

In einer randomisierten Studie verglichen Baillon et al. (Baillon Sarah F. et al. 2004) die Auswirkung zweier Interventionen: Snoezelen und Reminiszenztherapie. In die Studie waren 20 Demenzkranke mit agitierten Verhaltensweisen einbezogen. Bei beiden Interventionen zeigten sich positive Effekte im Bereich Stimmung und Verhalten, aber keine Reduktion agitierter Verhaltensweisen.

Ashida (Ashida Sato 2000) untersuchte erinnerungsbezogene Aktivierungen in Verbindung mit Musiktherapie in ihrer Wirkung auf depressive Symptome bei Menschen mit Demenz. Die Studienergebnisse zeigen, dass die mit Musik kombinierte Erinnerungspflege und die Umsetzung in kleinen Gruppen hilfreich sein kann, depressive Symptome bei demenzerkrankten Menschen zu reduzieren.

Schrijnemaekers et. al. (Schrijnemaekers Veron et al. 2002) erforschten die Effekte der emotions-orientierten Pflege im Hinblick auf herausfordernde Verhaltensweisen bei Menschen mit Demenz. Aspekte der emotions-orientierten Pflege waren die Anwendung der Validation, aber auch Erinnerungsaktivitäten und sensorische Stimulationen. Es ergaben sich keine zufrieden stellenden Signifikanzen, weder innerhalb klinisch relevanter Effekte zugunsten der Interventionsgruppe, noch auf der Basis von Verhaltens-Outcomes. Sie kommen zu der Schlussfolgerung, dass aufgrund der ungenügenden Wirksamkeit, die Implementierung der emotions-orientierten Pflege in Frage zu stellen sei.

Talbourne (Talbourne Carla E S 1995) untersuchte in einem quasi-experimentellen Studiendesign (Pre-Post-Test) den Effekt von Erinnerungsaktivität in Bezug auf Orientierungsfähigkeit, soziale Interaktion, den Prozess der Lebensrückschau und die Auswirkung auf den Selbstwert. In der Experimentalgruppe stieg der Grad an sozialer Interaktion und die Orientierungsfähigkeit (zeitlich, persönlich und situativ) signifikant an.

In einer RCT Studie untersuchten Lai et al. (Lai Claudia K. Y. et al. 2004), ob demenzerkrankte Bewohnerinnen und Bewohner durch die Teilnahme an einem speziellen Erinnerungsprogramm Veränderungen im Bereich des sozialen Wohlbefindens zeigen, und ob diese Effekte sechs Wochen nach der Intervention noch nachgewiesen werden können. Signifikante Unterschiede im Wohlbefinden zeigten sich in der Interventionsgruppe zwischen T0

und T1. Der Vergleich zwischen T1 und T2 (sechs Wochen nach der Beendigung der Intervention) ergab keine signifikanten Veränderungen.

McKee et al. (McKee Kevin et al. 2004) beteiligten 142 Bewohnerinnen und Bewohner an einer Studie, um die Lebensqualität bei erinnerungsbezogenen Aktivitäten zu erheben. Nach der Auswahl der Bewohnerinnen und Bewohner wurde innerhalb von vier Wochen einmal wöchentlich die Intervention (1 Std.) durchgeführt. Die Interventionen fanden in der Gruppe oder im Einzelkontakt statt. Die Erhebungen zur Lebensqualität erfolgten nach der letzten Sitzung und nach weiteren vier Wochen. Eine Kontrollgruppe mit 24 Bewohnerinnen und Bewohnern, die keinerlei Aktivitäten erhielten, wurde ausgewählt. Es zeigte sich, dass die Aktivierungen mit einer hohen Beteiligung verbunden waren. Es konnte festgestellt werden, dass die Gemeinschaft mit anderen genossen wurde, sich der Kontakt zu Freunden verstärkte und weniger psychologische Probleme auftraten.

McKee et al. (McKee Kevin et al. 2004) teilten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer in zwei Untergruppen ein: eine Gruppe genießt die Erinnerungsaktivierung als angenehme und soziale Aktivität und eine andere Gruppe reproduziert vornehmlich leidvolle Erinnerungen. Im Vergleich von Interventions- und Kontrollgruppe zeigt sich, dass die kognitive Leistungsfähigkeit sich nicht signifikant durch die Aktivität verbessert hat.

Pusey (Pusey Helen 2000) stellt die berechtigte Frage, ob die Messgrößen Kognition und Verhalten die richtigen Variablen seien, um den Nutzen von Erinnerungsaktivitäten für Menschen mit Demenz abzubilden bzw., ob in zukünftigen Studien die Variablen Freude und Wohlbefinden bevorzugt untersucht werden sollten. Brooker (Brooker Dawn 2000) stellt grundsätzlich die Überprüfung der Nachhaltigkeit von Erinnerungsaktivitäten und rückblickend die Sensitivität und die Angemessenheit der Messinstrumente in Frage. In allen Studien werden weitere Forschungsaktivitäten empfohlen. Im Überblick wird deutlich, dass sich sowohl die Studiendesigns als auch die Messgrößen im Laufe der Jahre verändert haben. Die Wirkung von Erinnerungspflege entfaltet sich in der jeweiligen Situation und die Erhebung von Wohlbefinden ist eine Momentaufnahme. Dies rückt in jüngeren Studien immer mehr ins Zentrum des Interesses.

4.4.3 Fazit

Die Studienergebnisse zum Thema Erinnerungspflege sind uneinheitlich und kaum vergleichbar. Sowohl die unterschiedlichen Messgrößen und Messmethoden als auch die zunehmend in den Blick genommenen Kontextfaktoren erschweren eindeutige Aussagen zur Wirksamkeit. Relativ übereinstimmend sind die Aussagen zum Bereich kognitive Leistungsfähigkeit – eine nachhaltige Verbesserung kann mit Erinnerungspflege nicht erreicht werden.

Es finden sich jedoch vielfältige Hinweise darauf, dass sich die Wirkung der Erinnerungspflege im Bereich soziale Interaktion, Stimmung und Aufmerksamkeit entfaltet. Jüngere Studien fokussieren sich deshalb zunehmend auf die Dimension Wohlbefinden. Die Erinnerungspflege ist ein Zugangsweg zu Menschen mit Demenz, um Fähigkeiten zu fördern und Wohlbefinden zu ermöglichen – wenn auch nur zeitlich begrenzt.

4.5 Empfehlung 5: Berührung, Basale Stimulation, Snoezelen

Die Expertengruppe empfiehlt, in die pflegerische Beziehung die Anregung einzelner oder mehrerer Sinne zu integrieren und bei Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten behutsam und reflexiv einzusetzen. Dies gilt sowohl für die aktuelle Situation als auch langfristig zur möglichen Prävention von herausforderndem Verhalten. Beim Einsatz dieser Verfahren sind die Grenzen der Intimität zu wahren. In diesem Zusammenhang hat sich die Expertengruppe mit Konzepten der Berührung als Begegnungsform, der Basalen Stimulation und des Snoezelens befasst.

4.5.1 Berührung/Körperkontakt als Begegnungsform

Begriffsklärung

Körperkontakt ist die leibliche Begegnung von Menschen. In der Pflege kommt es zu zahlreichen Körperkontakten, z. B. durch Unterstützung beim Waschen, Bewegen oder Anziehen, bei spezifischen Interventionen wie Verbandwechsel, Injektionen, Wickel anlegen oder auch durch Gesten wie tröstendes Umarmen, Streicheln der Hände oder Halten des Kopfes. Berührung ist eine spezifische Bezeichnung von Körperkontakt. Unter Berührung wird hier ein intentionales und bewusstes Anfassen durch die Hände verstanden.

Menschen zeigen ein grundlegendes Verlangen nach Körperkontakt. Sich gegenseitig berühren, gehört in vielen Kulturen zu den spontanen Gesten des Begrüßens, des Mitgefühls oder der Fürsorge. Zur Bedeutung von Körperkontakt und Berührung liegen zahlreiche Erkenntnisse vor, z. B. in der (Schwerst)-Behindertenpädagogik, Anthropologie, Immunologie, Psychosomatik, Hirnforschung, Stressforschung bzw. in weiteren, interdisziplinären Forschungsfeldern, besonders der Medizin und Psychologie. Fröhlich (Fröhlich Andreas 1998) wertet Berührung in Form eines bewussten, deutlichen und flächigen Hautkontaktes als elementare Sinnesanregung und als Dialogangebot. Sie führt zu einer Begegnung und zu einer Mitteilung. Er weist auf die elementare und universelle Geste des Tröstens hin (Fröhlich Andreas 1992 S. 27): Menschen nehmen sich in den Arm, sorgen für intensiven Hautkontakt, murmeln Worte, legen die Köpfe aneinander und wiegen sich und die Partnerin/den Partner leicht hin und her. Durch somatische, vestibuläre und vibratorische Anregung wird Anteilnahme vermittelt und es entsteht Beruhigung.

Die Haut ist das größte Sinnesorgan des Menschen. Der Körpererfahrung kommt im Rahmen der Gesamtentwicklung, für den Aufbau einer positiven Ich-Beziehung, für emotionale Ausgeglichenheit und für das Selbstbewusstsein eine besondere Stellung zu (vgl. Bielefeld Jürgen 1991). Der Tastsinn hat in entwicklungs- und erkenntnispsychologischer Hinsicht ein Primat gegenüber den anderen Sinnen (Katz David 1925 S. 253). Milz (Milz Helmut 1994 S.

23) beruft sich auf die frühkulturelle Tradition der heilenden Berührung in verschiedenen Kulturen und beklagt, dass es in modernen Gesellschaften zwischen Erwachsenen immer weniger persönliche, zwischenmenschliche Berührungen gibt und stattdessen mehr „zufällige, öffentliche oder professionalisierte Berührungen durch Berufsberührer“ vorkommen. „Kein Lebewesen kann auf Dauer ohne Berührung und Kontakt existieren. Behutsame zwischenmenschliche Berührung vermittelt von Geburt bis zum Tod das Gefühl von Nähe, Geborgenheit und Anwesenheit und beeinflusst entscheidend unsere Wahrnehmungen, Gefühle, Gedanken, Wohlbefinden und unsere Heilungsprozesse“ (Milz Helmut 1994 S. 25) .

Wohltuende Berührungen, Streicheln und Massieren reduzieren Stress und stabilisieren vegetative Funktionen. Die physiologischen Korrelate hinsichtlich Dopamin- und Oxytocinausschüttung sowie der Aktivierung des limbischen Systems sind teilweise aufgeklärt und mit bildgebenden Verfahren nachweisbar. Umgekehrt legen Befunde nahe, dass mangelnder Körperkontakt und fehlende Zuwendung eine entwicklungshemmende und depressionsfördernde Wirkung haben. Hormonausschüttungen bei Berührung mit der Aktivierung zugehöriger Hirnareale (z. B. Mandelkern) und einer Verminderung der Aktivität des frontalen Kortex sind belegt (Eibl- Eibesfeld Irenäus 1984 S. 179; Zieger Andreas 1993; 2002). Pflegende berühren hilfsbedürftige Menschen in vielfältiger Weise, oft eher technisch-funktional bei körperbezogenen Maßnahmen. In der deutschen Pflege wurde die Bedeutung der Berührung besonders durch den Ansatz der Basalen Stimulation verdeutlicht (Bienstein Christel et al. 2003).

Ein anderes Konzept ist die „Einreibung“ bzw. die „rhythmische Einreibung“. Überwiegend steht nicht die einzureibende Substanz, sondern eher die Rhythmik des Einreibens im Vordergrund. Massage ist hierzulande eher ein Konzept anderer Berufsgruppen, z. B. von Masseuren/innen oder Physiotherapeuten/innen, in der beruflichen Pflege ist es eher unüblich. Wenig verbreitet in Deutschland ist der Ansatz des „therapeutic touch“, ein populärer Ansatz besonders in der US-amerikanischen Pflege. Diese Art der therapeutischen Berührung geht zurück auf die „alte Heilkunst“ des Handauflegens – wobei es nicht unbedingt zu einem direkten Körperkontakt kommen muss. Vielmehr werden „Energiefelder“ beeinflusst und es soll zu einem beidseitigen Austausch kommen (vgl. Krieger Dolores 1995). Theoretische Grundlagen dazu finden sich bei der Theorie von Martha Rogers (1995).

Nach Aussagen der genannten Vertreter/innen sollen die beschriebenen Befunde prinzipiell für alle Menschen gelten. Während die Bedeutung von Körperkontakt und Berührung für die frühkindliche Entwicklung recht gut untersucht ist, fehlen Studien über die Bedeutung bei Erwachsenen und besonders bei alten Menschen. Geht man als Ursache für herausforder-

des Verhalten von Menschen mit Demenz zum Beispiel von einer Angst besetzten Situation aus, kann eine Einflussnahme über Körperkontakt und Berührung hilfreich sein und beruhigen. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass es große kulturelle Unterschiede gibt und Menschen eine unterschiedliche „Berührungsgeschichte“ mit Vorlieben und Abneigungen haben. Neben diesen biografischen Aspekten spielen situative Faktoren eine Rolle, Berührungsgesten müssen passen, evtl. langsam angebahnt werden. Was in der einen Pflegebeziehung passt, kann in einer anderen nicht angemessen sein.

Stand der Forschung

Die Studienlage ist unbefriedigend. Nur wenige Studien stellen überhaupt eine Verbindung zwischen Hautkontakt/Berührung und Einflussnahme auf herausforderndes Verhalten (Agitation) her. Die Ergebnisse sind nicht eindeutig, die Studiengruppen klein und in den Berichten fehlen wesentliche Informationen. Bei allen Studien wurden multimodale Ansätze geprüft, deren Begrifflichkeiten nicht zuverlässig genug definiert werden bzw. voneinander abzugrenzen sind. So wird z. B. in der Regel allgemein von Massage gesprochen (oft: Handmassage, wie Snyder et al. (Snyder Mariah et al. 1995). Massage ist demnach eine systematische, rhythmische Form der Berührung – dabei werden durch kräftige, mechanische (physiotherapeutische) Einflüsse auch untere Gewebeschichten erreicht. Die Massage wird in einzelnen Studien kombiniert mit Aromaölen wie Melisse oder Lavendel (Smallwood Jonathan et al. 2001; Ballard Clive G. et al. 2002) oder aber mit anderen Sinnesanregungen (Jackson Graham et al. 2001) wie Musik (Remington Ruth 2002) oder beruhigendem Sprechen (Kim E. J. et al. 1999). Snyder et al. (Snyder Mariah et al. 1995) verglichen die Handmassage mit der oben beschriebenen therapeutischen Berührung, wobei erstere zu größerer Entspannung führte. In einer Übersichtsarbeit berichtet Bush (Bush Elisabeth 2001) einige der genannten Quellen und Studien und geht in einem Kapitel auf Studien zur Berührung bei alten verwirrten Menschen ein. Bei diesen Arbeiten handelt es sich um wenige, bereits ältere Studien, die ausnahmslos mit kleinen Gruppen durchgeführt worden sind. Sie führt im Weiteren aus, dass es mehrere Belege zur Berührungsdeprivation bei alten Menschen gibt (u. a. bei Vortherms Ruth C. 1991).

In der Tendenz wird der Berührung und auch der Massage eine entspannende Wirkung zuerkannt. Physiologische Befunde zeigen eine Pulsverlangsamung, Atemberuhigung, Blutdrucksenkung, Muskelentspannung usw. Über genauere Indikation, Probleme, Häufigkeit und längerfristige Wirkung lassen sich allerdings auf der Basis der geschilderten Veröffentlichungen keine Aussagen treffen.

Fazit

Trotz der geschilderten schwachen Evidenzbasierung erscheint es sinnvoll, Formen von Berührung/Körperkontakt bei demenzkranken Menschen mit herausforderndem Verhalten einzusetzen. Pflege bei hilfsbedürftigen Menschen geht häufig mit Berührung einher, Pflegende sind „Berufsberührer“. Die ohnehin notwendigen Körperkontakte in der täglichen Pflege sollten bewusst im Sinne einer Beziehungsaufnahme gestaltet werden. Berührung muss jedoch die persönlichen Grenzen wahren und sollte nicht an partnerschaftliche Intimität erinnern.

Darüber hinaus sind verschiedene Formen des Körperkontaktes und der beruhigenden Berührung in Situationen herausfordernden Verhaltens vorsichtig auf ihre Wirkungen hin zu prüfen (z. B. Streicheln, in den Arm nehmen).

4.5.2 Basale Stimulation

Begriffsklärung

Als Förderkonzept für schwer- und mehrfachbehinderte Kinder wurde die Basale Stimulation in den 70er Jahren von dem Sonderpädagogen Fröhlich (Fröhlich Andreas 1989; 1998) entwickelt. Die Übertragung in die Pflege wurde vorbereitet durch Christel Bienstein (Bienstein Christel et al. 2003). Das Konzept ist seit den 1980er Jahren in zahlreiche Felder der Pflege eingeführt worden, es eignet sich für alle Menschen mit Wahrnehmungsbeeinträchtigungen. Der Ansatz wurde in Lehrbüchern und Curricula thematisiert, über 800 Multiplikatoren wurden im letzten Jahrzehnt weitergebildet. Auch im europäischen Ausland wird die Basale Stimulation zunehmend in der Pflege eingesetzt. Inzwischen liegen zahlreiche Praxiserfahrungen über positive Wirkungen, auch in der Altenpflege, vor. Abgesehen von wenigen Einzelarbeiten (u. a. Werner Birgit 2002) steht bis heute jedoch eine breite wissenschaftliche Bearbeitung in der Pflege aus.

Die Basale Stimulation versteht sich als Versuch, Kommunikation zu anderen Menschen aufzubauen. Basal bedeutet hier, dass ganz elementare Voraussetzungen genutzt werden, um mit den betroffenen Menschen in einen Dialog zu treten. In diesem Vorgehen wird prinzipiell davon ausgegangen, dass alle Menschen – auch im Koma – bis zu ihrem Tode wahrnehmungsfähig bleiben. Einfache Formen der Kontaktaufnahme geschehen über den Körper, über Berührung und Bewegung – dabei werden basale Sinne wie die somatische, vestibuläre oder vibratorische Wahrnehmung angesprochen. Es geht zunächst darum, den Menschen eindeutige Informationen über sich selbst und ihre Umwelt zu geben, erst im späteren Aufbau werden auch die weiteren Sinne wie Hören, Riechen, Schmecken usw. adressiert. Dabei gilt der Grundsatz, dass an Bekanntes angeknüpft werden sollte.

Basale Stimulation begreift sich nicht als begrenzte Intervention, ihr Anspruch ist viel weitreichender. Sie versteht sich als pädagogischer Ansatz, als innere Einstellung, welche auf der

Basis einer Beziehung den Anderen/die Andere in seiner Gesamtheit respektiert (Ny Dahl Peter et al. 2003 S. 3ff), ihn/sie in seiner Entwicklung unterstützt und mit einer Suchhaltung und feiner Aufmerksamkeit umfassend begleitet. Ausdruckspotenziale besitzt jeder Mensch, auch in der größten Einschränkung. Gemeinsam mit dem Ansatz des Snoezelen ist der Auftrag einer Senso-Biografie, einer ausführlichen Anamnese der persönlichen Sinnesgeschichte (Buchholz Thomas et al. 2005 S. 99ff). In der Basalen Stimulation führt diese Erhebung zu einer individuellen Pflegeplanung, die in vielen täglichen Aktivitäten eine Anregung der Wahrnehmung berücksichtigt. Wünschenswert in der Umsetzung ist die Zuständigkeit einer Bezugsperson für den jeweiligen Pflegebedürftigen/die jeweilige Pflegebedürftige. Die Basale Stimulation arbeitet mit einem integrativen Modell der Wahrnehmung und stützt sich auf umfassende neurowissenschaftliche Grundlagen (u. a. Pickenhain Lothar 1998). Daneben ist eine deutliche entwicklungspsychologische Basis im Sinne von Piaget (1975) herausgearbeitet. Verschiedene Ansätze aus der Pädagogik, Psychologie, Psychosomatik und Anthropologie können die Basale Stimulation fundieren (u. a. Bronfenbrenner Uri 1981; Montagu Ashley 1987; Papousek Hanus et al. 1989; Eliacheff Caroline 1997). Erfahrungen aus der Physiotherapie und aus dem Feld Körpersprache/Körperbewusstsein haben ebenfalls Eingang gefunden.

Es gibt „Schnittmengen“ zu verschiedenen begleitenden oder therapeutischen Konzepten, wie z. B. die sensomotorische Frühförderung nach Affolter (Affolter Felice 1987), der sensorischen Integration (Ayres Jean 1989) sowie der Kinästhetik (Hatch Frank et al. 2002). Der Dialogaufbau zu Menschen im Wachkoma nutzt ähnliche Zugangswege und Grundlagen wie die Basale Stimulation, als theoretische Basis dienen zusätzlich Argumente aus einer „Beziehungsmedizin“ und aus der Neuropsychologie (Zieger Andreas 1993; 2002). Neben den dialogischen Kontakten hebt Fröhlich (Fröhlich Andreas 1998 S. 158) auch die Rhythmisierung der Aktivzeiten und Ruheperioden sowie die Schaffung geeigneter Lebens- und Lernräume hervor. Erfahrungen zeigen, dass Menschen manchmal auch Rückzugsmöglichkeiten mit engen räumlichen Grenzen, z. B. Kissen oder Polster, im Bett brauchen.

In den letzten Jahren wurden Grundsätze aus der Sicht der beeinträchtigten Menschen als Ziele der Basalen Stimulation formuliert: Leben erhalten und Entwicklung begleiten, eigenen Rhythmus finden, Außenwelt erfahren, Sicherheit erleben und Vertrauen aufbauen u.a.m. Der Ansatz eignet sich besonders gut für hospitalisierte Menschen, da ihnen leicht wichtige Erfahrungsbereiche verloren gehen können. Die Basale Stimulation bietet ein breites Spektrum: vom Erfahrbarmachen des Körpers über nachformendes Einreiben, beruhigendes Wiegen, vibratorische Wahrnehmung von Tiefe, angenehme rhythmische Massagen, über taktilhaptische, olfaktorische oder gustatorische Angebote, über Geräusche, Töne, Musik, visuelle

Erfahrungen bis hin zu vielfältigen Eindrücken, wie etwa bei einem sinnesorientierten Naturspaziergang oder einem Wohlfühl-Bad. Der Schwerpunkt liegt allerdings, wie oben schon gesagt, in den basalen Sinnen. Aus diesem Grund könnte die Basale Stimulation ebenso in den Empfehlungen zur Berührung oder Bewegung thematisiert werden.

Fazit

Der Erfolg der Basalen Stimulation in der Pflege demenzkranker Menschen mit herausfordernden Verhaltensweisen begründet sich zunächst durch die gute Übertragbarkeit der Erfahrungen mit ähnlichen Verhaltensweisen von Menschen mit geistiger Behinderung. Das Konzept bietet sich insofern an, als Pflege in wesentlichen Feldern im körpernahen Bereich arbeitet: Menschen werden gewaschen und eingecremt, sie werden in ihrer Bewegung gefördert, Essen wird angereicht, es wird beruhigt und aktiviert, der Tag gestaltet, es wird Hoffnung gemacht, erinnert, Freude verbreitet und Kontakt hergestellt.

Im Rahmen der Basalen Stimulation erfahren auch Verhaltensweisen wie Unruhe, unartikulierte Vokalisieren oder andere eine neue Bewertung als Autostimulationsversuche, als Versuche, sich selbst wahrzunehmen aufgrund mangelnder anderer Angebote. In diesem Sinne kann es hier einen Anknüpfungspunkt an das herausfordernde Verhalten dementer Menschen geben. „Eintönigkeit, Monotonie werden als außerordentlich negativ empfunden, im Übermaß und ohne die Möglichkeit, sich aus einer solchen Monotonie zu entfernen, wirken sie deaktivierend, einschränkend bis hin zur Persönlichkeitszerstörung durch Isolation“ (Fröhlich Andreas 1998 S. 27). Manchmal geschehen körpernahe Pflegeinterventionen in einer unbewussten und funktionalen Weise. Basale Stimulation bedeutet in vieler Hinsicht vor allem einen Einstellungswandel, um den „fördernden Mehrwert“ in Pflegehandlungen einzubringen. Dazu sind in der Regel Fortbildungen erforderlich, die darüber hinaus verdeutlichen müssen, dass bei der Sinnesanregung eine Reizüberflutung zu vermeiden ist. Um die Kommunikation wahrnehmungsfördernd zu gestalten, eine sinnesanregende Umgebung zu schaffen und den Tagesablauf entsprechend zu gestalten, bedarf es eines professionellen Vorgehens.

4.5.3 Snoezelen

Begriffsklärung

Das Kunstwort Snoezelen kombiniert die niederländischen Wörter „snuffelen“ und „doezelen“. In das Deutsche übersetzt bedeuten sie: schnuppern, schnüffeln bzw. dösen. Es erinnert aber auch an „snoes“, was soviel bedeutet wie: liebes Kind, Schätzchen. Hulsegge und Verheul (1986 S. 16) sehen im Snoezelen „ein Freizeitangebot für Schwerstbehinderte, bei dem sie ruhig werden und zu sich selbst finden können.“ Die Deutsche Snoezelen-Stiftung

(2000 S. 3) definiert Snoezelen als „eine ausgewogen gestaltete Räumlichkeit, in der durch harmonisch aufeinander abgestimmte multisensorische Reize Wohlbefinden und Selbstregulationsprozesse bei Anwesenden ausgelöst werden. Durch die speziell auf die Nutzer hin orientierte Raumgestaltung werden sowohl therapeutische und pädagogische Interventionen, als auch die Beziehung zwischen Anbieter und Nutzer gefördert.“ Unterschiedliche visuelle, akustische, olfaktorische, taktil-haptische, vestibuläre und/ oder vibratorische Angebote führen zu einer angenehmen, stimmungsvollen Atmosphäre, die häufig als „eine andere Welt“ beschrieben wird. Einen personenzentrierten Zugang findet man mit Hilfe eines „diagnostischen“ Snoezelens durch das kombinierte Anbieten von unterschiedlichen sinnlichen Wahrnehmungen und Erfahrungen mit dem Ziel, zu verstehen, auf welche Sinnesreize ein demenzkranker Mensch positiv reagiert (vgl. Van der Kooij Cora 2001). Das Verfahren kann einzeln oder als Gruppenangebot in separierten Räumlichkeiten sowie in den Alltag einer Wohngruppe integriert angeboten werden (fest installiert oder als mobile Einheit). In das Alltagserleben integriert bieten sich Rückzugsnischen, Wohlfühlecken, Bäder, andere ausgewählte Stellen/Orte zur sensorischen Anregung oder „Schleusen“ in Zimmern oder Fluren an (vgl. Hulsegge Jan et al. 1986; vgl. Evangelischer Verband für Altenarbeit im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche im Rheinland 1998; Dittmar Sonja 2000 S. 55ff). Menschen mit einer fortgeschrittenen Demenz scheinen von der sensorischen Gestaltung ihres direkten Wohnumfeldes eher angesprochen zu werden, das heißt, sie wenden sich diesen Angeboten spontaner zu, zeigen Neugierde, Erstaunen oder äußern sich positiv - soweit es ihnen verbal noch möglich ist. In diesem Kontext sind auch transportable Medien zu erwähnen, die es ermöglichen, individuelle Sinneserfahrungen in die alltägliche Pflege z. B. im Zimmer der Bewohnerinnen bzw. Bewohner zeitweise zu integrieren.

Es ist zu vermuten, dass das Snoezelen vergleichbar mit anderen sensorischen Verfahren vor dem Hintergrund der Neuroplastizität des Gehirns, die Entwicklung und Ausdifferenzierung des Nervensystems unterstützen kann (vgl. Pickenhain Lothar 1998). In einer Übersicht wurden kürzlich grundlegende Hypothesen zu den Wirkweisen des Snoezelens vorgestellt (Perrar Klaus Maria 2003a; 2003b). Dass das Snoezelen degenerative Prozesse wie die Demenz verzögern kann, ist wissenschaftlich nicht belegt.

Obwohl manche Einrichtungen auf spezielle Fortbildungen verzichten und ganz auf eine empathische Grundhaltung vertrauen, erscheint es sinnvoll, die Bewohnerinnen bzw. Bewohner beim Snoezelen durch geschulte Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter zu begleiten. Der Umfang solcher Schulungen beträgt in der Regel zwei bis vier Tage (z. B. Shapiro Michele et al. 2002; Van Weert Julia C.M. 2004b)). Einzelne Anbieter führen neben diesen Grundlagen-

schulungen modular aufgebaute Kurse durch, in denen die Erfahrungen mit speziellen Zielgruppen (so z. B. Geriatrie/Gerontopsychiatrie) ausgetauscht bzw. vermittelt werden.

In seiner Anwendung unterscheidet sich das Snoezelen mit alten (nicht-dementen) Menschen nicht prinzipiell von dem mit jüngeren Menschen (vgl. Mertens Krista 2003). Allerdings sollten die Räumlichkeiten bzw. Medien an die veränderte Sensorik und Mobilität angepasst sein. Biografische Bezüge z. B. bei der Auswahl der Musik oder der Aromen verstärken die beabsichtigte angenehme Wirkung eher als speziell komponierte Entspannungsmusik (Gerdner Linda A. 2000 S. 49ff). Trotz anders lautender Aussagen (Pinkney Lesley et al. 1994; Hope K.W. 2001) scheinen mobile Menschen in einem mittleren oder späten Stadium einer Demenz von separierten Snoezelenräumen weniger zu profitieren. In der Regel besuchen sie diese Räume nicht spontan und meiden die für sie befremdliche Umgebung (vgl. (Dittmar Sonja 2000 S. 75; Höwler Elisabeth 2000 S. 459). Insbesondere die taktil-haptischen Materialien scheinen bei ihnen eher zu negativen Reaktionen zu führen (Hope K.W. 2001 S. 142).

Stand der Forschung

Van Weert (Van Weert Julia C.M. 2004a) formulierte in einer kontrollierten, 18-monatigen Längsschnittstudie auf 12 psychogeriatrischen Einheiten in sechs niederländischen Pflegeheimen ein individualisiertes Konzept, indem sie das Snoezelen in die erlebensorientierte Morgenpflege (morning care) dementer Menschen mit einbezog. In der Anwendung geht es vor allem um eine Mischung von Augenkontakt, Berührung und spezieller Sinnesaktivierung mittels Snoezelen durch Pflegende in der stationären Betreuung. Neben der Analyse der Auswirkungen dieser Pflege auf herausfordernde Verhaltensweisen (erhoben mit der „Dutch behaviour observation scale for psychogeriatric in-patients“ sowie einer niederländischen Version des „Cohen-Mansfield Agitation Inventory“) wurde auch die Veränderung der Arbeitszufriedenheit der Pflegenden gemessen. In der Experimentalgruppe wurde eine bedeutende Verminderung von Apathie, Verlust an Anstandsformen (loss of decorum), rebellischem oder aggressivem sowie depressivem Verhalten beobachtet.

In einer Literaturübersicht über die Jahre 1990 bis 1999 untersuchten Finnema und Andere (Finnema Evelyn J. et al. 2000) die Wirkung u. a. des Snoezelen auf die Arbeit mit dementen Menschen. Zur Beurteilung wurden sechs Veröffentlichungen herangezogen, davon drei aus Großbritannien und je eine aus Kanada, den USA sowie den Niederlanden mit vier bis vierzig Probanden. Die Wirkung des Snoezelens auf die Stimmung und das Verhalten der dementen Menschen wurde in den Studien zwar größtenteils als positiv beschrieben, die methodologischen Schwächen (z. B. das Fehlen homogener Untersuchungsgruppen, die geringen Fallzahlen sowie das Fehlen von Kontrollgruppen) stellen nach Ansicht der Auto-

ren/innen den Wert der Ergebnisse jedoch in Frage. Darüber hinaus waren die Effekte des Snoezelens mit nur 10 Minuten zum Teil nur von sehr kurzer Dauer (Finnema Evelyn J. et al. 2000 S. 148). In ihrer Zusammenfassung halten die Autorinnen und Autoren jedoch die Anwendung des Verfahrens bei weniger schweren Demenzformen für möglich. Gefordert wird allerdings die Entwicklung eines Leitfadens zur Entscheidung darüber, mit wem und wann Snoezelen empfehlenswert sei. Schließlich sollte das Verfahren mittels standardisierter, reliabler, valider und sensitiver sowie vergleichbaren Untersuchungsmethoden von unabhängigen Untersuchern/Untersucherinnen überprüft werden können, um so die Verfälschung der Ergebnisse durch die „naiven“ beteiligten Beobachterinnen und Beobachter bzw. Beurteilerinnen und Beurteiler zu verhindern. Zu einer ähnlich kritischen Einschätzung gelangen Chung et al. (Chung Jenny et al. 2003) in einem sehr strengen Auswahl- und Beurteilungsregeln gehorchenden Cochrane Review. Vor dem Hintergrund der Auswertung diverser Untersuchungen zum Snoezelen, an denen sie insgesamt die wenig evidenzbasierte und damit letztlich ungenügende Aussagekraft bemängeln, mahnen die Autorinnen bzw. Autoren eindringlich systematische und wissenschaftliche Studien zur Beurteilung der klinischen Bedeutung des Snoezelens bei Menschen mit Demenz an. Zu ebenfalls eher inkonsistenten Ergebnissen gelangten neuere Untersuchungen (Baker Roger et al. 2003; Baillon Sarah F. et al. 2004; Cox Helen et al. 2004).

Kritische Anmerkungen zum Snoezelen

Bereits Hulsegge et al. setzen sich explizit mit dem Pro und Kontra des Snoezelens auseinander (Hulsegge Jan et al. 1986 S. 162). So sehen sie das Snoezelen als „theoretisch zu wenig untermauert.“ Die philosophischen Ansätze gingen „zu weit auseinander.“ Nicht zuletzt würden beim Snoezelen „Verhaltensweisen geduldet, die im Wohn- und Lernbereich verboten sind.“ Dies könne „den Bewohner ins Chaos führen“ (Hulsegge Jan et al. 1986 S. 164). Vielleicht führte diese Kritik dazu, dass sich die Autoren selbst ausdrücklich gegen ein Verständnis des Snoezelens außerhalb eines wohltuenden Freizeiterlebens aussprechen: „Aber noch einmal sei betont: Es ist nicht unsere Absicht, Förderung und Therapie in den Mittelpunkt des Snoezelens zu stellen.“ (Hulsegge Jan et al. 1986 S. 159).

In der aktuellen Diskussion werden gegen das Snoezelen zahlreiche Kritikpunkte vorgebracht (vgl. Störmer Norbert 1989). So werden die theoretischen Äußerungen zu den Wirkweisen des Snoezelens als letztlich trivial bezeichnet. Worin die spezifische Wirkung des Snoezelens bestehe, darüber gäben die Aussagen der Vertreter des Gedankens keine Auskunft. Lamers kritisiert darüber hinaus die Entwicklung eines engeren therapeutischen Anspruchs des Verfahrens, z. B. in Form von mehrjährigen „Ausbildung(en) zu einem Breitband-Snoezel-Therapeuten/Pädagogen“ (Lamers Wolfgang 2003 S. 204). Snoezelen in dazu speziell eingerichteten Räumlichkeiten schaffe eine künstliche Welt, deren Erfahrungen (z. B.

für Menschen mit Mehrfachbehinderung oder Demenz) nicht in den Alltag übertragbar sind. Snoezelen schaffe eine teure Scheinwelt, statt derer sollte besser der Alltag in den Institutionen schöner und reizvoller gestaltet werden. Die Wirkung des Snoezelens bestehe hauptsächlich in der intensiven Zuwendung seitens der Anwenderinnen und Anwender. Allein diese Zuwendung könne die beobachtbaren positiven Reaktionen erklären. Kritisch ist ebenfalls zu bewerten, wenn das Snoezelen als unreflektierte Dauerberieselung eingesetzt wird bzw., wenn die diversen Sinnesangebote zu einer Reizüberflutung führen.

Fazit

Trotz der zuvor genannten Kritikpunkte und der mageren evidenzbasierten Studienlage hat das Snoezelen (welt-)weite Verbreitung gefunden und findet bei den Anwenderinnen und Anwendern immer mehr positiven Anklang. Der Snoezelengedanke hat inzwischen in der Arbeit mit alten Menschen in aktuellen Veröffentlichungen oder Handbüchern als Verfahren einen festen Platz gefunden (Höwler Elisabeth 2000S. 457ff; Maciejewski Britta et al. 2001 S. 204ff). Zahlreiche, zum Teil durchaus kritisch reflektierende, Einzelfallbeschreibungen berichten von positiven Auswirkungen des Snoezelens auf Bewohner und Bewohnerinnen. Jenseits einer pädagogischen oder therapeutischen Haltung zeigen sich unterschiedliche Menschen im Anschluss an die direkte Konfrontation mit den Snoezelenräumlichkeiten beeindruckt, interessiert, entspannt, angeregt, wie in einer anderen Welt, wie im Märchen, verzaubert usw. Mit der Studie von van Weert (Van Weert Julia C.M. 2004a) liegt inzwischen eine Arbeit vor, die auf einem höheren Grad der Evidenzbasierung Belege für eine positive Wirkung auf herausfordernde Verhaltensweisen demenziell erkrankter Menschen liefert. Vor dem Hintergrund neuerer Untersuchungsergebnisse scheint die Aussage gerechtfertigt, dass sich das Snoezelen – im Sinne eines die Sinne ansprechenden Verfahrens – positiv auf herausfordernde Verhaltensweisen demenziell erkrankter Menschen auswirken kann. Dies betrifft nach dem jetzigen Stand der Forschung jedoch Konzepte, die das Snoezelen in den Alltag der Wohngruppe integrieren und anhand eines individuellen Planes durchführen (vgl. Finnema Evelyn J. et al. 2000; Van der Kooij Cora 2001; Van Weert Julia C.M. 2004a). Separate Snoezelenräume hingegen sind eher zur Freizeitgestaltung für nicht-demente Menschen oder in einem sehr frühen Stadium der Demenz geeignet, für die allerdings die in den Rahmenempfehlungen thematisierten, herausfordernden Verhaltensweisen weniger typisch sind.

Als theoretischer Hintergrund der Wirkung erscheint die Reduktion oder Verhinderung einer sensorischen Deprivation der demenziell erkrankten Menschen rational einleuchtend (z. B. Kutschke Andreas 2001), empirisch nachgewiesen ist sie allerdings nicht. Bei nicht-dementen Menschen kann Snoezelen durchaus ausgeprägte negative Wirkungen haben. Es ist nicht davon auszugehen, dass sich dieser Sachverhalt bei Menschen mit Demenz prinzi-

piell anders darstellt. Hierzu fehlt es bislang an differenzierenden Aussagen bzw. Untersuchungen, um herauszufinden, wie sich diese unerwünschten Auswirkungen vermindern lassen. Solange eine grundlagentheoretische Ausarbeitung des Snoezelens fehlt, sollte es seinem ursprünglichen Konzept nach als ein Entspannungsangebot bzw. milieugestaltendes Element in der qualifizierten Pflege demenziell Erkrankter verstanden werden. Für einen therapeutischen Anspruch im engeren Sinne erscheint die Datenlage nicht aussagekräftig genug.

4.6 Empfehlung 6: Bewegungsförderung

Die Expertengruppe empfiehlt für Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten eine tägliche ausreichende Bewegung individuell zu formulieren und zu ermöglichen. Bewegung ist für jeden Menschen zur Gesunderhaltung wichtig. Tendenziell zeigen Studien günstige Wirkungen von körperlicher Aktivität auf herausforderndes Verhalten. Die Expertengruppe empfiehlt, die Bewegungsanregung und die Förderung von Körperbewusstsein in alle täglichen Aktivitäten zu integrieren. Wenn keine außergewöhnlichen Einschränkungen dem absolut widersprechen, wird dabei von einer mindestens halbstündigen täglichen durchgängigen Bewegungssequenz ausgegangen. Dies kann in unterschiedlichen Formen erreicht werden, unter Umständen auch durch passive Bewegungsübungen. Einem gesteigerten Bewegungsdrang in Form des Herumlauftens ist Raum zu geben, möglichst auch mit Aufenthalt im Freien.

4.6.1 Begriffsklärung

Bewegung oder körperliche Aktivität ist ein Grundmerkmal alles Lebendigen und ein Grundbedürfnis des Menschen. Der Begriff körperliche Aktivität umfasst jede körperliche Bewegung, die durch Skelettmuskulatur produziert wird und den Energieverbrauch über den Grundumsatz anhebt. International hat sich ein umfassendes Konzept von gesundheitsfördernder körperlicher Aktivität durchgesetzt, neben den Freizeit bezogenen Aktivitäten ist auch die alltägliche Bewegung etwa durch Spaziergänge oder Treppensteigen gemeint (vgl. Robert Koch-Institut 2005).

Im Bezug auf Verhalten bei Demenz findet sich eine ganze Bandbreite an Bewegungsmustern: von völligem Bewegungsmangel bis hin zu einem gesteigerten Bewegungsdrang. Letzteres ist bisher uneindeutig definiert, es existieren zahlreiche Beschreibungen und Definitionen. Im Englischen wird der gesteigerte Bewegungsdrang unter dem Begriff „wandering“ thematisiert, welcher dann in mehrere Unterkategorien gegliedert wird, abhängig von Absicht, Bewegungsmuster oder Häufigkeit (Algase Donna L. et al. 2004). In Deutschland findet diese differenzierte Betrachtung nicht statt und der vermehrte Bewegungsdrang wird allgemein als Herumlaufen, Herumwandern oder Weglaufen bezeichnet.

Das Recht auf Bewegung wird in der Charta der pflege- und hilfsbedürftigen Menschen hervorgehoben, Bewegung ist eine zentrale Kategorie in allen Pflegemodellen/-theorien, zumal unter institutionellen Bedingungen und bei Pflegebedürftigkeit die Bewegung leicht eingeschränkt werden kann.

4.6.2 Stand der Forschung

Bewegung generell wirkt präventiv auf eine Vielzahl von Erkrankungen, die im Alter von Bedeutung sind: Herzkrankheiten, Diabetes mellitus, chronische Lungenerkrankungen, Schlaganfall oder Osteoporose. Derzeit mehren sich die Studien zu positiven Auswirkungen auf Gesundheit und speziell auf die kognitive Fitness (Van Gelder Berry M. et al. 2004). Körperliches Training hat nachgewiesene positive Effekte auf Muskelkraft, Mobilität und Bewegungsreichweite bei älteren institutionalisierten Menschen (Rydwik Elisabeth et al. 2004). In der Klinischen Psychologie wurde belegt, dass die psychische und geistige Leistungsfähigkeit vom allgemeinen Aktivierungsniveau abhängt (Lehrl Siegfried et al. 1986b; 1986a), ein Zusammenhang zwischen Bewegen und Denken konnte festgestellt werden.

Die Literatur zeigt, dass Bewegungstraining sich positiv auf das Wohlbefinden und die Lebensqualität der älteren Menschen auswirken kann (Lautenschlager Nicola T. et al. 2004). Günstige Wirkungen der Bewegungsaktivitäten zeigen sich hinsichtlich Kraft, Ausdauer, Gleichgewicht und Flexibilität als Voraussetzungen zur Sturzprophylaxe. Ebenso förderlich zeigt sich Bewegung für die Darmtätigkeit, Thromboseprohylaxe und zur Schlafverbesserung. Auch der Rückgang depressiver Symptome und die Verbesserung kognitiver Fähigkeiten werden in der Literatur belegt. Bewegung als Gruppenaktivität kann gegen Isolation helfen, die zum Teil damit verbundene körperliche Berührung wird als positiv empfunden (Oster Peter et al. 2005).

Bewegungsförderung und Demenz

Eine steigende Anzahl an Forschungsergebnissen zeigt eine Wirkung hinsichtlich der Verzögerung demenzieller Prozesse (Oswald Wolf D. 2004). Inaktivität und Mangel an körperlicher Bewegung kann negative Folgen für Gesundheit und Wohlbefinden von älteren Menschen auch bei Demenz haben (Ballard Clive et al. 2001; Robert Koch-Institut 2005). Dabei spielen die Einschränkungen im täglichen Leben (Gehen, Anziehen, Baden usw.) eine ebenso bedeutende Rolle wie die akuten Erkrankungen selbst. Eine Verbesserung der Funktionsfähigkeit durch Bewegung minimiert funktionellen Abbau (Mathews R. Mark et al. 2001). In späteren Stadien der Demenz werden Defizite in motorischen Funktionen manifest, z. B. Gangstörungen, Versteifung der Gliedmassen oder andere Risiken für Stürze (Van de Winckel Ann et al. 2004). Die Einschränkungen in der körperlichen Funktionsfähigkeit sind jedoch nicht nur durch die Veränderungen in der Körperstruktur zu erklären, sondern werden durch Faktoren wie Stimmung, Motivation, Kognition, Lern- und Copingfähigkeiten, Einfluss von Komorbidität auf die Lebensumstände beeinflusst (Oster Peter et al. 2005).

Bewegungsförderung bei herausforderndem Verhalten und Demenz

Es liegen nur wenige Studien vor, die speziell den Zusammenhang zwischen Bewegung und herausforderndem Verhalten untersuchen. Die Recherche ergab drei Studien, die den Auswahlkriterien entsprechen. Die wenigen Ergebnisse sind nicht eindeutig. Problematisch sind schon die unterschiedlichen Bezeichnungen, die in den einzelnen Studien verwendet werden, „körperliche Aktivität“, „Bewegung“, „Training“ oder „mäßiger Sport“, zum Teil wurden die Interventionen kombiniert mit Musik oder psychosozialen Programmen.

Landi und Kollegen untersuchten die Wirkung von mäßigen körperlichen Aktivitäten auf das herausfordernde Verhalten von 30 Menschen mit Demenz (Landi Francesco et al. 2004). Sie verglichen eine Gruppe von Menschen mit körperlicher Aktivität (Ausdauer-, Kraft-, Gleichgewichts- und Flexibilitätstraining) in Kombination mit einem Verhaltenstraining und psychologischer Behandlung mit einer Gruppe ohne körperliches Training. Es zeigte sich sowohl eine bedeutende Minderung des problematischen Verhaltens wie Beschimpfungen, Herumwandern, Schlafprobleme als auch die Reduzierung der Schlaf- und antipsychotischen Medikamente. Leider fehlen in dieser Studie genaue Angaben zu den Interventionen (Dauer, Häufigkeit etc.), der Stichprobenbildung oder auch zu statistischen Auswertungen.

Eine weitere Studie untersuchte die Wirkung eines speziellen Psychomotorischen Aktivierungsprogramms (PAP) auf das Verhalten, soziale Interaktion und Kognition von Menschen mit Demenz. Im Vergleich zu einer Kontrollgruppe, die diese Intervention nicht erhielt, zeigte sich ein Vorteil für das PAP hinsichtlich Kognition und Gruppenverhalten. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass bei Menschen mit relativ hohen kognitiven Fähigkeiten sich das individuelle Verhalten und das Gruppenverhalten nach der Intervention verbesserten. Bei Menschen mit eingeschränkter kognitiver Funktionsfähigkeit stabilisierten bzw. verschlechterten sich die Verhaltensformen unabhängig von der Intervention. Die hohe Abbrecherzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mindern die Aussagekraft der Studie (Hopman-Rock Marijke et al. 1999).

In der dritten Studie wurde die Wirkung von 30-minütigen Bewegungsübungen in einer Gruppe mit Musikbegleitung im Vergleich zu einfachen individuellen Gesprächssitzungen untersucht. Die Autoren und Autorinnen fanden keine Veränderung des Verhaltens in der Interventionsgruppe, jedoch eine bedeutende Verbesserung in kognitiven Fähigkeiten. Die Ergebnisse haben jedoch eine begrenzte Aussagekraft aufgrund der kleinen Stichprobe und der kurzen Untersuchungsdauer, die keine Aussagen hinsichtlich möglicher Langzeiteffekte zulässt (Van de Winckel Ann et al. 2004).

Eine Literaturübersicht (Meta-Analyse) von Heyn u. a. (Heyn Patricia et al. 2004) zeigt positive Ergebnisse bezüglich der Wirkung von Bewegung auf körperliche Fitness, kognitive Fähigkeiten und das Verhalten von Menschen mit Demenz. In die Metaanalyse wurden acht Studien hoher Qualität (RCT) eingeschlossen, die Wirkung von Bewegung auf das Verhalten untersuchten, wobei die einzelnen Untersuchungen sich nicht ausschließlich auf Menschen mit einer diagnostizierten Demenz und den Altenheimbereich beschränkten. Des Weiteren gibt es Hinweise, dass Spaziergänge außerhalb der Einrichtungen das Wanderverhalten (Cohen-Mansfield Jiska 2001), das nächtliche Wandern (Siders Craig et al. 2004), aggressive Vorfälle (Forbes Dorothy A. 1998) und Agitation (Snowden Mark et al. 2003) mindern.

Kombination von Interventionen

Die Gestaltung von Bewegungstraining für Menschen mit Demenz zeigt sich anspruchsvoll, da der Kontext der Interventionen besonders motivierend und „fesselnd“ sein sollte, um die Konzentrations- und Merkfähigkeitseinbußen der Demenzbetroffenen zu kompensieren. Die Literatur zeigt, dass z. B. das Element der Musik eine solch unterstützende Maßnahme bei der Durchführung der Bewegungsübungen sein kann (Oster Peter et al. 2005). Zum Teil werden Bewegungsprogramme mit Gedächtnistraining oder anderen Anregungen wie Reisen, Gartenaktivitäten oder Handarbeiten verknüpft (Fabrigoule Colette et al. 1995). Zunehmend populär werden auch Tanzangebote für Menschen mit Demenz, dabei koppeln sich Bewegung, Musik und Interaktion, auch Erinnerungen werden aktiviert. Die Studienlage zur Wirksamkeit von Tanz ist jedoch dürftig. Im internationalen Raum existiert das Konzept der Dance/Movement Therapy (DMT), in Deutschland ist dieser Ansatz nicht verbreitet. In einer Literaturübersicht zu DMT (Ritter Meredith et al. 1996) sind Befunde zu ganz verschiedenen Adressatengruppen zusammengetragen, u. a. Menschen mit Behinderung, mit Hirnverletzungen, psychisch Erkrankte oder ältere Menschen. Tendenziell werden positive Auswirkungen auf das Verhalten festgestellt, die Stimmung wird gehoben, Angst reduziert und die Interaktion gefördert. Palo-Bengtsson et al. (Palo-Bengtsson Liisa et al. 2000; 2002) untersuchten mehrfach den Tanz als Pflegeintervention bei Menschen mit Demenz und konstatierten ebenfalls positive Einflüsse auf Verhalten und Stimmung. Allerdings wurde kein Fokus auf das herausfordernde Verhalten gelegt, die Stichproben sind klein und es fehlen Informationen, um die Qualität der gesammelten Daten (Videoaufzeichnungen, Interviews) bewerten zu können.

Alltagsorientierung

Nicht zu vergessen ist, dass auch ein langsamer Spaziergang als leichte körperliche Aktivität gilt, auch in der Charta der Rechte von hilfe- und pflegebedürftigen Menschen (Runder Tisch Pflege Arbeitsgruppe IV 2005) ist die Erhaltung der Bewegungsfähigkeit (Recht auf Bewegung) besonders erwähnt. Dabei geht es auch um Hilfen, „an die frische Luft zu kommen“,

sofern dies von den Personen gewünscht ist. Treppensteigen wird bereits als mäßige Belastung angesehen. Die Erhaltung der Beweglichkeit heißt also nicht nur organisierte Gruppenaktivitäten, die selbstverständlich auch ihre Vorteile haben, sondern auch die „normalen“ Bewegungen und täglichen Aktivitäten zählen zu Maßnahmen zur Förderung der Beweglichkeit. Eine aktuelle, allgemeine Empfehlung von Public Health Organisationen wie dem American College of Sports Medicine und dem Netzwerk Gesundheit und Bewegung in der Schweiz sieht für Erwachsene mindestens 30 Minuten an moderater körperlicher Aktivität am besten an allen Tagen der Woche als Richtschnur vor. Darüber hinaus sind drei Ausdauertrainingseinheiten (Dauer 20 bis 60 Minuten) je Einheit und zwei kraft- und beweglichkeitsorientierte Trainingseinheiten pro Woche erforderlich, um einen optimalen gesundheitlichen Nutzen zu gewährleisten (Robert Koch-Institut 2005). Im fortgeschrittenen Demenzstadium können die Menschen von starken Mobilitätseinschränkungen betroffen sein, bis hin zur schweren Immobilität. Für diese Gruppen sollten angepasste Bewegungskonzepte eingesetzt werden, wie Übungen im Sitzen, im Bett oder Angebote der passiven Gymnastik. Die vorhandenen Bewegungsmöglichkeiten müssen individuell unterstützt und gefördert werden.

Sicherheitsaspekte

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Frage der Sicherheit bei Menschen mit Demenz in Bezug auf Bewegung. Aufgrund vielfältiger, nicht nur demenzspezifischer Einschränkungen im Alter kann es zu Gefährdungen kommen (Stürze und Unfälle). An diese Stelle sei auf das Qualitätsniveau „Mobilität und Sicherheit jeder Bewohnerin mit Demenz werden entsprechend den individuellen Bedürfnissen und Bedarfen gefördert der Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen e.V. (BUKO-QS)“ hingewiesen, das sich speziell der Thematik der Sicherheit und Mobilität bei Menschen mit Demenz in umfassender Weise widmet. Die Kernaussage dieses Qualitätsniveaus lautet „Mobilität und Sicherheit jeder Bewohnerin/jedes Bewohners mit Demenz werden entsprechend den individuellen Bedürfnissen und Bedarfen gefördert“ (Schäufele Martina et al. 2005 S. 10). Bewegungseinschränkende Maßnahmen gelten als Sonderfall. Sie sind nur als letzte Möglichkeit einzusetzen, um schwerwiegende Verletzungen zu verhindern. Der Schutz der pflegebedürftigen Menschen vor Unfällen darf die Selbstständigkeit und Selbstbestimmung der Menschen nicht einschränken. Dieser Anspruch führt zu einem Spannungsfeld zwischen Sicherheit und Freiheit bei dementen Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern. Die Ergebnisse dieses Qualitätsniveaus werden von der Expertengruppe uneingeschränkt unterstützt.

Das Thema „Bewegung“ im Zusammenhang mit der Betreuung von Menschen mit Demenz betrifft nicht nur die Inaktivität bzw. mangelnde körperliche Aktivität, die in diesem Text vorrangig behandelt wird, sondern berührt eine weitere große Gruppe von Menschen, die ein gegenteiliges Verhalten zeigen, nämlich einen verstärkten Bewegungsdrang. Die Ursachen-

forschung für dieses Bewegungsverhalten steht noch am Anfang. Diskutiert werden kognitive und neurologische, körperliche Faktoren, Persönlichkeitsmerkmale oder Umwelteinflüsse (Algase Donna L. 1999). Die Auswirkungen der verstärkten Bewegung für Demenzkranke sind ebenfalls noch unzureichend erforscht (Siders Craig et al. 2004), so dass die Bewertung von Maßnahmen erschwert ist. Es ist unklar, was das Ziel oder Outcome (Ergebnis) der Maßnahmen sein kann: keine Bewegung, sichere Bewegung oder sinnvolle Bewegung? Unter den Expertinnen und Experten besteht die Meinung, dass dem Bewegungsdrang nachgegeben werden sollte, unter der Voraussetzung, dass diese Bewegung sicher gestaltet wird und zum Wohlbefinden des Menschen beiträgt. Sollte der Bewegungsdrang eher das Gegenteil bewirken, nämlich Stress und Unwohlsein für den Demenzkranken, ist eine kurzfristige Bewegungsminderung (z. B. zu speziellen Zeiten, Situationen) oder eine Bewegungsreduzierung insgesamt als Ziel der pflegerischen Maßnahmen anzustreben. Für eine kurzfristige Bewegungsminderung können strukturierte körperliche Aktivitäten, spezielle Übungen oder Musikangebote hilfreich sein. Für eine generelle Reduktion des Bewegungsdranges scheinen Strategien der Verhaltensmodifikation adäquat zu sein (Siders Craig et al. 2004). Bei zwanghaften Bewegungsdrängen oder spannungsgeladenen Bewegungsformen, die auf angebotene pflegerische Interventionen nicht ansprechen, sollten medikamentöse Maßnahmen angefragt werden.

Der verstärkte Bewegungsdrang und auch der Bewegungsmangel hängen stark von der Umgebungs- und Milieugestaltung ab. Ein Umfeld kann mobilitätsfördernd mit Aufforderungscharakter sein oder gegenteilig wirken. Im Tagesablauf sollten Angebote zur körperlichen Aktivierung vorgesehen werden (Bälle, Reifen etc.), gekoppelt mit weiteren Interventionstechniken wie Musiktherapie, Stimulation oder Beschäftigungsangeboten (Algase Donna L. 1999; Futrell May et al. 2002; Siders Craig et al. 2004).

4.6.3 Fazit

Trotz der geringen Studienlage lässt sich zusammenfassend von einer positiven Tendenz zur Wirkung von Bewegungsförderung auf das Verhalten von Menschen mit Demenz sprechen. Es lassen sich keine Schlussfolgerungen auf eine spezielle körperliche Übung ziehen. Eine Beziehung zwischen der Effektstärke des Trainings und den Trainingsmerkmalen wie Dauer, Häufigkeit und Anzahl der Trainingsstunden konnte nicht nachgewiesen werden. Insgesamt fehlt es an aussagekräftigen Untersuchungen über den Einfluss von Bewegung auf das herausfordernde Verhalten. Des Weiteren mangelt es an differenzierten Studien zu Ursachen von gesteigertem Bewegungsdrang und Wirkungen von geeigneten Interventionen. Generell sollten vielfältige Formen der Bewegung angeboten werden: passiv und aktiv, als Einzel- und Gruppenaktivität, als gesonderte Aktivität oder in die täglichen Aktivitäten eingeflochten. Sämtliche Interventionsmöglichkeiten, die sowohl auf die Förderung, als auch die Einschränkungen der Bewegung abzielen, müssen im größeren Kontext gedacht und geplant

werden, ein vielfältiger Ansatz ist erforderlich. Architektonische Gegebenheiten, ästhetische Umgebungsgestaltung, Beschäftigungsangebote und Sicherheitsfragen sind nur einige Aspekte, die es dabei zu beachten gilt.

4.7 Empfehlung 7: Pflegerisches Handeln in akuten psychiatrischen Krisen von Demenzkranken

Die Expertengruppe empfiehlt bei Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten in psychiatrischen Krisen durch Wahn, Panikattacken, Halluzinationen und bei aggressivem Verhalten einen wertschätzenden und akzeptierenden Umgang. Es sollte versucht werden, das dem Verhalten zu Grunde liegende Gefühl zu thematisieren, um so von der Handlung abzulenken, ohne die Betroffenen in ihrer Realität zu korrigieren. Eine Bekräftigung des Wahns *sollte vermieden* werden. Des Weiteren sollten Deeskalationsstrategien im Umgang mit aggressivem Verhalten angewendet werden. Geeignet dazu erscheinen der Expertengruppe die Leitsätze „bei entstehender Spannung und bei Gefahr“ nach Sauter (Sauter Dorothea et al. 2004). Jegliche Art der Fixierung der Betroffenen kann nur als allerletztes Mittel in Frage kommen und sollte vermieden werden.

4.7.1 Begriffsklärung

Die Art des empfohlenen verstehenden Umgangs mit Verhaltensweisen Demenzerkrankter setzt eine intensive Beschäftigung mit den betroffenen Personen voraus und geht davon aus, dass die Betreuenden ausreichend Zeit zum Austausch im Team (z. B. Fallarbeit) haben. Diese Herangehensweise greift nur, wenn das Verhalten von Personen mit Demenz keine akute Gefahr für Leib und Leben dieser selbst oder Anderer darstellt. Sie hat letztlich ihren größten Effekt darin, ein Milieu zu schaffen, in dem die Demenzerkrankten ein hohes Maß an Wohlbefinden mit allen zum Menschsein gehörenden Stimmungen und Bedürfnissen erleben können.

Neben der prozesshaften Herangehensweise, die eher präventiv angelegt ist, befindet sich das Pflegepersonal in stationären Einrichtungen jedoch immer wieder in Situationen, in denen sehr schnell gehandelt werden muss. Dies sind Situationen, in denen durch das Verhalten von Demenzkranken eine Gefährdung für die Person selbst oder andere Personen entsteht. Nicht gemeint sind Halluzinationen oder Wahnvorstellungen bei Demenzkranken, die keine Krisensituation für die Person selbst oder ihre Umgebung darstellen. Ein Beispiel dazu wäre das mehrmals tägliche Decken des Tisches für die Kinder, „die bald aus der Schule kommen“, sofern deren Nicht-Erscheinen nicht wiederum zu manifesten psychischen Krisen führt.

Die Erläuterungen der Empfehlung beziehen sich zunächst allgemein auf psychiatrische Krisen und danach spezieller auf aggressive Verhaltensweisen.

Psychiatrische Krise

Die hier den Überlegungen zugrunde gelegten Krisensituationen können sehr verschieden sein. Es kann sich so darstellen, dass eine Person mit Demenz unter allen Umständen darauf besteht, im Winter lediglich leicht bekleidet das Haus zu verlassen, da sie überzeugt ist, dringend zum Bahnhof zu müssen. Eine weitere, die Person selbst und auch Andere betreffende Situation wäre, wenn ein demenziell erkrankter Bewohner oder Bewohnerin Wahnvorstellungen hätte und überzeugt wäre, ein anderer Bewohner oder Bewohnerin habe ihn bzw. sie bestohlen. Folge aus diesem Wahn könnte verbal aggressives oder physisch aggressives Verhalten gegenüber dem Beschuldigten oder der Beschuldigten sein. Diesen Situationen ist gemein, dass in ihnen zum Wohle der beteiligten Personen seitens der Pflegenden unter Zeitdruck aktuell gehandelt werden muss.

Eine Krise kann definiert werden als ein "Ungleichgewicht zwischen Schwierigkeiten und der Bedeutung eines Problems und den unmittelbar zur Verfügung stehenden Ressourcen, dieses zu bewältigen" (Caplan 1964 zit. nach Sauter Dorothea et al. 2004 S. 781). Je nach Ausmaß der Krise wird zwischen einer psychiatrischen Krise und einem psychiatrischen Notfall unterschieden, wobei letzterer einer „fachspezifische(n) Beurteilung und gegebenenfalls Behandlung innerhalb von Minuten bis maximal wenigen Stunden“ bedarf (Sauvant Jean-Daniel et al. 2000 S. 48).

Zimmermann (Zimmermann Ralf- Bruno 2001) erstellte in Anlehnung an Hewer (Hewer Walter et al. 1998) eine „Aufstellung psychopathologischer Syndrome, die eine psychiatrische Krise darstellen können“ (Zimmermann Ralf-Bruno 2001, S. 101):

- Erregungszustand
- Angst
- akute Psychose
- schwere depressive Syndrome
- Stupor
- manisches Syndrom
- Suizidalität
- Bewusstseinsstörungen
- akute Belastungsreaktion (psychischer Schock)
- Intoxikationen

4.7.2 Entstehung einer Krise

Die hier ausgeführten Empfehlungen betreffen nur einen Teil möglicher Ursachen psychiatrischer Krisen.

Caplans Beschreibung einer Krise in vier Schritten lässt sich als Erklärungsmodell auf die hier zu besprechenden Situationen anwenden. Angewendet auf die Situation eines demenzerkrankten Mannes, der – lediglich leicht bekleidet – davon überzeugt ist, im Winter schnell zum Bahnhof und dann zur Arbeit zu müssen, könnten die nach Aguilera zitierten vier Schritte (Caplan Gerald 1964 nach Aguilera Donna C. 2000 S. 70) zur Entstehung einer Krise folgendermaßen aussehen.⁶

„Der belastende Stimulus bleibt bestehen, das Individuum empfindet immer größeres Unbehagen, und seine Anspannung steigt“

Der Mann läuft zur Tür, um den Wohnbereich zu verlassen. Eine Pflegende fragt ihn, wo er hinwolle, worauf er antwortet, er habe keine Zeit zu reden und müsse nun schnell los, da die Bahn nicht wartet. Die Pflegende fragt ihn erneut und teilt ihm mit, dass er lediglich einen Schlafanzug an habe und er so nicht hinausgehen könne. Der Mann wird ungeduldig und sagt, er habe genug angezogen und nun keine Zeit mehr zu diskutieren. Die Pflegende stellt sich ihm in den Weg.

„Seine Bewältigungsversuche scheitern, und seine Beklemmung wächst.“

Der Mann versucht die Pflegende zur Seite zu schieben und ruft, dass er jetzt hinauswolle. Sie wäre sonst Schuld daran, wenn er nicht pünktlich zur Arbeit käme. Der Bewohner versucht, sich an der Pflegenden vorbei durch die Tür zu drängen.

„Die weiter ansteigende Spannung wird zu einem starken internen Stimulus, der innere und äußere Ressourcen mobilisiert. In dieser Phase setzt der Betroffene sein Notprogramm zur Problemlösung in Kraft. Das Problem wird eventuell neu definiert, oder es kommt zur Resignation; bestimmte unerreichbare Aspekte des ursprünglichen Ziels werden aufgegeben.“

Möglichkeit A: Der Mann wird immer ungeduldiger. Er macht die Pflegende als diejenige aus, welche ihn von der Arbeit abhalten will. Er geht sie frontal an, beschimpft sie und versucht, sie von der Tür wegzudrücken. Er droht ihr lautstark Schläge an und macht mit der Faust eine Drohgebärde. Die Situation droht zu eskalieren.

Möglichkeit B: Der Mann versucht noch einmal, der Pflegenden die Wichtigkeit seines Fortganges mitzuteilen. Als diese wiederum sagt, so könne er nicht gehen, da es draußen sehr kalt sei und bereits spät am Abend, dreht er um und murmelt, dass er das dann auch nicht ändern könne. Dann müssten sie auf der Arbeit eben sehen, wie sie es ohne ihn schaffen. Das müsse denen aber dann die Pflegende erzählen.

⁶ Das zur Verdeutlichung der vier Schritte hinzugefügte Fallbeispiel wurde vom Verfasser dieses Textes (D. Rüsing) entwickelt.

„Hält das Problem an und kann weder gelöst noch umgangen werden, wächst die Anspannung weiter, und es kommt zur ausgeprägten Desorganisation.“

Möglichkeit A: Der Mann stürmt auf die Pflegende los und holt zum Schlag aus. Er schreit, er müsse raus und er ließe sich von niemandem davon abhalten.

Möglichkeit B: Der Mann bricht völlig zusammen und ist total verzweifelt. Er stammelt, dass er nun seine Arbeit verliere und seine Familie nicht mehr ernähren kann. Er weint bitterlich und kauert sich in eine Ecke.

4.7.3 Interventionsstrategien bei psychiatrischen Krisen

Wenn auch die Erklärungsmodelle zur Krisenentwicklung auf psychiatrische Krisen bei Demenzerkrankten übertragbar sind, so gilt dies nicht ohne weiteres für die Krisenintervention. Die klassische Krisentheorie geht bei der Krisenintervention von etwa sechs „Therapiesitzungen“ in einem zeitlichen Rahmen von maximal vier bis sechs Wochen aus, wobei es nach unten keine zeitliche Eingrenzung gibt (Ciompi Luc 1996). Die in der Literatur beschriebenen Interventionsmodelle bei Krisen sind für eine Klientel angelegt, die trotz Realitätsverlust das Potential besitzt, wieder in die Realität zurückzufinden. Vor diesem Hintergrund ist die Übertragung auf die Problematik einer Krise bei Demenzerkrankten problematisch. Szmukler (Szmukler Georg I. 1987) unterstützt mit seinen Äußerungen zur Effektivität von Kriseninterventionen im beschriebenen Sinne die Fragwürdigkeit der Anwendung dieser Maßnahmen auf Demenzerkrankte, indem er „den Effekt von spezifischen Kriseninterventionstechniken zwar bei psychisch Gesunden in psychosozialen Krisen, nicht aber bei eigentlichen psychischen Störungen für gesichert (Ciompi Luc 1996 S. 19) hält.“

Gemein ist allen Modellen der Krisenintervention der zunächst auf der emotionalen Ebene stattfindende Zugangsweg zur emotionalen Entlastung. Diese Form des Zugangs ist auch in der Pflege Demenzkranker durch verschiedene personenzentrierte Umgangs- und Betreuungskonzepte bekannt (Feil Naomi 1999; 2000; Kitwood Tom 2000; Richard Nicole 2000; Van der Kooij Cora 2003b). Eine weitere Gemeinsamkeit dieser Konzepte zum Umgang mit Demenzkranken besteht in der Thematisierung der Rolle des Pflegenden bei der Kommunikation, welche nach Qualität des Kontaktes krisenfördernd oder deeskalierend sein kann. Insofern sind auch im Beispiel der Verlauf der Begegnung zwischen dem Bewohner und dem Betreuungspersonal und auch die unter Umständen daraus resultierende Krisenentwicklung in hohem Maße vom Verhalten und den kommunikativen Fähigkeiten der Mitarbeiterin abhängig. Dies bestätigt die im Zentrum dieser Rahmenempfehlungen stehende Idee herausfordernden Verhaltens und der diesem Konzept zugrunde liegenden Auffassung einer multifaktoriellen Erklärungsweise des Verhaltens von Personen mit Demenz.

Viele Krisen (z. B. Versuch des Verlassen des Wohnbereiches, Aggressivität gegenüber anderen Bewohnerinnen bzw. Bewohnern oder dem Pflegepersonal usw.) kündigen sich an oder werden durch zusätzliche Stressoren (z. B. Antipathie gegenüber dem Tischnachbarn/der Tischnachbarin, vergebliches Warten auf den Besuch der Angehörigen usw.) in ihrer Entstehung begünstigt. Dies zu erkennen und frühzeitig im Sinne der Vermeidung von Krisen zu intervenieren, muss Ziel pflegerischen Handelns im multidisziplinären Team sein.

Die folgenden Empfehlungen sind aus verschiedenen Disziplinen zusammengetragene Maßnahmen zum Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen bei demenzerkrankten Personen. Es gibt für den Umgang mit Menschen mit Demenz in Krisen- oder Notfallsituationen zwar explizite Handlungsanweisungen, diese sind jedoch nicht ausreichend durch Forschung belegt. Die Forschung beschäftigt sich stärker mit präventiven Maßnahmen (z. B. Verspiegelung der Tür zur Vermeidung des „Weglaufens“, Einsatz von Musik beim Baden zur Vermeidung von Aggressivität usw.).

Umgang mit situativen Verkennungen, Wahnvorstellungen und Halluzinationen

In der Literatur zum Umgang mit Demenzerkrankten mit wahnhaftem oder halluzinatorischem Erleben finden sich im Wesentlichen zwei unterschiedliche Grundhaltungen. Innerhalb dieser Grundhaltungen existieren diverse, in Umfang und Anspruch sehr unterschiedliche Konzepte. Beiden Grundhaltungen gemein ist die Ansicht, Demenzerkrankte mit Wahnvorstellungen oder Halluzinationen nicht in ihrer Realitätswahrnehmung zu korrigieren. Sie unterscheiden sich hingegen im unterschiedlichen Umgang mit den wahnhaften oder halluzinatorischen Inhalten selbst:

Mitmachen, Mitgehen

Beschrieben wird zum Einen die Möglichkeit, durch „Mitmachen“ oder „Mitgehen“ in die Realität der Betroffenen einzutauchen und innerhalb dieser Realität Lösungen zu suchen. Ein Beispiel für diese Herangehensweise wäre das Wegscheuchen oder Entfernen imaginärer Spinnen von der Bettdecke eines demenzerkrankten Menschen, die diesem große Angst machen oder gar Panik verursachen. Einer demenzerkrankten Person, die unbedingt leicht bekleidet im Winter mit dem Zug zur Arbeit fahren will, würde vielleicht gesagt, dass der Zug schon abgefahren ist oder dass auf Grund des Wetters die Züge an diesem Tage nicht fahren und man auf der Arbeit anrufen würde, um ihn/sie abzumelden.

Böhm (Böhm Erwin 1990) beschreibt einen Fall, in dem einer Frau, die glaubte, nachts Stromstöße zu bekommen, Gummistiefel angezogen wurden. Dies sollte sie vor der Wirkung der Stromstöße schützen. Böhm beschreibt großen Erfolg durch solche Interventionen.

Lind (Lind Sven 2005) fordert in seinem Konzept einen Umgang mit Demenzerkrankten, der den Kriterien ‚Effektivität (Wirksamkeit)‘, Effizienz (Wirtschaftlichkeit)‘ und ‚Praktikabilität (Durchführbarkeit)‘ genügt. Vor diesem Hintergrund empfiehlt er ein Ablenken durch ‚Mitmachen‘ oder ‚Mitgehen‘ in das Wahnerleben der Betroffenen. So beschreibt Lind den Fall einer Dame, die Murmeltiere unter ihrem Bett „sieht“, worauf die Pflegende mit Hilfe eines Besens die imaginären Murmeltiere verscheucht und so die Betroffene beruhigt. In einem anderen Fall sieht eine im Bett liegende Bewohnerin einen Mann im Schrank. Die Pflegende schreit den imaginären Mann an und vertreibt ihn aus dem Zimmer.

Validierende Umgangsweise

Die zweite von der Mehrheit der Expertinnen und Experten in der Literatur beschriebene Vorgehensweise besteht in einem auf die Gefühlsebene des/der Erkrankten abzielenden Zugang, der zum Einen nicht realitätskorrigierend eingreift, ebenso aber auch nicht in das wahnhaftes Erleben des/der Betroffenen einsteigt und mitgeht. Stattdessen ist es das erklärte Ziel, mit den Betroffenen auf der Gefühlsebene Kontakt herzustellen und das Gefühl hinter dem Erleben zu thematisieren. Mit der Person, die zur Arbeit will, würde unter Umständen die Wichtigkeit der Arbeit in seinem Leben thematisiert oder mit ihm über Arbeitserlebnisse gesprochen, um durch diese gemeinsame Bearbeitung der Gefühlswelt für Linderung des Stresses und Ablenkung zu sorgen.

Beispiele für diese Herangehensweise findet man in den Konzepten der Integrativen Validation nach Richard (Richard Nicole 2000) und der Validation nach Feil (Feil Naomi 1999). Es wird versucht, das Gefühl in der Krisensituation hinter dem Handlungswunsch zu ergründen und wertzuschätzen. Auf diese Weise kommt es nach den Konzepten zu einem echten Kontakt zu den Betroffenen, auf dessen Basis es gelingen kann, dem/der Demenzkranken zur Abstandnahme vom Wahngeschehen und zu höherem Wohlbefinden zu verhelfen. Das wahnhaftes Erleben wird weder bestätigt noch wird versucht, dem Realitätserleben der demenzerkrankten Person korrigierend entgegenzuwirken.

Die in der validierenden Umgangsweise in Krisensituationen beschriebene Art des Umganges mit psychotischem Erleben wird auch durch die medizinische Notfallpsychiatrie gestützt. Dubin et al. (Dubin William R. et al. 1993 S. 113) fordern, dass man bei einem desorganisierten, halluzinierenden oder wahnhaften Patienten weder versuchen sollte, „ihm diese auszureden bzw. zu korrigieren, noch sollte man ihn im Wahnerleben bestärken.“ Stattdessen solle man eine empathische Atmosphäre aufbauen und ihm bei vagen oder weitschweifigen Ausführungen bedeuten, „dass er verstanden wird“ (S. 113).

Grundsätze

Sauter et al. (Sauter Dorothea et al 2004, S. 862) haben in Anlehnung an Wilson et al. (Wilson Holly K. et al. 1983) „10 Hinweise für den Umgang mit psychotischen Menschen entwickelt“:

- Steige nicht in die Wahnwelt der Patientinnen und Patienten ein.
- Weise auf Deine Realität hin, ohne Patientinnen und Patienten zu verletzen.
- Lass Dich nicht von den zum Teil faszinierenden Geschichten dazu verleiten, zum Konsumenten der krankhaften Anteile zu werden.
- Teile das, was Du verstehst, den Patientinnen und Patienten mit und erkenne die Ressourcen.
- Sprich Dich aus über Deine Ängste (im Team, bei Kolleginnen und Kollegen usw.).
- Streite nicht über Halluzinationen.
- Hilf den Patientinnen und Patienten, ihr Gespräch zu strukturieren.
- Auch wenn Du den Inhalt psychotischer Äußerungen verstehst, versuche die Emotionen der Betroffenen zu erfassen.
- Rühre psychotische Menschen nicht ohne Vorabinformationen an.
- Wenn Du nicht verstehst, gib dies zu.

Zusammenfassung

Insgesamt empfehlen die Experten der unterschiedlichsten Disziplinen bis auf wenige (Böhm Erwin 1990; Lind Sven 2005) Ausnahmen, nicht auf Wahninhalte einzugehen. Allerdings ist die Auseinandersetzung *Mitgehen und Eingehen* auf die wahnhaften Inhalte auf der einen Seite und dem Versuch der Fokussierung auf die Gefühlswelt und der Akzeptanz der Realität Demenzerkrankter, ohne den Versuch, Realität zu korrigieren und den Wahn zu bestätigen auf der anderen Seite, eher konzeptueller Art. Den Vertreterinnen und Vertretern des Mitgehens in Krisensituationen in die Realität der Betroffenen wird vor dem Hintergrund der Idee der Personenzentriertheit eine Verletzung des Prinzips der Wahrhaftigkeit (Kongruenz) vorgeworfen. Lind wiederum bezeichnet Ansätze humanistischer Psychologie (Rogers Carl 1983) als „bloße Gedankenkonstrukte, die dem Bereich der Spekulation zuzuordnen sind“ (Lind Sven 2005 S. 23). In Einzelfallstudien sind beide Vorgehensweisen als situativ erfolgreich belegt. Unklar ist jedoch, woran der Erfolg einer Intervention zu bemessen ist. Die Forschung lässt jedoch keinen Rückschluss auf eine Überlegenheit einer der beiden Herangehensweisen im Feld der Versorgung Demenzerkrankter zu. Hier besteht großer Forschungsbedarf.

In der Literatur überwiegt die Ansicht einer Ablehnung der Korrektur des Realitätsempfindens der Demenzerkrankten in wahngeprägten Situationen. Nicht-Einigkeit besteht indes, ob es sinnvoller ist, den Wahn durch Argumentation und Agieren in der Wahnwelt zu bearbeiten, oder, ohne zu korrigieren, Wahnvorstellungen zu bestätigen oder auf der Gefühlsebene zu interagieren. Die Mehrheit der Konzepte im Umgang mit wahnhaften Vorstellungen Demenzerkrankter bevorzugt die letztere Variante. Dies wird gestützt durch die medizinische Notfallpsychiatrie und pflegerischen/medizinischen Leitlinien im Umgang mit Menschen mit Psychosen.

Auf die Gefahren einer Abkehr von der „Wahrhaftigkeit“ oder, profaner ausgedrückt, der Zuwendung zur „therapeutischen Lüge“ durch Mitmachen und Mitgehen in die Lebenswelt Demenzerkrankter, weist auch Ruthemann (Ruthemann Ursula 1993) hin. Sie beschreibt, dass „Lügen im Umgang mit Dementen (...) zwar kurzfristig eine Hilfe sein (Ruthemann Ursula 1993, S. 120) kann.“ Sie beurteilt diese Art des Umgangs aber in dreierlei Hinsicht als gefährlich: Dadurch, dass viele Demenzerkrankte zwischendurch nicht verwirrt sind, kann es nachträglich zu einem Vertrauensbruch bei Erkennen der Lüge kommen und beziehungs-schädigend sein. Sie beruft sich auf die von Grond (Grond Erich 1986) geforderte „konsequente Klarheit der Betreuer“ und sieht in einem Einstieg „in die verwirrte Welt des Dementen“ (Ruthemann Ursula 1993, S. 121) eine Handlung, die die Desorientierung der Betroffenen weiter vorantreibt und die Pflegenden in ihrer Funktion als Orientierungspunkte schwächt. Schließlich sieht sie die Gefahr, dass sich die Betreuenden an solche „Lügen“ gewöhnen (als einfache und schnelle Lösungen, [d. Verf.]) und sich daraus beliebige Antworten mit einer in Folge dessen entstehenden Haltung mangelnden Respekts gegenüber den Demenzerkrankten entwickelt.

Der Philosoph und Ethiker Klaus Peter Rippe unterstützt die Absage an das Mitgehen in den Wahn bei Demenzerkrankten ebenfalls und empfiehlt – ähnlich den auf Rogers basierenden Techniken – „das Ablenken von der Frage [Z. B.: „Kann ich jetzt nach Hause?“, d. Verf.], indem der Wunsch selbst thematisiert wird (...).“ (Rippe Klaus- Peter 2005 S. 5).

Die Expertengruppe beurteilt Ansätze des ‚Mitmachens/Mitgehens‘ als ethisch und pflegerisch problematisch. Ein Mitmachen/Mitgehen muss in jedem Falle nach Krisensituation problematisiert werden. Der Expertengruppe ist klar, dass es derzeit zum Einsatz solcher Techniken im Alltag bei Versagen anderer Zugänge kommt, fordert aber eine intensive Auseinandersetzung in der Praxis und der Wissenschaft mit dieser Problematik.

Umgang mit aggressivem Verhalten (bei situativen Verkennungen, Wahnvorstellungen und Halluzinationen)

Der Umgang mit aggressivem Verhalten kann von der vorher beschriebenen Thematik nicht getrennt werden, da Aggressionen häufig im Zusammenhang mit wahnhaftem Erleben und/oder Halluzinationen auftreten und unter Umständen erst durch diesen Umgang entstehen. Aggressives Verhalten kann sich verbal und/oder körperlich darstellen. Wie häufig Formen aggressiven Verhaltens Folge aus einer nicht gelungenen Kommunikation mit Demenzkranken seitens der Pflegenden sind, wurde bislang nicht erforscht. In der psychiatrischen Pflege existieren Leitsätze zum Umgang mit aggressivem Verhalten, die auch bei Demenzkranken anwendbar sind. Das Erlernen von Deeskalationsstrategien ist für Pflegepersonen in der Versorgung Demenzerkrankter und somit in der Ausbildung in Alten- und Krankenpflege unabdingbar.

Die folgenden Leitsätze sind bei Aggressionen in pflegerischen Settings zu beachten (nicht nur bei Personen mit Demenz) und sollten mit einer wertschätzenden Haltung verbunden werden. Das Hauptaugenmerk des Teams sollte jedoch auch beim Umgang mit Aggressionen auf Vermeidung solcher Verhaltensweisen durch Prävention liegen.

Sauter et al. (Sauter Dorothea et al. 2004 S. 674-675) empfehlen folgende Leitsätze und Aspekte im Umgang mit aggressivem Verhalten:

Bei entstehender Spannung und bei Gefahr gelten folgende Leitsätze:

- **Sofort intervenieren:** Sobald eine Anspannung wahrgenommen wird, muss Kontakt hergestellt werden. Mit jeder Minute, die abgewartet wird und in der sich die Spannung steigert, verengen sich die Handlungsmöglichkeiten.
- **Angstfreie Ausgangssituation für den Mitarbeiter/die Mitarbeiterin herstellen:** Um sich adäquat zu verhalten, ist eine Handlungssicherheit vonnöten. Gewaltdrohungen sind ernst zu nehmen, bei jedem Gefühl von Unsicherheit muss rechtzeitig Unterstützung geholt werden.
- **Grenzen setzen und Raum lassen:** Eskalation entsteht bei verlorenem Vertrauen oder bei zu viel Nähe. Den Patienten/die Patientin nicht in die Enge drängen. Ausweichmöglichkeiten räumlich und im Sinne von Verhaltensalternativen offen lassen, gleichzeitig die Grenzen des tolerierbaren Verhaltens deutlich machen und die Konsequenzen benennen.

Nach Sauter sind folgende Aspekte bei der Kontaktaufnahme zu aggressiven Personen von Bedeutung (teils wörtliche Zusammenfassung nach Sauter Dorothea et al. (2004 S. 648)):

- **Handelnde Personen festlegen**

anderes Geschlecht wirkt deeskalierend

Mitarbeiter/in mit gutem Zugang oder „neutralem/r (andere Station)“ Gesprächspartner/in

- **Abgrenzung ermöglichen**

Bedürfnis nach Abgrenzung hat Vorrang vor Nähe

einen Schritt zurücktreten, nicht in die Enge drängen

- **Verhandlungsbereitschaft zeigen, alternative Verhaltensweisen anbieten**

Wahlmöglichkeiten lassen:

körperliche Anstrengung anbieten

Konfliktpartner trennen

Rückzug anbieten

freiwillige Fixierung

gemeinsam an einen sicheren Ort begeben zum „Dampf ablassen“

- **Auf emotionale Botschaften achten**

emotionale Botschaften werden besser verstanden als verbale

mit Einfühlungsvermögen und gleichzeitig sicherer Autorität auftreten

Machtdemonstrationen (Schlüssel, über der sitzenden Patientin stehen etc.) meiden, kein provozierendes Verhalten

vermitteln, dass man die Patientin/den Patienten ernst nimmt, keine herabwürdigenden Verhaltensweisen und Äußerungen

- **Gesprächsstil**

auf Verbindlichkeit und Eindeutigkeit achten

den Patienten/die Patientin verbal nicht überfordern und wenige Worte machen, nur das Allerwichtigste thematisieren; das Aufnahmevermögen ist herabgesetzt

geschlossene (Ja-Nein) Fragen überfordern den Patienten/die Patientin weniger als offene (Was-Warum); umgekehrt können offene Fragen als weniger einengend erlebt werden

immer wieder überprüfen, ob die Botschaften verstanden worden sind

immer wieder rückmelden, dass man den Patienten/die Patientin verstanden hat, dabei positive Äußerungen bestärken.

- **Gesprächsinhalte**

wenn möglich, die Punkte ansprechen, die dem Patienten/der Patientin Leidensdruck verursachen, hier besteht noch am ehesten eine Bereitschaft zu reden

die Gesprächsinhalte auf Aspekte mit sofortiger Lösbarkeit begrenzen; Besprechungen von Beziehungskonflikten sind nicht möglich

Konfrontation mit ungeliebten Themen vermeiden

- **Reizabschirmung und Entspannung**

beispielsweise in einen ruhigeren Raum gehen oder unruhige und erregte Mitpatientinnen und -patienten aus dem Raum bitten, das Radio abstellen

- **Kontaktpause, „Waffenstillstand“**

Wenn man nicht mehr diskutieren kann, ist Kontaktpause angesagt, wenn es möglich ist, diese vereinbaren; Absprachen dafür treffen („Wir brauchen jetzt nicht weiterzureden, ich kann sie gern in Ruhe lassen. Wenn Sie mir zusichern können, niemandem zu schaden, können wir gerne erst morgen früh das Gespräch weiterführen.“).

Eine Wiederannäherung ist nur möglich, wenn beide Parteien diese Kontaktregelung eingehalten haben.

Auch Ruthemann (Ruthemann Ursula 1993 S. 105-106) beschreibt einige Regeln zum Umgang mit akuten Aggressionen Anderer, die dadurch notwendig werden, dass Prävention nicht immer aggressives Verhalten verhindert:

- Falls Sie selbst zu hart durch die Aggression getroffen sind, treten Sie aus der Situation und beruhigen Sie sich, bevor Sie wieder in Kontakt treten.
- Falls Sie sich getroffen fühlen, aber in kontrollierter Ruhe bleiben können, sprechen Sie über das, was das Verhalten des Anderen bei Ihnen an Gefühlen auslöst.
- Gaukeln Sie keine Unbetroffenheit vor, wenn Sie sich betroffen fühlen. Sie sind sonst unglaubwürdig.
- Am besten ist es allerdings, wenn Sie innerlich und äußerlich ruhig bleiben können und sich Folgendes bewusst machen: Niemand ist freiwillig aggressiv
-
- Werten Sie Aggressionen als Signal/Symptom für ein noch nicht erkanntes Leid dieses Menschen.
- Finden Sie heraus, warum dieser Mensch aggressiv gegenüber Ihnen ist.
- Geben Sie dem Betroffenen andere Formen und Möglichkeiten, sein Leiden auszudrücken.

Ruthemann (Ruthemann Ursula 1993) bemerkt zum Konfliktgespräch mit Demenzerkrankten, dass diese in ähnlicher Weise ablaufen können wie bei Nicht-Demenzkranken, dass jedoch je nach Sprachfähigkeit der Demenzerkrankten eher auf paraverbaler und nonverbaler Ebene kommuniziert werden muss.

Zusammenfassung

Aggressives Verhalten bei Demenzerkrankten tritt häufig im Zusammenhang mit Wahnerleben und Halluzinationen auf. Wie häufig unter Umständen aggressives Verhalten Folge aus einem nicht gelungenen Umgang mit dem Wahnerleben der Betroffenen seitens der Pflegen-

den ist, wurde bislang nicht erforscht. In der psychiatrischen Pflege existieren Leitsätze zum Umgang mit aggressivem Verhalten, die auch bei Demenzkranken anwendbar sind.

Evaluation als unabdingbarer Bestandteil einer Krisenintervention

In allen konsultierten Modellen der Krisenintervention wird die Evaluation der Situation und des Versuchs der Lösung als maßgeblich für die weitere Behandlung und als notwendiger Prozessteil zur Vorbeugung oder zur Entwicklung spezifischer individueller Handlungsstrategien bei erneuter gleichartiger Krisensituation beschrieben. Insofern geht eine erfolgreiche oder auch gescheiterte Intervention wieder als Bestandteil in den Prozess der verstehenden Diagnostik ein und wirkt auf die Entwicklung zukünftiger Strategien und die Milieugestaltung.

4.7.4 Fazit

Die hier angestellten Überlegungen dienen dem Zweck, Pflegenden Empfehlungen an die Hand zu geben, auf welche Weise in psychiatrischen Krisen mit Demenzerkrankten umgegangen werden sollte. Handlungsanweisungen können in diesem Falle nur grobe Richtlinien sein, da die Situationen und vor allem Personen so unterschiedlich wie zahlreich sind. Zum Umgang mit Demenzerkrankten mit Halluzinationen oder Wahnvorstellungen (nicht jede Halluzination oder Wahnvorstellung stellt automatisch eine Krise bei einem Demenzerkrankten dar) werden in der Hauptsache zwei Möglichkeiten der Intervention beschrieben. Diese unterscheiden sich im unterschiedlichen Umgang mit den wahnhaften oder halluzinatorischen Inhalten selbst. Beschrieben wird zum Einen die Möglichkeit, in die Realität der Betroffenen bzw. des Betroffenen einzutauchen und innerhalb dieser Realität Lösungen zu suchen. Die von der Mehrheit der Expertinnen und Experten in der Literatur beschriebene zweite Möglichkeit besteht in einem auf die Gefühlsebene der erkrankten Person abzielenden Zugang, um auf dieser Ebene eine Beziehung herzustellen und durch die gemeinsame Bearbeitung der Gefühlswelt für Linderung und Ablenkung zu sorgen. Für beide Grundhaltungen gibt es positive Berichte in der Literatur. Allerdings werden ebenso praktische Vor- und Nachteile der beschriebenen Konzepte diskutiert.

Aggressionen können ohne, oder auch im Zusammenhang mit Wahnvorstellungen oder Halluzinationen entstehen. Es gibt für die psychiatrische Pflege Richtlinien und Empfehlungen für den Umgang mit aggressivem Verhalten, die jedoch nicht speziell für demenzerkrankte oder wahnhafte Personen entwickelt worden sind. Trotzdem scheinen sie in weiten Teilen übertragbar zu sein. Das Erlernen von Deeskalationsstrategien – wie in der psychiatrischen Pflege obligat – ist auch für Pflegepersonen in der Versorgung Demenzerkrankter von großer Bedeutung.

Wesentlicher Bestandteil aller Theorien und Handlungsempfehlungen bei Krisen ist die Evaluation der Situation, um ähnlich gelagerten Krisen vorzubeugen und, um aus erfolgreichen oder erfolglosen Kriseninterventionen zu lernen. Sämtliche hier beschriebene Maßnahmen sind Notfallmaßnahmen in Krisensituationen. Die Anstrengungen der Pflegenden und der gesamten Organisation einer Einrichtung sollten in erster Linie der Vermeidung dieser Situationen dienen. Dies geschieht über die im Fokus dieser Rahmenempfehlungen platzierten verstehenden Diagnostik. Die Prävention und das nicht im Detail planbare Handeln von nicht immer vorhersehbaren Krisensituationen erfordert Zeit. Dies muss sich auch in der Bereitstellung personaler Ressourcen widerspiegeln.

Kapitel 5 Ausblick

Die Rahmenempfehlungen können nur umreißen, mit welchen Methoden und unter welchen ethischen und organisatorischen Bedingungen eine Pflege von Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten in der stationären Altenhilfe gelingen kann.

Die pflegerische Arbeit in diesen Zusammenhängen ist eine der schwierigsten und erfordert daher besonders ausgeprägte Kompetenzen. Unter bekanntermaßen komplizierten und oftmals problematischen Bedingungen einer stationären Pflegeeinrichtung muss geleistet werden, was andernorts allgemein unter professioneller Kompetenz beschrieben wurde (Weidner Frank 1995): Beruhend auf wissenschaftlichen Kenntnissen und der Fähigkeit, die zu pflegende Person aus ihrer ganz eigenen Sichtweise zu verstehen, ohne dabei die professionelle Distanz zu verlieren, muss der in der jeweiligen Situation richtige Weg zum Wohle dieser Person gefunden werden. Eine solche Aufgabe stellt deswegen hochgradige Anforderungen, weil die üblichen Verstehensweisen bei Menschen mit Demenz nicht funktionieren, da ihre Wirklichkeit sich von der der Pflegenden unterscheidet.

Die Schwierigkeit der pflegerischen Arbeit in der stationären Altenpflege wird durch die Besonderheiten einer komplexen Institution nochmals verstärkt. In einer Altenhilfeeinrichtung leben die Einen (Bewohnerinnen und Bewohner) und arbeiten die Anderen (Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter), was unterschiedliche Perspektiven auf den zu bewältigenden Alltag wirft. Die älteren Menschen möchten und sollten hier selbst bestimmt leben, können aber oftmals kaum ausdrücken, was und wie sie gerne selbst etwas bestimmen würden. Gleichzeitig benötigen sie umfassende professionelle Pflege und Unterstützung, die jedoch die Selbstbestimmtheit nicht beeinträchtigen soll. Diejenigen, die in einer solchen Einrichtung ihren Beruf ausüben, sollen bei zeitlich beschränkter Verfügbarkeit professionell arbeiten, die Selbstbestimmtheit der Bewohnerinnen und Bewohner respektieren oder vielmehr unterstützen. Von ihnen wird erwartet, dass sie in einem multiprofessionellen Team sowie in unterschiedlichen Organisationsteilen arbeiten, ihre Expertise ein- und durchsetzen und gleichzeitig im Sinne der zu Betreuenden ein Ganzes darstellen und vertreten. Hier müssen die Pflegenden oftmals gegenläufige Interessen konstruktiv zusammenführen, Brücken für die in der Einrichtung Lebenden bauen - wie es beim „Pflegerischen Handeln“ im Kapitel 3 heißt - und gleichzeitig für die eigene psychische und physische Unversehrtheit sorgen. Ziel ist ein gelingendes Leben (Mühlum Albert et al. 2004), ein selbst bestimmter Alltag der Bewohnerinnen und Bewohner trotz aller Beeinträchtigungen.

Die Rahmenempfehlungen enthalten viele Hinweise, wie dies auf den Weg gebracht werden könnte, wohlwissend, dass dies für viele Einrichtungen nicht von heute auf morgen geht. Jeder Schritt in diese Richtung stellt einen Fortschritt dar.

Wie dringend notwendig die Umsetzung der Rahmenempfehlungen ist, zeigt einmal mehr das Gutachten, das im Auftrag des Deutschen Instituts für Menschenrechte im Sommer 2006 veröffentlicht wurde (Aichele Valentin et al. 2006). Entstanden ist es, weil die Mängelliste lang ist und die Probleme groß sind. Zwei bemerkenswerte Sätze aus diesem Gutachten sollen hier als Unterstreichung aufgegriffen werden. "Die Menschenrechte sind kein Luxusprodukt" (S. 28), sie sind nicht als erfreuliche Zugabe zu verstehen. Hinzugefügt werden muss aber: "Die Verwirklichung der Menschenrechte ist nie unabhängig von materiellen Ressourcen" (S. 13). In der öffentlichen Diskussion scheinen sich die Verhältnisse eher umzukehren, da oftmals die zu gestaltenden pflegerischen Maßstäbe nur unter den Bedingungen begrenzter materieller Ressourcen diskutiert werden.

Es kann sicher festgehalten werden, dass das Thema der Betreuung und Pflege von Menschen mit Demenz längst in der politischen Diskussion angekommen ist, dass es eine nicht mehr zu überschauende Zahl an Initiativen und inzwischen auch Netzwerken gibt, in denen neue Versorgungsformen ausprobiert werden.

In empirischen Forschungsprojekten scheint das Thema aber wesentlich weniger Fuß gefasst zu haben, zumindest in solchen, die hohen methodologischen Anforderungen genügen. Die Forschungslage zum Nachweis der Effektivität vieler Maßnahmen ist teilweise recht schwach, wie dies bei den Begründungen der einzelnen Empfehlungen genauer beschrieben ist. Das liegt manchmal daran, dass es einfach nicht genügend Forschungsprojekte gibt. Es liegt aber auch daran, dass die Themen sehr schwierig zu untersuchen sind, weil sie aufwändige Studiendesigns erfordern, oft langfristige und umfassende Datenerhebungen voraussetzen und eine große Zahl an zu untersuchenden Variablen benötigen. Das bedeutet, dass solche Studien umfassende Forschungskompetenzen verlangen, lange dauern und teuer sind. Dennoch werden sie benötigt und zwar dringend, wie dies ebenfalls in dem Gutachten des Instituts für Menschenrechte angemahnt wird (Aichele Valentin et al. 2006 S. 33).

Wenn die Rahmenempfehlungen nicht Papier bleiben sollen, dann ist zu fordern, dass möglichst viele Verantwortliche in Altenpflegeheimen, aber auch in anderen Feldern, in denen Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten der Unterstützung bedürfen, sich mit diesen Rahmenempfehlungen befassen und mit den Fragen, wie sie sie in ihren Einrichtungen umsetzen können. Ein Umsetzungskonzept ist dringend zu entwickeln, das möglichst konkret als Unterstützung für die Praxis eingesetzt werden kann. Dass Umsetzungen nicht einfach aufgrund von inhaltlicher Kenntnis der Rahmenempfehlungen durchgeführt werden können, sondern ausführlicher inhaltlicher Vorbereitungen und vor allem einer ausreichend langen Prozessbegleitung bedürfen, hat sich vielfach gezeigt. Ein Implementierungskonzept

bedarf gebündelter und geförderter Anstrengungen, sollte getestet und wissenschaftlich überprüft werden.

Teile der Rahmenempfehlungen sind so konkret, dass sie zwar der Weiterentwicklung bedürfen, aber Grundlagen für eine direkte Umsetzung bieten. Dazu gehört z. B. die verstehende Diagnostik, aber auch das Handeln in akuten psychiatrischen Krisen. Andere Teile sind so umfassend und allgemein, dass sie weiterer Operationalisierungen bedürfen. Hierzu wäre die Entwicklung von Expertenstandards hilfreich. Teile entziehen sich auch einer Operationalisierung, wie z. B. die validierende Grundhaltung. Diese muss in das alltägliche pflegerische Handeln integriert sein, ohne validierende Grundhaltung sollte pflegerisches Handeln nicht stattfinden und nicht denkbar sein. Sie muss verinnerlicht werden, sonst kann sie keine Grundhaltung darstellen. Das bedeutet aber auch, dass viele Prinzipien der Rahmenempfehlungen Bestandteile einer pflegerischen Erstausbildung sein müssen. Sicher ist hier zuerst an die Altenpflege zu denken, aber Demenzkranke haben auch Versorgungsphasen im Krankenhaus, die häufig zu einer deutlichen Verschlechterung ihrer Situation führen, weil völlig unangemessen mit ihnen umgegangen wird.

Daran schließt sich die Frage an, ob die hier für stationäre Einrichtungen der Altenpflege entwickelten Empfehlungen auch für andere Settings geeignet sind. Die Empfehlungen selbst sind sicher für alle Sektoren der Versorgung von Bedeutung, ihre relative Abstraktheit erhöht die Eignung unabhängig von der Versorgungsart. Die erforderlichen Grundlagen, die in Kapitel 3 beschrieben wurden, sind unterschiedlich zu sehen: Das humanistische Menschenbild muss natürlich allgemeingültig gelebt werden, ähnliches gilt für das Pflegeverständnis, viele andere Grundvoraussetzungen, die sich auf die Art der Institution beziehen, müssen den unterschiedlichen Organisationsformen angepasst werden. Von daher können die wichtigsten Aussagen der Rahmenempfehlungen auch auf andere Settings der Versorgung übertragen werden.

Neben Aktionen und Praxiskonzepten bedarf es gebündelter Strategien zur Planung unterschiedlicher und vergleichbarer Projekte. Mit gebündelten Strategien können einerseits durch Zusammenführung vergleichbarer Projekte Ressourcen gespart werden und andererseits gezielt vernachlässigte Themenbereiche gefördert werden. Umfassende und methodologisch komplexe Evaluationen müssen dabei einen zentralen Stellenwert erhalten, wobei formative und Prozess-Evaluationen zwar wichtig, aber nicht ausreichend sind (Ovretveit John 2002). Ohne Outcome-Forschung im Sinne, welchen Vorteil die Maßnahmen für die Menschen mit Demenz bringen, sollte möglichst nichts weiter empfohlen werden. Auch die hochgelobten "best practice"-Einrichtungen als Vorbild und Modell sollten sehr genau angesehen werden

unter der Fragestellung, warum ihre Praxis offenbar so gut funktioniert. Viele Übertragungen derartiger Modelle funktionieren nicht, weil gar nicht bekannt ist, warum sie effektiv sind.

Es sind also noch eine Menge Aktivitäten erforderlich, bis von einer "nationalen Strategie" für die Verbesserung der Situation pflegbedürftiger alter Menschen" (Aichele Valentin et al. 2006 S. 53) gesprochen werden kann, einer weiteren Forderung des genannten Gutachtens. Es sollte aber auch festgehalten werden, dass wichtige Wege dorthin bereits eingeschlagen wurden, einer davon ist in den vorliegenden Rahmenempfehlungen zu sehen.

Literaturverzeichnis

- (BMFSFJ), Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend, Hrsg.** (2002). Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation. Bonn, BMFSFJ.
- Abt-Zegelin Angelika** (2002). Zum Wesen beruflicher Pflege. *Die Schwester/Der Pfleger* 41(7): 2-6 Sonderdruck.
- Affolter Felice** (1987). Wahrnehmung, Wirklichkeit und Sprache. Villingen- Schwenningen, Neckar-Verlag.
- Aguilera Donna C.** (2000). Krisenintervention: Grundlagen, Methoden, Anwendung. Bern, Hans Huber Verlag.
- Aichele Valentin, Schneider Jakob** (2006). Soziale Menschenrechte älterer Personen in Pflege. Deutsches Institut für Menschenrechte. (Zugangsdatum: 20.07.2006), www.institut-fuer-menschenrechte.de
- Algase Donna L., Beck Cornelia K., Kolanowski Ann M, Whall Ann L., Berent Stanley, Richards Kathy C., Beattie Elizabeth R.** (1996). Need-driven dementia-compromised behavior: an alternative view of disruptive behavior. *American Journal of Alzheimer's Disease* 11(6): 10-19.
- Algase Donna L.** (1999). Wandering in dementia. *Annual review of nursing research* 17: 185-217.
- Algase Donna L., Beattie Elizabeth R., Bogue Erna Lynne, Yao Lan** (2001). The Algase Wandering Scale: initial psychometrics of a new caregiver reporting tool. *American Journal of Alzheimer's Disease and other Dementias* 16(3): 141-152.
- Algase Donna L., Beattie Elizabeth, Song J. A., Milke D., Duffield C., Cowan B.** (2004). Validation of the Algase Wandering Scale (Version 2) in a cross cultural sample. *Aging and Mental Health* 8(2): 133-142.
- Allan Kate** (2001). Communication and consultation. Exploring ways for staff to involve people with dementia in developing services. Community care into practice series. Bristol, Policy Press.
- Altgeld Pia, Beckermann Johanna, Helms Doris, Holzmann Nicole, Knodel Angelika, Kozarec Petra, Kreis Monika, Müller Silke, Rivandi Nassim, Schmidt Swantje, Weller Christian, Schwerdt Ruth** (2005). Fallbesprechung. Unveröffentlichter Projektbericht. Studiengang Pflege. Frankfurt a. Main. Fachhochschule Frankfurt a. Main.
- Archibald Carole** (1997). Specialist Dementia Units: A Practice Guide for Staff. Stirling, University of Stirling.
- Arens Frank** (2003). Lebensweltlich-kommunikatives Handeln: Ein Ansatz zur Situationsbewältigung zwischen Pflegenden und dementierenden alten Menschen? I. *Pflege und Gesellschaft* 8(3): 68-73.
- Armstrong Richard A., Lantos Peter L., Nogel J. Cairns** (2005). Overlap between neurodegenerative disorders. *Neuropathology* 25: 111-124.
- Ashida Sato** (2000). The effect of reminiscence music therapy sessions on changes in depressive symptoms in elderly persons with dementia. *Journal of Music Therapy* 37(3): 170-182.
- Ayres Jean** (1989). Bausteine der kindlichen Entwicklung. Berlin, Heidelberg, New York, Springer Verlag.
- Babins Leonard H, Dillon Jackie P, Merovitz Steven** (1988). The effects of validation therapy on disorientated elderly. *Activities, Adaptation and Aging* 12(1-2): 73-86.
- Baillon Sarah F., van Diepen Erik, Prettyman Richard, Redman Julie, Rooke Nan, Campbell Rowena** (2004). A comparison of the effects of Snoezelen and reminiscence therapy on the agitated behaviour of patients with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 19(11): 1047-1052.
- Baker Roger, Holloway Jane, Holtkamp Chantal C.M., Larsson Anita, Hartman Lindy C., Pearce Rebecca, Scherman Brigitta, Johansson Seija, Thomas Peter W., Wareing Lesley Ann, Owens Matthew** (2003). Effects of multi-sensory stimulation for people with dementia. *Journal of Advanced Nursing* 43(5): 465-477.
- Ballard Clive G., Gray A., Ayre G.** (1999). Psychotic symptoms, aggression and restlessness in dementia. *Revue Neurologique (Paris)* 155 Suppl 4: 44-52.
- Ballard Clive G., Margallo-Lana Marisa, Fossey Jane, Reichelt Katharine, Myint Pat, Potkins Dawn, O'Brien John** (2001). A 1-year follow-up study of behavioral and psychological symptoms in dementia among people in care environments. *Journal of Clinical Psychiatry* 62(8): 631-636.
- Ballard Clive G., O'Brien John T., Reichelt Katharina, Perry Elaine K.** (2002). Aromatherapy as a safe and effective treatment for the management of agitation in severe dementia: the results of a double-blind, placebo-controlled trial with melissa. *Journal of Clinical Psychiatry* 63(7): 553-558.
- Ballard Clive, O'Brien John, James Ian, Myint Pat, Lana Marisa, Potkins Dawn, Reichelt Katharina, Lee Lesley, Swann Alan, Fossey Jane** (2001). Quality of life for people with de-

- mentia living in residential and nursing home care: the impact of performance on activities of daily living, behavioral and psychological symptoms, language skills, and psychotropic drugs. *International Psychogeriatrics* 13(1): 93-106.
- Bassi Carl, Solomon Kenneth, Young Dwayne** (1993). Vision in Aging and Dementia. *Optometry and Vision Science* 70(10): 809-813.
- Bättig Irene** (2005). Biologie des Lichts. Licht. (Zugangsdatum: 15.07.2005), http://www.faktor.ch/pdf/10/38_39.pdf?PHPSESSID=b57bbb17d021f2747eefa08f7226c17b.
- Bauer Joachim** (2002). Psychobiologie der Alzheimer-Krankheit: Wirklichkeitskonstruktion und Beziehungsgestaltung. In: *Integrierte Medizin*. Uexküll T, Geigges W., Plassmann R. (Hrsg.). Stuttgart, Schattaer Verlag: 157-175.
- Beck Cornelia K., Vogelpohl Theresa S.** (1999). Problematic vocalizations in institutionalized individuals with dementia. *Journal of Gerontological Nursing* 25(9): 17-26, 46-51.
- Becker Clemens** (1999). Medizinische Behandlung in Pflegeheimen. *Fortschritte der Medizin* 116: 43-47.
- Becker Clemens, Lindemann Ulrich, Reißmann Ulrich** (2003). Sturzprophylaxe. Hannover, Vincentz Verlag.
- Becker Clemens, Scheible Stephan** (1998). Stürze und sturzbedingte Verletzungen älterer Menschen. *Fortschritte der Medizin* 116: 22-29.
- Becker Horst, Langosch Ingo** (2002). Produktivität und Menschlichkeit. Organisationsentwicklung und ihre Anwendung in der Praxis. Stuttgart, Lucius & Lucius Verlagsgesellschaft GmbH.
- Behörde für Soziales und Familie; Amt für Soziales und Rehabilitation** (2000). Besondere stationäre Dementenbetreuung in Hamburg, Rahmenvereinbarung. Hamburg. (Zugangsdatum: 01.10.2005), <http://fhh.hamburg.de/stadt/Aktuell/behoerden/sozialesfamilie/soziales/pflege/veroeffentlichungen/dementenbetreuung-broschuere,property=source.pdf>.
- Behrens Johann, Langer Gero** (2004). Evidence-based Nursing. Vertrauensbildende Entzauberung der Wissenschaft. Bern, Huber.
- Beirer Andreas, Berger Karin, Hupfer Fritz, Winter Andrea** (2003). Interdisziplinäre Fallbesprechungen in der Geriatrie. 1. Workshop der Vernetzungsstelle Nürnberg. Schulzentrum für Krankenpflegeberufe am Klinikum Nürnberg. (Zugangsdatum: 13.09.2004), <http://www.dip-home.de/netzwerk/netzwerkweb/downloads/reader%20nuernberg25032003.pdf>.
- Bielefeld Jürgen** (1991). Körpererfahrungen. Grundlagen menschlichen Bewegungsverhalten. Göttingen, Hogrefe-Verlag.
- Bienstein Christel, Fröhlich Andreas** (2003). Basale Stimulation in der Pflege. Seelzer-Verlag, Kallmeyer Verlag.
- BMA/BMGS, Hrsg.** (2001). Typische Mängel und Anforderungen bei der baulichen Ausführungs- und Detailplanung von Pflegeeinrichtungen. Modellprojekte zur Verbesserung der Situation Pflegebedürftiger. Köln, Kuratorium Deutsche Altershilfe. Band 7.
- BMA/BMGS, Hrsg.** (2003). KDA Hausgemeinschaften - Eine Dokumentation von 34 Projekten. Modellprojekte zur Verbesserung der Situation Pflegebedürftiger. Köln, Kuratorium Deutsche Altershilfe. Band 9.
- BMA/BMGS, Hrsg.** (2004). Demenzbewältigung in der "eigenen Häuslichkeit". Alltagsgestaltung in ambulant betreuten Wohn- und Hausgemeinschaften. Modellprojekte zur Verbesserung der Situation Pflegebedürftiger. Köln, Kuratorium Deutsche Altershilfe. Band 20.
- Bohlmeijer Ernst, Valenkamp Marije, Westerhof Gerben, Smit Filip, Cuijpers Pim** (2005). Creative reminiscence as an early intervention for depression: Results of a pilot project. *Aging & Mental Health* 9(4): 302-304.
- Böhm Erwin, Hrsg.** (1990). Pflegediagnose nach Böhm. Basel, Recom.
- Borutta Manfred, Lennefer Joachim, Palm Gerd** (2004). Menschen mit Demenz. Arbeitsschritte zu leistungsgerechten Pflegesätzen. Hannover, Vincentz.
- Bosch Corrie F. M.** (1998). Vertrautheit. Studie zur Lebenswelt dementierender alter Menschen. Wiesbaden, Ullstein Medical.
- Bowlby John** (1976). Trennung. Psychische Schäden als Folge der Trennung von Mutter und Kind. München, Kindler.
- Bradford Dementia Group** (1997). Evaluating dementia care: the DCM Method. Bradford, University of Bradford. Seventh Edition.
- Brodaty Henry, Draper Brian, Low Lee-Fay** (2003a). Nursing home staff attitudes towards residents with dementia: strain and satisfaction with work. *Journal of Advanced Nursing* 44(6): 583-590.
- Brodaty Henry, Low Lee-Fay** (2003b). Aggression in the elderly. *Journal of Clinical Psychiatry* 64 Suppl 4: 36-43.
- Bronfenbrenner Uri** (1981). Die Ökologie der menschlichen Entwicklung. Stuttgart, Klett-Cotta Verlag.

- Brooker Dawn** (2000). Wellbeing and activity in dementia: a comparison of group reminiscence therapy, structured goal-directed group activity and unstructured time. *Aging & Mental Health* 4(4): 354-358.
- Brooker Dawn** (2005). Dementia Care Mapping: A review of the research literature *The Gerontologist* 45(Special Issue): 11-18.
- Brunner Christof, Spiegel René** (1990). Eine Validierungsstudie mit der NOSGER (Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients) mit einem neuen Beurteilungsinstrument für die Psychogeriatric. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 19(3): 211-229.
- Buchholz Thomas, Schürenberg Ansgar** (2005). *Lebensbegleitung alter Menschen*. Bern, Hans Huber Verlag.
- Buchner Florian, Hessel Franz, Groß Stefan, Wasem Jürgen** (2003). Gesundheitsökonomische Aspekte des hohen Alters und der demographischen Entwicklung. In: *Expertisen zum Vierten Altenbericht der Bundesregierung II: Ökonomische Perspektiven auf das hohe Alter*. Altersfragen Deutsches Zentrum für (Hrsg.). Hannover: 209-290.
- Bundesministerium für Familie Senioren, Frauen und Jugend**, (2002). *Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen* Berlin: , Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA).
- Burgio Louis D., Allen-Burge Rebecca, Roth David L., Bourgeois Michelle S., Dijkstra Katinka, Gerstle John, Jackson Erik, Bankester Leanna** (2001). Come talk with me: improving communication between nursing assistants and nursing home residents during care routines. *Gerontologist* 41(4): 449-460.
- Burgio Louis D., Stevens Alan, Burgio Kathryn L., Roth David L., Paul Penelope, Gerstle John** (2002). Teaching and Maintaining Behavior Management Skills in the Nursing Home. *Gerontologist* 42(4): 487-496.
- Burns Alistair, Lawlor Brian, Craig Sarah** (1999). *Assessment Scales in Old Age Psychiatry*. London, Martin Dunitz.
- Burns Alistair, Lawlor Brian, Craig Sarah** (2002). Rating Scales in old age psychiatry. *British Journal Psychiatry* 180(2): 161-167.
- Bush Elisabeth** (2001). The use of human touch to improve the well-being of older adults: a holistic nursing intervention. *Journal of holistic nursing* 19(3): 256-270.
- Cantley Caroline Hrsg.** (2001). *A Handbook of dementia Care*. Berkshire, Open University Press.
- Casten Robin, Lawton Powell, Parmelee Patricia, Kleban Morton H.** (1998). Psychometric Characteristics of the Minimum Data Set I: Confirmatory Factor Analysis. *Journal of the American Geriatrics Society* 46(6): 726-735.
- Chung Jenny, Lai Claudia, Chung Betty, French Peter** (2003). *Snoezelen for dementia*. Oxford, Update Software. Issue 3.
- Ciompi Luc** (1996). Krisentheorie heute. Eine Übersicht. In: *Krisenintervention in der Psychiatrie*. Schnyder Ulrich, Sauvant Jean- Daniel (Hrsg.). Bern, Verlag Hans Huber.
- CIPS, Hrsg.** (2005). *Internationale Skalen für Psychiatrie*. Göttingen, Beltz Test GmbH.
- Cohen-Mansfield Jiska** (1991). *Instruction manual for the Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI)*. Research Institute on Aging, George Washington University Medical Center, Hebrew Home of Greater Washington. Washington, Research Institute on Aging, George Washington University Medical Center, Hebrew Home of Greater Washington.
- Cohen-Mansfield Jiska** (1996). Conceptualization of agitation: Results based on the Cohen-Mansfield Agitation Inventory and the Agitation Behavior Mapping Instrument. *International Psychogeriatrics* 8(Suppl 3): 309-315.
- Cohen-Mansfield Jiska** (1999). Measurement of inappropriate behavior associated with dementia. *Journal of Gerontological Nursing* 25(2): 42-51.
- Cohen-Mansfield Jiska** (2001). Nonpharmacologic interventions for inappropriate behaviors in dementia: a review, summary, and critique. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 9(4): 361-381.
- Cohen-Mansfield Jiska, Libin Alexander** (2004). Assessment of agitation in elderly patients with dementia: correlations between informant rating and direct observation. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 19(9): 881-891.
- Cohen-Mansfield Jiska, Werner Perla, Culpepper William J. 2nd, Barkley Denyse** (1997). Evaluation of an inservice training program on dementia and wandering. *Journal of Gerontological Nursing* 23(10): 40-47.
- Coleman Peter** (1986). *Aging and Reminiscence Processes*. Chichester, John Wiley and Sons.
- Coleman Peter** (2004). Zur therapeutischen Bedeutung von Erinnern und Lebensrückschau - ein kritischer Überblick. *Forum für Psychotherapie, Psychiatrie, Psychosomatik und Beratung* 1(4): 9-24.

- Coleman Peter** (2005). Users of reminiscence: Functions and benefits. *Aging & Mental Health* 9(4): 291-294.
- Colling Kathleen B.** (2000). A taxonomy of passive behaviors in people with Alzheimer's disease. *Journal of Nursing Scholarship* 32(3): 239-244.
- Colombo M., Vitali S., Cairati M., Perelli-Cippo R., Bessi O., Gioia P., Guaita A.** (2001). Wanderers: Features, findings, issues. *Archives of Gerontology and Geriatrics Suppl.* 7: 99-106.
- Cox Helen, Burns Ian, Savage Sally** (2004). Multisensory environments for leisure: promoting well-being in nursing home residents with dementia. *Journal of Gerontological Nursing* 30(2): 37-45.
- Cronin-Golomb Alice** (1995). Vision in Alzheimer's Disease. *The Gerontologist* 35(3): 370-376.
- Cummings Jeffrey L.** (1994). The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology* 44: 2308-2314.
- Cummings Jeffrey L.** (1996). Theories behind existing scales for rating behavior in dementia. *International Psychogeriatrics* 8(Suppl 3): 293-300.
- Dalichau Gerhard, Grüner Bernd, Müller-Alten Lutz** (2004). SGB XI - Pflegeversicherung. Kommentar und Rechtssammlung. Starnberg, Verlag RS Schulz GmbH.
- Dankowski Wulf, Seidelmann Anya, Voß Lothar** (1994). Evaluation des Modellprogramms stationärer Dementenbetreuung in Hamburg. Hamburg, Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales Hamburg.
- Day Kirsten, Carreon Daisy, Stump Cheryl** (2000). The therapeutic design of environments for people with dementia: a review of the empirical research. *Gerontologist* 40(4): 397-416.
- Dettbarn-Reggentin Heike** (2005). Studie zum Einfluß von Wohngruppenmilieus auf demenziell Erkrankte in stationären Einrichtungen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 38: 1-6.
- Deutsche Expertengruppe Dementenbetreuung (DED)** (2005). Aus der Arbeit der DED, Umsetzbare Brandschutzmaßnahmen in Altenpflegeeinrichtungen der besonderen Dementenbetreuung, Konsenspapier. Riesby.
- Deutsche Snoezelen- Stiftung, Hrsg.** (2000). Snoezelen. Eine Einführung in die Arbeit der Deutschen Snoezelen- Stiftung. Königslutter.
- Dittmar Sonja** (2000). Snoezelen. Eine neue Dimension des Aktivierungs- und Betreuungsangebotes für Menschen im höheren Erwachsenenalter in Institutionen der Altenarbeit. Grasleben, Sport-Thieme.
- DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege), Hrsg.** (2006). Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. Entwicklung - Konsentierung - Implementierung. Osnabrück, Fachhochschule Osnabrück.
- Dröes Rose Marie** (1991). In beweging. Over psychosociale hulpverlening aan demente ouderen. Proefschrift. Amsterdam. Vrije Universiteit Amsterdam.
- Dubin William R., Weiss Kenneth J.** (1993). Handbuch der Notfall- Psychiatrie. Bern, Verlag Hans Huber.
- Dürmann Peter** (2001). Leistungsvergleich vollstationärer Versorgung Demenzkranker (LvVD). In: Qualität in der stationären Versorgung Demenzerkrankter (Dokumentation eines Workshops). Jugend Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und (Hrsg.). Stuttgart, Kohlhammer: 89-105.
- Edberg Anna Karin, Hallberg Ingalil R.** (2001). Actions seen as demanding in patients with severe dementia during one year of intervention. Comparison with controls. *International Journal of Nursing Studies* 38(3): 271-285.
- Ehrenstein Wolfgang** (2002). Das Auge stellt die biologische Uhr des Menschen. Konsequenzen für Lichtnutzung und Lichttechnik. Licht und Gesundheit, TUB Symposium.
- Ehrenstein Wolfgang** (2005). Es werde Licht. Die Bedeutung der Beleuchtung für die Pflege älterer Menschen.
- Eibl- Eibesfeld Irenäus** (1984). Die Biologie des menschlichen Verhaltens. München, Piper Verlag.
- Eibl- Eibesfeld Irenäus** (1989). Liebe und Hass. Zur Naturgeschichte elementarer Verhaltensweisen. München, Piper- Verlag.
- Eliacheff Caroline** (1997). Das Kind, das eine Katze sein wollte. München, Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Erikson Erik** (1981). Identität und Lebenszyklus. Drei Aufsätze. Frankfurt/Main Suhrkamp
- Eriksson Sture** (2000). Impact of the environment on behavioral and psychological symptoms of dementia. *International Psychogeriatrics* 12(Suppl 1): 89-91.
- Eustace A., Coen R.F., Walsh C., Cunningham C.J., Walsh J.B., Coeakley D., Lawlor B.A.** (2002). A longitudinal evaluation of behavioural and psychological symptoms of probable Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 17(10): 968-973.
- Evangelischer Verband für Altenarbeit im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche im Rheinland, Hrsg.** (1998). Snoezelen in der Altenarbeit. Düsseldorf.

- Fabrigoule Colette, Letenneur Luc, Dartigues Jean- Francois, Zarrouk Mokhtar, Commenges Daniel, Barberger-Gateau Pascale** (1995). Social and leisure activities and risk of dementia: a prospective longitudinal study. *Journal of the American Geriatric Society* 43(5): 485-490.
- Feil Naomi** (1985). Resolution. The final life task. *Journal for Humanistic Psychology* 25: 91-105.
- Feil Naomi** (1989a). The Feil method. How to help the disoriented old. Cleveland, Edward Feil Productions.
- Feil Naomi** (1989b). Validation. An empathic approach to the care of dementia. *Clinical Gerontologist* 8: 89-94.
- Feil Naomi** (1993). The Validation breakthrough. Simple techniques for communicating with people with Alzheimer's - Type Dementia. Baltimore, Health Professions Press.
- Feil Naomi** (1999). Validation. Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen. München, Reinhardt.
- Feil Naomi** (2000). Validation in Anwendung und Beispielen. München, Reinhardt.
- Finnema Evelyn J.** (2000). Emotion-oriented care in dementia. A psychosocial approach. Academisch Proefschrift. Fakultät für Medizin, Fachgruppe Psychiatrie. Groningen. Freie Universität Amsterdam.
- Finnema Evelyn J., Drees Rose-Marie, Ribbe Moel, Van Tilburg Willem** (2000). The effects of emotion-oriented approaches in the care for persons suffering from dementia: a review of the literature. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 15(2): 141-161.
- Fischbach Andreas** (2002). Einführung der Methodik des "Pflegekonsils" - Zur Logik der geplanten Pflege. *PrInterNet* 3(2): 49-64.
- Folstein Marshal F., Folstein Susan E., McHugh Paul R.** (1975). Mini-Mental State. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research* 12(3): 189-198.
- Forbes Dorothy A.** (1998). Strategies for managing behavioural symptomatology associated with dementia of the Alzheimer type: a systematic overview. *The Canadian Journal of Nursing Research* 30(2): 67-86.
- Fritz Paul** (1986). The language of resolution among the old- old: the effects of Validation Therapy on two levels of cognitive confusion. Speech Communication Association. Chicago.
- Fröhlich Andreas, Hrsg.** (1989). Kommunikation und Sprache körperbehinderter Kinder. Dortmund, Verlag modernes lernen.
- Fröhlich Andreas** (1992). Basale Stimulation - Anregungen für die Pflege. *Forum Sozialstation* 58: 24-28.
- Fröhlich Andreas** (1998). Basale Stimulation. Düsseldorf, Verlag selbstbestimmtes Leben.
- Futrell May, Devereaux Karen** (2002). Evidence-based protocol. Wandering. *Journal of Gerontological Nursing* 10: 14-22.
- Garms- Homolova Vjenka, Gilgen Rolf** (2000). RAI 2.0 - Resident Assessment Instrument - Beurteilung, Dokumentation und Pflegeplanung in der Langzeitpflege und geriatrischen Rehabilitation. Bern- Göttingen- Toronto- Seattle, Hans Huber Verlag.
- Gerdner Linda A.** (2000). Effects of individualized versus classical "relaxation" music on the frequency of agitation in elderly persons with Alzheimer's disease and related disorders. *International Psychogeriatrics* 12(1): 49-65.
- Gibson Faith** (1994). What can reminiscence contribute to people with dementia? In: *Reminiscence Reviewed: Evaluations, Achievements, Perspectives*. Bornaat Joanna (Hrsg.). Buckingham, Open University Press: 46-60.
- Gordijn Bert, Steinkamp Norbert** (2000). Entwicklung und Aufbau Klinischer Ethikkomitees in den Krankenhäusern der Malteser Trägergesellschaft. *Zeitschrift für Medizinische Ethik* 46: 305-311.
- Grassel Elmar, Wiltfang Jens, Kornhuber Johannes** (2003). Non-drug therapies for dementia: an overview of the current situation with regard to proof of effectiveness. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* 15(3): 115-125.
- Grond Erich** (1986). Der Pflege verwirrter alter Menschen. Freiburg, Lambertus.
- Gröschke Dieter** (2000). Das Normalisierungsprinzip - zwischen Gerechtigkeit und gutem Leben: Eine Betrachtung aus ethischer Sicht. *Zeitschrift für Heilpädagogik* 51(4): 134-140.
- Haas Michael** (2003). Die Einzelfallanalyse als fachdidaktisches Instrument in der Ausbildung für die Altenpflege. Diplomarbeit. Fachbereich Gesundheitspflege. Osnabrück. Katholische Fachhochschule Norddeutschland.
- Haas Michael** (2005). Die Fallstudie (Kaiser & Künzel 1996). Fallkompetenz durch theoriegestützte Praxisreflexion. In: Lernfelder fachdidaktisch interpretieren. Werkstattberichte zur Gestaltung von Gesundheits- und Krankheitsthemen im schulischen Bereich. *Wissenschaft* 84. Greb Ulrike (Hrsg.). Frankfurt a. Main, Mabuse Verlag: 230-263.

- Halek Margareta, Bartholomeyczik Sabine** (2006). Verstehen und Handeln. Forschungsergebnisse zur Pflege von Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten. Hannover, Schlütersche
- Hamilton Max** (1960). A rating scale for Depression. *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry* 23: 56-62.
- Hampel Harald, Padberg Frank, Möller Hans- Jürgen** (2003). Alzheimer Demenz, Klinische Verläufe, diagnostische Möglichkeiten, moderne Therapiestrategien Stuttgart, Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH
- Hantikainen Virpi, Isola Arja, Helenius Hans** (1998). Störendes Verhalten älterer HeimbewohnerInnen und die Anwendung von Pflegemethoden: Eine deskriptive Studie über Schweizer Pflegeheime. *Pflege* 11(2): 78-88.
- Hatch Frank, Maietta Lenny** (2002). Kinästhetik - Gesundheitsentwicklung und Menschliche Funktion. München, Urban & Fischer Verlag.
- Head Donna Marie** (1990). The impact of reminiscence groups in two different settings. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 5(5): 295-302.
- Heeg Sibylle, Radzey Beate, Kuhn Christina, Weyerer Siegfried, Schäufole Martina, Rockenbach Christine, Köhler Leonore** (2004). Abschlussbericht zum Modellprojekt "Milieutherapie – Einführung milieutherapeutisch orientierter Demenzwohngruppen im stationären Bereich mit begleitender Evaluation (MIDEMAS)" Demenz Support Stuttgart. (Zugangsdatum: 05.07.06), http://www.demenz-support.de/materialien/midemas_abschlussbericht.pdf.
- Hennig André** (2004). Multiperspektivische Fallarbeit. In: Werkstatt Demenz. Wißmann Peter (Hrsg.). Hannover, Vincentz: 105-127.
- Hessisches Sozialministerium** (2003). Entwurf eines Arbeitspapiers zu den Anforderungen des Vorbeugenden Brandschutzes für den Bau und Betrieb von Nutzungseinheiten in APH mit Gruppenbetreuung
- Hewer Walter, Rössler Wulf** (1998). Das Notfall- Psychiatrie- Buch. München, Urban & Schwarzenberg.
- Heyn Patricia, Abreu Beatriz C, Otterbacher Kenneth J** (2004). The effects of exercise training on elderly persons with cognitive impairment and dementia: a meta analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 85(10): 1694-1704.
- Hoffmann Alfred, Dürrmann Peter** (2005). Berufsfeldstudie: Leitungskompetenz und Leitungsqualifikation in der stationären Altenpflege. Berlin.
- Hope K.W.** (2001). Der Einfluss einer multisensorischen Umgebung auf ältere Menschen mit Demenz. *Psychiatrische Pflege Heute* 7(3): 138-146.
- Hopman-Rock Marijke, Staats Patricia G.M., Tak Erwin C.P.M. , Droes Rose-Marie** (1999). The effects of a psychomotor activation programme for use in groups of cognitively impaired people in homes for the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 14(8): 633-642.
- Horgas Ann L., Margrett Jennifer A.** (2001). Measuring behavioral and mood disruptions in nursing home residents using the Minimum Data Set. *Outcomes Management for Nursing Practice* 5(1): 28-35
- Horowitz Amy** (1997). The relationship between vision impairment and the assessment of disruptive behaviors among nursing home residents. *The Gerontologist* 37(5): 620-628.
- Höwler Elisabeth** (2000). Gerontopsychiatrische Pflege. Hagen, Brigitte Kunz Verlag.
- Hulsegge Jan, Verheul Ad** (1986). Snoezelen - Eine andere Welt. Marburg, Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte e.V. .
- Ihl Ralf, Fröhlich Lutz** (1991). Die Reisberg- Skalen. GDS, BCRS, FAST. Manual. Weinheim, Beltz Test GmbH.
- International Psychogeriatric Association (IPA)** (1998). Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD). IPA. (Zugangsdatum: 29.07.04), <http://www.ipa-online.org/ipaonlinev3/ipaprograms/bpsdrev/toc.asp#>.
- Jackson Graham, Sterling Rebekah, Templeton Gavin, Russell Kenny** (2001). Sonas Project. An evaluation of a multisensory music programme undertaken on a sample of nursing home residents. A randomised controlled trial of Sonas aPc. The mental health foundation. (Zugangsdatum: 12.07.2004), <http://www.mhilli.org/dri/sonas.pdf>.
- Jackson Mary E., Spector William D., Rabins Peter V.** (1997). Risk of behavior problems among nursing home residents in the United States. *Journal of Aging and Health* 9(4): 451-472.
- Jantzen Wolfgang, Schnittka Thomas** (2001). "Verhaltensauffälligkeiten" ist eine soziale Konstruktion: Über Vernunftfallen und andere Angriffe auf das Selbst. In: Verhaltensauffälligkeiten - Ausdruck von Selbstbestimmung? Theunissen Georg (Hrsg.). Bad Heilbrunn, Klinkhardt. 2: 39-62.

- Johannsen Johannes** (1994). Beobachtung und Intervention bei Dementen und ihrem Bezugssystem aus systemischer Sicht. In: Psychotherapie bei Dementen. Hirsch Rolf D, Radebold Hartmut, Bruder Jens, Luscher Christian (Hrsg.). Darmstadt, Steinkopff: 107-122.
- Jones Gemma** (1997). A review of Feil's Validation Method for communicating and caring for dementia sufferers. *Current Opinion in Psychiatry* 10: 326-332.
- Kasl-Godley Julia, Gatz Margareta** (2000). Psychosocial interventions for individuals with dementia: an integration of theory, therapy, and a clinical understanding of dementia. *Clinical Psychology Review* 20(6): 755-782.
- Katz David** (1925). Der Aufbau der Tastwelt. Leipzig. Ambrosius- Barth Verlag.
- Kim E. J., Buschmann M. T.** (1999). The effect of expressive physical touch on patients with dementia. *International Journal of Nursing Studies* 36(3): 235-243.
- Kitwood Tom** (2000). Demenz. Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Bern, Verlag Hans Huber.
- Kitwood Tom, Bredin Kathleen** (1992). A new approach to the evaluation of dementia care. *Journal of Advances in Health and Nursing Care* 1(5): 41-60.
- Kneubühler Hans- Ulrich** (2005). Wie lässt sich das Wohlbefinden von Menschen mit Demenz in Pflegeheimen erfragen? In: Focus on Quality of Life/ Quality of Care. Im Brennpunkt: Lebensqualität/ Pflegequalität. North Sea Dementia Research Group. 5th Annual Meeting. Informationstransfer Demenz Support Stuttgart. Zentrum für (Hrsg.). Stuttgart: 157-168.
- Kolanowski Ann M.** (1999). An overview of the Need-Driven Dementia-Compromised Behavior Model. *Journal of Gerontological Nursing* 25(9): 7-9
- Krieger Dolores** (1995). Therapeutic Touch. Die Heilkraft unserer Hände. Freiburg, Bauer.
- Kruse Andreas** (1990). Potentiale im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie* 23: 235-245.
- Kruse Andreas** (1992). Das Rehabilitationspotential älterer Menschen. *Zeitschrift für Gerontologie* 25(4): 231-237.
- Kruse Andreas** (1991). Interventionsgerontologie. In: Gerontologie. Medizinische, psychologische und sozialwissenschaftliche Grundbegriffe. Oswald Wolf D, Herrmann Werner M, Kanowski Siegfried, Lehr Ursula M, Thomae Hans (Hrsg.). Stuttgart/Berlin/Köln Kohlhammer. 2: 284-290.
- Kuhlmann Andrea** (2005). Case Management für demenzkranke Menschen. Eine Betrachtung der gegenwärtigen praktischen Umsetzung. Münster, LIT- Verlag.
- Kuratorium Deutsche Altershilfe, Hrsg.** (1999). Planung humaner Pflegeheime - Erfahrungen und Empfehlungen. Architektur und Pflege. 1.
- Kuratorium Deutsche Altershilfe, Hrsg.** (2003). Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.) (2003): Planungshilfe – Brandschutz in Altenpflegeheimen. Köln, KDA.
- Kutschke Andreas** (2001). Reizarmut macht krank. *Pflegen ambulanz* 3: 14-17.
- Lai Claudia K. Y., Arthur David G.** (2003). Wandering behaviour in people with dementia. *Journal of Advanced Nursing* 44(2): 173-182 (174 ref).
- Lai Claudia K. Y., Chi Iris, Kayser-Jones Jeanie** (2004). A randomized controlled trial of a specific reminiscence approach to promote the well-being of nursing home residents with dementia. *International Psychogeriatrics* 16(1): 33-49.
- Lamers Wolfgang** (2003). "Snoezelen eine andere Welt" - eine kritische Bilanz. In: Schwere Behinderung in Praxis und Theorie - ein Blick zurück nach vorn. Fröhlich Andreas, Heinen Norbert, Lamers Wolfgang (Hrsg.). Düsseldorf, Verlag modernes Lernen: 185-210.
- Landi Francesco, Russo Andrea, Bernabei Roberto** (2004). Physical activity and behavior in the elderly: a pilot study. *Archives of Gerontology and Geriatrics. Supplement.*(9): 235-241.
- Lautenschlager Nicola T., Almeida Osvaldo P., Flicker Leon, Janca Aleksandra** (2004). Can physical activity improve the mental health of older adults? *Annals of General Hospital Psychiatry* 3(1): 12.
- Lawton M. Powell, Casten Robin, Parmelee Patricia, Van Haitsma Kimberly, Corn Julie, Kleban Morton H.** (1998). Psychometric Characteristics of the Minimum Data Set II: Validity. *Journal of the American Geriatric Society* 46(6): 763-744.
- Lehrl Siegfried, Fischer Bernd** (1986a). Selber denken macht fit. Grundlagen und Anleitung zum Gehirn-Jogging. Ebersberg, Vless.
- Lehrl Siegfried, Fischer Bernd** (1986b). Steigerung der geistigen Leistungsfähigkeit im Alter. *Nervenheilkunde* 5: 173-181.
- Lind Sven** (2000). Umgang mit Demenz. Wissenschaftliche Grundlagen und praktische Methoden. Stuttgart, Paul-Lemp-Stiftung.
- Lind Sven** (2005). Demenzkranke Menschen pflegen. Grundlagen, Strategien und Konzepte. Berlin, Verlag Hans Huber.
- Lohmann Robin, Heuft Gereon** (1995). Förderung der Entwicklungspotentiale im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 28: 236-241.

- Maciejewski Britta, Sowinski Christine, Besselmann Klaus, Rückert Willi** (2001). Qualitätshandbuch Leben mit Demenz. Köln, Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- Mann Leon** (1987). Sozialpsychologie. München, Weinheim, Psychologie Verlags Union.
- Marckmann Georg, Hrsg.** (2003). Gesundheitsversorgung im Alter. Zwischen ethischer Verpflichtung und ökonomischen Zwang. Stuttgart, Schattauer.
- Mathews R. Mark, Clair Alicia A., Kosloski Karl** (2001). Keeping the beat: use of rhythmic music during exercise activities for the elderly with dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease and other Dementias* 16(6): 377-380.
- Mc Minn Bryan, Draper Brian** (2005). Vocally disruptive behaviour in dementia: development of an evidence based practice guideline. *Aging & Mental Health* 9(1): 16-24.
- McKee Kevin, Wilson Fiona, Elford Helen, Goudie Fiona, Chung Man C., Bolton Gillie, Hinchliff Sharron** (2004). Evaluating the impact of reminiscence on the quality of life of older people. (Zugangsdatum:29.09.2004), http://www.regard.ac.uk/research_findings/L480254031/report.pdf.
- McKeith I** (1995). Lewy -body disease. *Curr Opin Psychiatr* 8: 252-257.
- Mertens Krista** (2003). Snoezelen. Dortmund, Verlag modernes lernen.
- Milz Helmut** (1994). Der wiederentdeckte Körper. München, Taschenbuchverlag.
- Ministerkomitee des Europarates** (2001). Entwicklung einer Methodik für die Ausarbeitung von Leitlinien für optimale medizinische Praxis. Deutschsprachige Ausgabe. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung Supplement III(96): 1-59.
- Moniz-Cook Esme** (1998). Psychosocial approaches to "challenging behaviour" in care homes. *Journal of Dementia Care* 6(5): 33-38.
- Moniz-Cook Esme, Agar Sharon, Silver Miriam, Woods Robert T., Wang Michael, Elston Christine, Win Thein** (1998). Can staff training reduce behavioural problems in residential care for the elderly mentally ill? *International Journal of Geriatric Psychiatry* 13(3): 149-158.
- Moniz-Cook Esme, Woods Robert T., Gardiner Eric, Silver Miriam, Agar Sharon** (2001). The Challenging Behaviour Scale (CBS): development of a scale for staff caring for older people in residential and nursing homes. *British Journal of Clinical Psychology* 40(pt3): 309-322.
- Montagu Ashley** (1987). Körperkontakt. Stuttgart, Klett- Cotta Verlag.
- Morgan DG, Stewart NJ, Darcy C, Cammer AL** (2005). Creating and sustaining dementia special care units in rural nursing homes: the critical role of nursing leadership *Canadian Journal of Nursing Leadership* 18(2): 74-99.
- Mühlum Albert, Bartholomeyczik Sabine, Göpel Eberhard** (2004). Auf dem Weg zu "Humanwissenschaften zweiter Ordnung": Sozialwissenschaft - Pflegewissenschaft - Gesundheitswissenschaft. In: Sozialarbeitswissenschaft, Wissenschaft der Sozialen Arbeit. Mühlum Albert (Hrsg.). Freiburg, Lambertus: 204-217.
- Müller Margret, Hennig André** (2002). Multiperspektivische Fallarbeit als Ansatz zur Verbesserung der Pflege mit psychisch veränderten Menschen: Definition - Praxisbeispiel. *PrInterNet Pflegemanagement*(4): 73-81.
- Müller Margret, Hennig André** (2003). Alltäglicher Missklang. Benötigte Kompetenzen in einer Wohngemeinschaft demenziell Erkrankte. *Nightingale* 2(4): 12-19.
- Murgatroyd Chris, Prettyman Richard** (2001). An investigation of visual hallucinosis and visual sensory status. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 16(7): 709-713.
- Murphy Charlie, Killick John, Allan Kate** (2001). Hearing the User's Voice: encouraging people with dementia to reflect on their experiences of services. Dementia Services Development Centre. Stirling. University of Stirling.
- Mutzeck Wolfgang, Hrsg.** (2002). Förderdiagnostik. Konzepte und Methoden. Weinheim, Basel, Beltz Wissenschaft, Deutscher Studien Verlag.
- Niebuhr Maren, e.V. Alzheimer Gesellschaft Bochum** (2004). Interviews mit Demenzkranken: Wünsche, Bedürfnisse und Erwartungen aus Sicht der Betroffenen. Eine qualitative Untersuchung zur subjektiven Lebensqualität von Menschen mit Demenz. Vorgestellt 71. Köln, Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA).
- Noell-Waggoner Eunice** (2002). Light: An essential intervention for Alzheimer's disease. *Alzheimer's Care Quarterly* 3(4): 343- 352.
- Nydahl Peter, Bartoszek Gabriele** (2003). Basale Stimulation. München, Jena, Urban & Fischer Verlag.
- Oster Peter, Pfisterer Mathias, Schuler Mattias, Hauer Klaus** (2005). Körperliches Training im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 38(Suppl 1): 10-13.
- Oswald Wolf D.** (2004). Kognitive und körperliche Aktivität. Ein Weg zur Erhaltung von Selbständigkeit und zur Verzögerung demenzieller Prozesse? *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie* 17(3): 147-159.
- Ovretveit John** (2002). Evaluation gesundheitsbezogener Interventionen. Bern, Huber.

- Palo-Bengtsson Liisa, Ekman Sirkka Liisa** (2000). Dance events as a caregiver intervention for persons with dementia. *Nursing Inquiry* 7(3): 156-165.
- Palo-Bengtsson Liisa, Ekman Sirkka Liisa** (2002). Emotional response to social dancing and walks in persons with dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease and other Dementias* 17(3): 149-153.
- Papousek Hanus, Papousek Mechthild** (1989). Frühe Kommunikationsentwicklung und körperliche Beeinträchtigung. In: *Kommunikation und Sprache körperbehinderter Kinder*. Fröhlich Andreas (Hrsg.). Dortmund, Verlag modernes lernen.
- Perrar Klaus Maria** (2003a). Snoezelen - ein Betreuungsangebot auch für alte und hochbetagte Menschen? Teil 1. *Ergotherapie und Rehabilitation* 11: 5-11.
- Perrar Klaus Maria** (2003b). Snoezelen - ein Betreuungsangebot auch für alte und hochbetagte Menschen? Teil 2. *Ergotherapie und Rehabilitation* 12: 13-16.
- Perrar Klaus Maria** (2005). Angehörige als Partner im multiprofessionellen Team - Fallkonferenzen in der Altenpflege. In: *Keine Zeit zu verlieren. Referate aus dem 4. Kongress der Deutschen Alzheimer Gesellschaft*. Gesellschaft Deutsche Alzheimer (Hrsg.). Berlin: 231-236.
- Piaget Jean** (1975). *Das Erwachen der Intelligenz beim Kinde*. Stuttgart, Klett- Cotta.
- Pickenhain Lothar** (1998). *Basale Stimulation - Neurowissenschaftliche Grundlagen*. Düsseldorf, Verlag selbstbestimmtes Leben.
- Pinkney Lesley, Barker Paul** (1994). Snoezelen – an evaluation of a sensory environment used by people who are elderly and confused. In: *Sensations and disability*. ROMPA (Hrsg.). Exter, BPC Wheatons Ltd: 172-183.
- Pötner Marlis** (2004). *Ernstnehmen - zutrauen - verstehen. Personenzentrierte Haltung im Umgang mit geistig behinderten und pflegebedürftigen Menschen*. Stuttgart Klett-Cotta
- Pusey Helen** (2000). Dementia care: Interventions with people with dementia and their informal cares. *Mental Health Care* 3(6): 204-207.
- Radzey Beate** (2004). Mini-Mental-Status-Test und Cohen-Mansfield Agitation Inventory. In: *Assessmentinstrumente in der Pflege. Möglichkeiten und Grenzen*. Bartholomeyczik Sabine, Halek Margareta (Hrsg.). Hannover, Schlütersche 101-114.
- Ragneskog Hans, Gerdner Linda A., Joseffsson Karin, Kihlgren Mona** (1998). Probable reasons for Expressed Agitation in Persons in Dementia. *Clinical Nursing Research* 7(2): 189-206.
- Rauh Janthe, Radzey Beate, Heeg Sibylle** (2000). Zwangloses Miteinander. *Wohngruppenkonzepte für Demenzkranke in Europa*. Heim und Pflege 3: 114-116.
- Reisberg Barry, Borestein Jeff, Salob Stacy P., Ferris Steven H., Franssen Emile, Georgotas Anastasios** (1987). Behavioral symptoms in alzheimer's disease: Phenomenology and treatment. *Journal of Clinical Psychiatry* 48(Suppl): 9-15.
- Remington Ruth** (2002). Calming music and hand massage with agitated elderly. *Nursing Research* 51(5): 317-323.
- Richard Nicole** (1999). *Integrative Validation. Brücken bauen in die Welt dementiell Erkrankter*. Hannover, Vincentz Verlag.
- Richard Nicole** (2000). Demenz, Kommunikation und Körpersprache. *Integrative Validation (IVA)*. In: *Demenz und Pflege*. Tackenberg Peter, Abt- Zegelin Angelika (Hrsg.). Frankfurt, Mabuse.
- Richter Dirk, Lowens Stephan, Liekenbrock Andreas** (2000). Psychosozialer Pflegebedarf in einem gerontopsychiatrischen Pflegeheim. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 33(1): 17-23.
- Rippe Klaus- Peter** (2005). *Perspektiven*. Newsletter der Sonnweid AG. 1.
- Ritchie Karen, Lovestone Simon** (2002). The dementias. *The Lancet* 360(30): 1759-1766.
- Ritter Meredith, Graff-Low Kathryn** (1996). Effects of dance/movement therapy: A meta-analysis. *Arts in Psychotherapy* 23(3): 249-260.
- Robb Susanne S., Stegman Charles E., Wolanin Mary Opal** (1986). No research versus research with compromised results: a study of validation therapy. *Nursing Research* 35(2): 113-118.
- Robert Koch-Institut, Hrsg.** (2005). *Körperliche Aktivität. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin, Robert Koch-Institut. Heft 26.
- Roberts Jacqueline, Brown Gina, Gafni Amiram, Varieur Michael, Loney Patricia, De Ruijter Maureen** (2000). Specialized continuing care models for persons with dementia: A systematic review of the research literature. *Canadian Journal on Aging* 19(1): 106-126.
- Rogers Carl** (1983). *Entwicklung der Persönlichkeit*. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten. Stuttgart, Klett- Cotta.
- Rogers Martha** (1995). *Theoretische Grundlagen der Pflege*. Eine Einführung Freiburg, Lambertus.
- Runder Tisch Pflege** (2005). *Empfehlungen und Forderungen zur Verbesserung der Qualität in der Stationären Betreuung und Pflege*. Deutsches Zentrum für Altersfragen. (Zugangsdatum: 21.08.2006), <http://www.dza.de/download/ErgebnisserunderTischArbeitsgruppell.pdf>.

- Runder Tisch Pflege Arbeitsgruppe IV** (2005). Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. Deutsches Zentrum für Altersfragen. (Zugangsdatum: 01.02.2006), <http://www.dza.de/download/ErgebnisserunderTischArbeitsgruppeIV.pdf>.
- Rüsing Detlef** (2003). Die Reliabilität und Validität des Beobachtungsinstrumentes 'Dementia Care Mapping' - Eine Literaturanalyse Dorsten, Ingrid Zimmermann Verlag.
- Rüsing Detlef** (2005). Die Interraterreliabilität der Verhaltens- und Wohlbefindlichkeitskodierung des Beobachtungsinstrumentes „Dementia Care Mapping (DCM)“. Masterarbeit. Institut für Pflegewissenschaft. Witten. Private Universität Witten/Herdecke
- Ruthemann Ursula** (1993). Aggression und Gewalt im Altenheim. Verständnishilfen und Lösungswege für die Praxis. Basel, Recom.
- Rycroft-Malone Jo, McInnes Elizabeth** (2000). Pressure ulcer risk assessment and prevention. Technical Report. London, RCN.
- Rydwick Elisabeth, Frändin Kerstin, Akner Gunnar** (2004). Effects of physical training on physical performance in institutionalised elderly patients (70+) with multiple diagnoses. Age and Ageing 33(1): 13-23.
- Sauer Martin** (2002). Helles Licht - klare Strukturen. Altenheim 9(41): 32-35.
- Sauter Dorothea, Abderhalden Chris, Needham Ian, Wolff Stephan** (2004). Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Bern, Verlag Hans Huber.
- Sauvant Jean- Daniel, Schnyder Ulrich** (2000). Zur Unterscheidung von "Notfall" und "Krise" in der Psychiatrie. In: Krisenintervention in der Psychiatrie. Schnyder Ulrich, Sauvant Jean- Daniel (Hrsg.). Bern, Verlag Hans Huber.
- Schäufele Martina, Hendlmeier Ingrid, Teufel Sandra, Weyerer Siegfried** (2005). Qualitätsniveau "Mobilität und Sicherheit bei Menschen mit demenziellen Einschränkungen in stationären Einrichtungen". BUKO-QS. Potsdam.
- Schierz Christoph** (1999). Wieviel Licht braucht der Mensch? Workshop Ergonomie des Büroarbeitsplatzes. 39. Jahrestagung der DGAUM. Wiesbaden.
- Schierz Christoph** (2002). Leben wir in der biologischen Dunkelheit? Licht 2002, Maastricht.
- Schneider Hans- Dieter** (1999). Führungsaufgaben im Alten- und Pflegeheim. Heidelberg, Roland Asanger Verlag.
- Schöniger Ute, Zegelin- Abt Angelika** (1998). Hat der Pflegeprozeß ausgedient? Wird es Zeit für den Prozeß der Pflege. Die Schwester/ Der Pfleger 37(4): 305-310.
- Schrijnemaekers Veron** (2002). Effects of emotion- oriented Care in Homes for the Elderly. Academic proefschrift. Maastricht. Universiteit van Maastricht.
- Schrijnemaekers Veron, van Rossum Erik, Candel Math, Frederiks Carla, Derix Mayke, Sielhorst Hilde, van den Brandt Piet** (2002). Effects of emotion-oriented care on elderly people with cognitive impairment and behavioral problems. International Journal of Geriatric Psychiatry 17(10): 926-937.
- Schwarz Benjamin, Chaudhury Habib, Tofle Ruth Brent** (2004). Effect of design interventions on a dementia care setting. American Journal of Alzheimers Disease and Other Dementias 19(3): 172-176.
- Schwerdt Ruth** (2005a). Lernen der Pflege von Menschen mit Demenz bei Alzheimer-Krankheit. Zeitschrift für Medizinische Ethik 51: 59-75.
- Schwerdt Ruth** (2005b). Prävention für Menschen mit Demenz: Sackgasse oder Einbahnstraße? Eine Durchsicht von Konzepten und Modellen. In: Prävention in der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz. Konzepte und Modelle zur Qualifikation und Kooperation. Dokumentation eines Symposiums der Fachhochschule Frankfurt a. Main in Kooperation mit dem Katholischen Berufsverband für Pflegeberufe e.V. am 2. Dezember 2004. Dementia Services Development Schwerdt Ruth (Hrsg.). Frankfurt a. Main, Fachhochschulverlag. Band 3: 64- 95.
- Schwerdt Ruth, Hrsg.** (2005c). Prävention in der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz. Konzepte und Modelle zur Qualifikation und Kooperation. Dokumentation eines Symposiums der Fachhochschule Frankfurt am Main in Kooperation mit dem Katholischen Berufsverband für Pflegeberufe e.V. am 2. Dezember 2004. Dementia Services Development. Frankfurt a. Main, Fachhochschulverlag. Band 3.
- Schwerdt Ruth** (2005d). Probleme der Ernährung älterer Menschen mit Demenz: Aktueller Forschungs- und Entwicklungsbedarf. Pflege und Gesellschaft 10(2): 75-82.
- Schwerdt Ruth, Tschainer Sabine** (2003). Spezifische Anforderungen an die Pflege dementiell erkrankter Menschen. In: Expertisen zum Vierten Altenbericht der Bundesregierung III: Hochaltigkeit und Demenz als Herausforderung an die Gesundheits- und Pflegeversorgung. Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.). Hannover, Vincentz: 181-287.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network** (1998). Interventions in the management behavioural and psychological aspects of dementia. A National Clinical Guideline recommended for use in Scotland. (Zugangsdatum: 27.04.2004), www.sign.ac.uk/pdf/qr22.pdf.

- Shapiro Michele, Bacher Sharon** (2002). Snoezeling. Controlled multi-sensory stimulation. Amutat Avi, Beit Issie Shapiro.
- Shochat Tamara, Martin Jennifer L., Marler Matthew, Ancoli-Israel Sonia** (2000). Illumination levels in nursing home patients: effect on sleep and activity rhythms. *Journal of Sleep Research* 9(4): 373-379.
- Siders Craig, Nelson Audrey, Brown Lisa M., Joseph Inez, Algase Donna L., Beattie Elizabeth R., Verbosky-Cadene Sandra** (2004). Evidence for implementing nonpharmacological interventions for wandering. *Rehabilitation Nursing* 29(6): 195-206.
- Sipsma Dick H.** (1970). Sociaal-geriatrische Zorg en de geestelijk gestoorde bejaarde. *Nederlandse Tijdschrift voor Gerontologie* 1: 7-16.
- Skiba Reinhold** (1997). Taschenbuch Arbeitssicherheit. Bielefeld, Erich Schmidt Verlag.
- Sloane Philip D., Davidson Susan, Knight Nancy, Tangen Catharine, Mitchell C. Madeline** (1999). Severe disruptive vocalizers. *Journal of the American Geriatrics Society* 47(4): 439-445.
- Smallwood Jonathan, Brown Rose, Coulter Fiona, Irvine Elizabeth, Copland Claire** (2001). Aromatherapy and behaviour disturbances in dementia: a randomized controlled trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 16(10): 1010-1013.
- Snowden Mark, Sato Kersten, Roy-Byrne Peter** (2003). Assessment and treatment of nursing home residents with depression or behavioral symptoms associated with dementia: a review of the literature. *Journal of the American Geriatrics Society* 51(9): 1305-1317
- Snyder Mariah, Egan Ellem C., Burns Kenneth R.** (1995). Interventions for decreasing agitation behaviors in persons with dementia. *Journal of Gerontological Nursing* 21(7): 34-40.
- Sörenson Stefan, Brunnström Gunilla** (1994). Lightning and quality of life: A study among older people. In: *Low vision*. Kooijman A.C., al. et (Hrsg.), IOS Press: 221-226.
- Souder E., Heithoff K., O'Sullivan P. S., Lancaster A. E., Beck C.** (1999). Contexts and impacts of disruptive behavior in institutionalized elders. *Aging and Mental Health* 3(1): 54-68 (29 ref).
- Spahn Claudia** (2004). Das Resident Assessment Instrument: Die Einführung des Instrumentes in der stationären Altenpflege am Beispiel zweier Pflegeeinrichtungen. *Pflegen...gemeinsam mit dem Berufsverband für Pflege!*(1): 18-28.
- Spector Aimee, Orrell Martin, Davies Stephen, Woods Bob** (2003). Reminiscence therapy for dementia (Cochrane Review). *The Cochrane Library*. Oxford: Update Software(3).
- Steinkamp Norbert, Gordijn Bert** (2000). Implementierung klinischer Ethik. Ein Zweistufenmodell zur Implementierung klinischer Ethik. *Krankendienst* 8-9: 235-244.
- Stokes Graham** (2003). *Challenging behaviour in dementia: a person-centred approach*. Oxon, Speechmark Publishing Ltd.
- Störmer Norbert** (1989). Trivialisierungen und Irrationalismen in der pädagogisch-therapeutischen Praxis. *Behindertenpädagogik* 28(2): 157-176.
- Strauß-Geist Elke, Fischer Christian, Müller Christ, Nauroth Thomas, Stotzem Gabi** (2005). Modellprojekt Sicherheit und Wohnen im Alter - trotz Demenz. Eine Darstellung aus der Praxis für die Praxis. Köln, Seniorenhaus GmbH der Cellitinnen zur heiligen Maria.
- Szmukler Georg I.** (1987). The place of crisis intervention in psychiatry. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 21: 24-34.
- Talbourne Carla E S** (1995). The effects of a life review program on disorientation, social interaction and self-esteem on home residents. *Int. J. Aging Hum Dev* 41(3): 251-266.
- Thiel Volker** (2001). Der Pflegeprozess - ein Instrument professioneller Pflege. *Die Schwester/ Der Pfleger* 40(4): 338-343.
- Thimm Walter** (1994). *Das Normalisierungsprinzip - Eine Einführung*. Marburg, Lebenshilfe-Verlag.
- Thimm Walter** (2005). *Normalisierung in der Bundesrepublik - Versuch einer Bestandsaufnahme - von 1992*. In: *Das Normalisierungsprinzip*. Marburg Lebenshilfe (Hrsg.). Marburg, Lebenshilfe-Verlag.
- Thornton Amanda, Hatton Chris, Tatham Alan** (2004). DCM reconsidered: Exploring the reliability and validity of an observational tool. *International journal of Geriatric Psychiatry* 19: 718-726.
- Toseland Roland W., Diehl Manfred, Freeman Kurt, Manzanares Theresa, Naleppa Matthias, McCallion Philip** (1997). The impact of validation group therapy on nursing home residents with dementia. *Journal of Applied Gerontology* 16(1): 31-50.
- Tremmel Lothar, Spiegel René** (1993). Clinical experience with the nosger (nurses' observation scale for geriatric patients): Tentative normative data and sensitivity to change. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 8(4): 311-317.
- Trilling Angelika, Bruce Errollyn, Hodgson Sarah** (2001). *Erinnerungen pflegen*. Hannover, Vincentz Verlag.

- Van de Winckel Ann, Feys Hilde, De Weerd Willy, Dom Rene** (2004). Cognitive and behavioural effects of music-based exercises in patients with dementia. *Clinical Rehabilitation* 18(3): 253-260.
- Van der Kooij Cora** (1992). Ein Damm gegen die Proletarisierung der Pflege. Validation in den Niederlanden: Begeisterung und Inspiration geben den Ton an. *Altenpflege* 17(5): 315-321.
- Van der Kooij Cora** (1993a). Relativity Orientation, Validation and the reality of desoriented old-old. *Vard I Norden* 13(4): 4-8.
- Van der Kooij Cora** (1993b). Validation in den Niederlanden: Theorieentwicklung auf der Basis von Praxiserfahrung. *Altenpflege* 18(2): 79-83.
- Van der Kooij Cora** (2001). Der Lohn ist ein Lächeln. *Mäeutik: die Methode des gefühlsmäßigen Wissens. Heim und Pflege* 31(7): 278-284.
- Van der Kooij Cora** (2002). *Gewoon Lief Zijn? Het maieutisch zorgconcept en het verzorgen van mensen met dementie*. Utrecht, Lemma.
- Van der Kooij Cora** (2003a). *Das mäeutische Pflegekonzept und die Einführung der integrierten erlebnisorientierten Pflege in psychogeriatrischen Wohnbereichen*. Dissertation. Fakultät Medizin, Fachgruppe Psychiatrie. Utrecht. Freie Universität Amsterdam.
- Van der Kooij Cora** (2003b). Die Methode des gefühlsmäßigen Wissens. In: *Die Pflege demenziell Erkrankter neu erleben. Mäeutik im Pflegealltag*. Schindler Ulrich (Hrsg.). Hannover, Vincentz Verlag.
- Van der Kooij Cora** (2006). Ein Lächeln im Vorübergehen. *Erlebensorientiert Pflegen mit Hilfe der Mäeutik*. Bern, Hans Huber Verlag. In press.
- Van Gelder Berry M., Tijhuis Marja A.R., Kalmijn Sandra, Giampaoli Simona, Nissinen Aulikki, Kromhout Daan** (2004). Physical activity in relation to cognitive decline in elderly men: The FINE Study. *Neurology* 63: 2316-2321.
- Van Weert Julia C.M.** (2004a). Behavioural and mood effect of Snoezelen integrated in 24-h dementia care. In: *Multi-Sensory Stimulation in 24-hour Dementia Care*. Van Weert Julia C.M. (Hrsg.). Utrecht, Universiteit Utrecht: 139-163.
- Van Weert Julia C.M.** (2004b). Multi-Sensory Stimulation in 24-hour Dementia Care, NIVEL Download. (Zugangsdatum: 12.01.2006), <http://www.nivel.nl>.
- Vance David, Burgio Louis, Roth David, Stevens alan, Fairchild Kaci, Yurick Ann** (2003). Predictors of agitation in nursing home residents. *Journal of Gerontology: Psychological Science* 58B(2): 129-137.
- Vass Antony Andreas, Minardi Henry A., Ward Richard, Aggarwal Neeru, Garfield Cydonie, Cybyk Beau** (2003). Research into communications patterns and consequences for effective care of people with Alzheimer's and their carers. *Dementia* 2(1): 21-48.
- Verwoerdt Adriaan** (1976). *Dynamic Psychopathology*. In: *Clinical Geropsychiatry*(Hrsg.). Balimore, Waverly Press, inc.
- Verwoerd Adriaan** (1981). Individual Psychotherapy in Senile Dementia. In: *Clinical aspects of Alzheimer's Disease and Senile Dementia (Aging vol 15)*. Miller N.E., Cohen G.D. (Hrsg.). New York, Raven Press.
- Vortherms Ruth C.** (1991). Clinically improving communication through touch. *Journal of Gerontological Nursing* 17(5): 6-10.
- Wahle Magrit, Häller Sabine, Spiegel René** (1996). Validation of the NOSGER (Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients): Reliability and Validity of a Caregiver Rating Instrument. *International Psychogeriatrics* 8(4): 525-544.
- Weidner Frank** (1995). *Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung*. Frankfurt am Main, Mabuse.
- Weiner Myron F., Koss Elisabeth, Wild Katherine V., Folks David G., Tariot Pierre, Luszczynska Halina, Whitehouse Peter** (1996). Measures of psychiatric symptoms in Alzheimer patients: a review. *Alzheimer Disease Associated Disorders* 10(1): 20-30.
- Weiner Myron F., Lipton Anne M.** (2003). *The Dementias, Diagnosis, Treatment and Research*. Arlington, American Psychiatric Publishing, Inc. 3.
- Werner Birgit** (2002). *Konzeptanalyse Basale Stimulation*. Bern, Hans Huber Verlag.
- Weyerer Siegfried** (2005). *Altersdemenz. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin, Robert Koch Institut, Statistisches Bundesamt. Heft 28.
- Weyerer Siegfried, Schäufele Martina, Hendlmeier Ingrid, Kofahl Christopher, Sattel Heribert** (2006). *Demenzkranke in Pflegeeinrichtungen: Besondere und traditionelle Versorgung im Vergleich*. Stuttgart, Kohlhammer.
- Wiener Pauline K., Kiesses Dimitris N., Klimstra Sibel, Murphy Christopher, Alexopoulos George S.** (2001). A short-term inpatient program for agitated demented nursing home residents. *Int J Geriatr Psychiatry* 16(9): 866-872.
- Wilhelm Hans- Jürgen** (1998). Gefangene ihrer Wahrheit. *Pflege* 11(5): 275-280.

- Wilson Holly K., Kneisl S.R.** (1983). Psychiatric Nursing. Menlo Park, Addison-Wesley.
- Wolber Edith** (2001). Editorial. Pflege 14(4): 227-229.
- Wolfe B.M., Mathiesen K.A.** (1997). Clinical practice guidelines in nutrition support: can they be based on randomized clinical trials? Journal of parenteral and enteral nutrition. 21(1): 1-6.
- Woodrow Philip** (1998). Interventions for confusion and dementia. 3: Reminiscence. British Journal of Nursing 7(19): 1145-1149.
- Woods Bob, McKiernan Fionnuala** (1995). The Art and Science of Reminiscing: Theory, Research, Methods and Applications. Washington, DC, Taylor and Francis.
- Wüllenweber Ernst** (2001a). Reaktanz und Problemverhalten bei Menschen mit geistiger Behinderung unter besonderer Berücksichtigung der Selbstbestimmung. In: Verhaltensauffälligkeiten - Ausdruck von Selbstbestimmung? Theunissen Georg (Hrsg.). Bad Heilbrunn, Klinkhardt. 2: 105-113.
- Wüllenweber Ernst** (2001b). Verhaltensprobleme als Bewältigungsstrategie. In: Verhaltensauffälligkeiten - Ausdruck von Selbstbestimmung? Theunissen Georg (Hrsg.). Bad Heilbrunn, Klinkhardt. 2: 89-103.
- Zanetti Orazio, Oriani Monica, Geroldi Cristina, Binetti Guilliano, Frisoni Giovanni B, Di Giovanni Giuseppina, De Vreese Luc P.** (2002). Predictors of cognitive improvement after reality orientation in Alzheimer's disease. Age Ageing 31(3): 193-196.
- Zieger Andreas** (1993). Dialogaufbau in der Frührehabilitation mit hirnerkrankten Komapatienten. In: Handbuch der Intensivpflege. Neander Klaus- Dieter, Meyer Gerhard, Friesacher Heiner (Hrsg.). Landsberg, Ecomed- Verlag: 1-24.
- Zieger Andreas** (2002). Der neurologisch schwerstgeschädigte Patient im Spannungsfeld zwischen Bio- und Beziehungsmedizin. Intensivmedizin 10: 261-274.
- Zimber Andreas** (1999). Arbeitsbelastung und Beanspruchung in der Altenpflege: Forschungsstand in der Bundesrepublik Deutschland. In: Arbeitsbelastung in der Altenpflege. Zimber Andreas, Weyerer Siegfried (Hrsg.). Göttingen, Verlag für Angewandte Psychologie: 170-184.
- Zimmerman Sheryl, Sloane Philip D. , Williams Cristianna S. , Reed Peter S., Preisser John S., Eckert Kevin J., Boustani Malaz, Dobbs Debra** (2005). Dementia Care and Quality of Life in Assisted Living and Nursing Homes. The Gerontologist 45(1): 133-146.
- Zimmermann Ralf- Bruno** (2001). Theorien und Methoden psychiatrischer Krisenintervention. In: Handbuch Krisenintervention. Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung: Theorie, Praxis, Vernetzung. Wüllenweber Ernst, Theunissen Georg (Hrsg.). Stuttgart, Berlin, Köln, Kohlhammer.

Anhang

Projektmitglieder

Projektteam

Sabine Bartholomeyczik

Prof. Dr. habil., Krankenschwester, Diplom-Soziologin, Lehrstuhl Epidemiologie-Pflegewissenschaft an der Universität Witten/Herdecke, Vorsitzende der DG Pflegewissenschaft, Mitglied der Enquêtekommision NRW zur Zukunft der Pflege, Mitglied der Sachverständigenkommission des 4. Altenberichts der Bundesregierung, im Ausschuss "gesundheitsziele.de" (Forum Gesundheitsziele Deutschland) bei der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V. (GVG) (im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, BMG), Mitglied des Lenkungsausschusses des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), Mitglied im Vorstand des Deutschen Netzwerks für Versorgungsforschung (DNVF), wissenschaftliche Leitung des Qualitätsniveaus II „Orale Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung von Menschen in Einrichtungen der Pflege und Betreuung“ der Bundeskonferenz für Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen e.V. (BUKO-QS), Mitherausgeberin der Zeitschrift "Pflege & Gesellschaft", Juventa.

Margareta Halek

Studium der Pflegewissenschaft an der Universität Witten/Herdecke: BScN, MScN, Altenpflegerin, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Epidemiologie – Pflegewissenschaft im Institut für Pflegewissenschaft, Universität Witten/Herdecke, Mitglied der Pflegeassessmentgruppe, Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft.

Klaus Besselmann

Diplom-Volkswirt, Koordinator für den Fachbereich Soziales und Pflege im Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) Köln, Geschäftsführer der KDA Beratungs- und Forschungsgesellschaft für Altenhilfe mbH, Koordinierungsstelle der Landesinitiative Demenz-Service NRW im KDA.

Christine Sowinski

Diplom-Psychologin, Krankenschwester, Koordinatorin für den Fachbereich Soziales und Pflege im Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) Köln, Koordinierungsstelle der Landesinitiative Demenz-Service NRW im KDA, Mitglied des Lenkungsausschusses des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), wissenschaftliche Leitung des Expertenstandards Sturzprophylaxe in der Pflege des DNQP, Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG), DCM-Basic-User (Dementia-Care-Mapping), Mitglied des Beirats Ausbildung und Praxis des Hans Huber Verlags, Bern.

Expertengruppe

Peter Dürrmann

Diplom-Sozialpädagoge, Integrative Validation nach Nicole Richard (Kurs A), Basale Stimulation (Basisseminar), Heimleiter des Seniorenzentrums Holle, Vorsitzender des Fördervereins Dementenbetreuung Holle e.V., Mitglied in der Deutschen Expertengruppe Dementenbetreuung e.V. (DED), stellvertretender Bundesvorsitzender des Deutschen Verbands der Leitungskräfte von Alten- und Behinderteneinrichtungen e. V. (DVLAB), Mitglied im Projekt QSP - Entwicklung eines Qualitätssicherungs- und Prüfinstrumentes für die spezialisierte Dementenbetreuung im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), Mitglied in der Projektgruppe Visitation des DVLAB, Begründer der Holler Runde, Experte Runder Tisch Pflege (AG II - Verbesserung der Qualität der Stationären Betreuung und Pflege).

Martin Haupt

Dr. med., Privatdozent, niedergelassener Gerontopsychiater, Praxisschwerpunkt: Hirnleistungsstörungen im Neuro-Centrum Düsseldorf, Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V. (DGGPP), Mitglied der Alzheimergesellschaft Düsseldorf und Kreis Mettmann e.V., Mitherausgeber der Zeitschrift „Geriatric Journal“ der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie, Mitglied des Editorial Boards der Zeitschrift „NeuroGeriatric“, Mitglied der Task Force für Verhaltensstörungen der International Psychogeriatric Association.

Cora van der Kooij

Dr., Krankenschwester, Historikerin, Pflegewissenschaftlerin, Leiterin Inhalt und Entwicklung des IMOZ-Institutes (Instituut voor Maieutische Ontwikkeling in de Zorgpraktijk, Apeldoorn, Niederlande/Institut für mäeutische Entwicklung der Pflegepraxis, Apeldoorn Niederlande und Melle, Neuenkirchen).

Christina Kuhn

M.A., Krankenschwester, Kulturwissenschaftlerin, Demenz Support Stuttgart gGmbH, Expertin der Werkstatt „Demenzkranken begegnen“ der Robert Bosch Stiftung – Gemeinsam für ein besseres Leben mit Demenz.

Christian Müller-Hergl

Diplom-Theologe, Bphil (Ox), Altenpfleger, Heimleiterausbildung, Supervisor DGSD, Systemischer Organisationsberater WIBK, DCM (Dementia Care Mapping) Strategic Lead, Germany, DCM-Trainer, International DCM Implementation Group, Bildungsreferent an der In Via Akademie, Meinwerk-Institut Paderborn, Dialogzentrum Demenz (Transfer – Wissenschaft – Praxis), Institut für Pflegewissenschaft, Universität Witten/Herdecke, Experte der

Werkstatt „Demenzkranken begegnen“ der Robert Bosch Stiftung – Gemeinsam für ein besseres Leben mit Demenz, North Sea Dementia Group, Mitglied des Kuratoriums Demenz Support Stuttgart gGmbH.

Klaus Maria Perrar

Dr. med., Arzt für Psychiatrie, Psychotherapie, Oberarzt der Abteilung für Gerontopsychiatrie, Rheinische Kliniken Düren, Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V. (DGGPP) sowie des Landesverbandes Gerontopsychiatrie und -psychotherapie Nordrhein-Westfalen (LVGPP-NRW), Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V. (DGGG), Mitglied der Deutschen Expertengruppe Demenzenbetreuung e.V. (DED), Mitglied des Expertenbeirates der Bundesarbeitsgemeinschaft zur Förderung von ambulanten, teilstationären und stationären Hospizen und Palliativmedizin e. V., Kurator Demenz-Support Stuttgart gGmbH, Mitglied des Projektbeirates des Forschungsprojektes „Integrierte Versorgungsmodelle für geriatrisch zu versorgende Menschen“ der Kath. Fachhochschule Aachen (gefördert durch das Bildungsministerium NRW), Mitglied des wissenschaftlichen Beirates der Pflegefachzeitschrift „Pflegen: Demenz“.

Christine Riesner

Studium der Pflegewissenschaft an der Universität Witten/Herdecke: BScN, MScN, Krankenschwester, Fortgeschrittene DCM-Trainerin (Dementia Care Mapping) (advanced), Dialogzentrum Demenz (Transfer – Wissenschaft – Praxis) an der Universität Witten/Herdecke, Expertin der Werkstatt „Demenzkranken begegnen“ der Robert Bosch Stiftung – Gemeinsam für ein besseres Leben mit Demenz, beratendes Mitglied im Werksausschuss Alten- und Altenpflegeheime der Stadt Wuppertal.

Detlef Rüsing

Studium der Pflegewissenschaft an der Universität Witten/Herdecke: BScN, MScN, Altenpfleger, DCM-Trainer (Dementia Care Mapping), Mitglied der internationalen Forschungsgruppe zu Reliabilität des Dementia Care Mapping an der Universität Bradford, Dialogzentrum Demenz (Transfer – Wissenschaft – Praxis) an der Universität Witten/Herdecke, Mitglied der Expertengruppe Qualitätsniveau I „Mobilität und Sicherheit bei Menschen mit dementiellen Einschränkungen in stationären Einrichtungen“ der Bundeskonferenz für Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen e.V. (BUKO-QS), Herausgeber der Pflegefachzeitschrift „Pflegen: Demenz“.

Ruth Schwerdt

Prof. Dr., M.A. Neuere Deutsche Literaturgeschichte und Philosophie, Altenpflegerin, Diplom-Psychogerontologin Univ. (postgrad.), Professorin für Pflegewissenschaft an der Fachhochschule Frankfurt am Main, Fachbereich 4: Soziale Arbeit und Gesundheit, Kuratorin im Kura-

torium Deutsche Altershilfe (KDA) Köln, Mitglied der Steuergruppe für das Förderprogramm der Robert Bosch Stiftung „Gemeinsam für ein besseres Leben mit Demenz“ in der Phase I, Expertin der Werkstatt „Ethik und Recht“ der Robert Bosch Stiftung – Gemeinsam für ein besseres Leben mit Demenz, Mitherausgeberin der Zeitschrift „Pflege. Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe“, Verlag Hans Huber, Bern.

Angelika Zegelin

Dr., M.A., Krankenschwester, Lehrerin für Pflegeberufe, Erziehungswissenschaftlerin, Kursleiterin Basale Stimulation, Pflegewissenschaftlerin und Curriculumbeauftragte an der Universität Witten-Herdecke, Vorsitzende des Netzwerks Patientenedukation in der Pflege, Witten/Herdecke, Entwicklung des Programms „Hilfe beim Helfen“ (Angehörigenschulungsprogramm) der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, Mitglied des programmbegleitenden Ausschusses "Demenz" bei der Stiftung Wohlfahrtspflege NRW, Expertin der Werkstatt „Demenzkranken begegnen“ der Robert Bosch Stiftung – Gemeinsam für ein besseres Leben mit Demenz, Kuratorin Demenz Support Stuttgart gGmbH, Mitglied des wissenschaftlichen Beirats des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe (DBfK), Mitglied des Deutschen Bildungsrates für Pflegeberufe (DBfK), Mitglied im Beirat Wissenschaft des Hans Huber Verlags, Bern.