



Hochschule Neubrandenburg  
University of Applied Sciences

HOCHSCHULE NEUBRANDENBURG

Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management  
Studiengang Pflegewissenschaft/ Pflegemanagement

# **„Umgang und Kommunikation mit herausforderndem Verhalten in der stationären Altenpflege“**

**Bachelorarbeit  
Zur Erlangung des akademischen Grades  
Bachelor of Arts (B.A.)**

Vorgelegt von:

Cäcilie Sponholz  
Diana Schülke

Erstprüfer: Frau Prof. Dr. paed. Bedriskä Bethke  
Zweitprüfer: Dipl.- Pflegewirtin Daniela Oertel

Tag der Einreichung: 11. 11. 2013

Urn:nbn:de:gbv:519-thesis 2013-0805-0

## Inhaltsverzeichnis

<b>1.) Einleitende Worte in das Thema</b> .....	- 4 -
1.1) Hintergrund der Arbeit .....	- 7 -
1.2) Zielsetzung der Arbeit.....	- 8 -
1.3) Methodisches Vorgehen.....	- 9 -
<b>2.) Theoretischer Teil</b> .....	- 11 -
2.1) Demenz .....	- 12 -
2.1.1) Begriffsklärung Demenz .....	- 12 -
2.1.2) Symptome .....	- 13 -
2.1.3) Einteilung der Demenzen nach der Ursache.....	- 15 -
2.1.3.1) Primäre Demenzen .....	- 15 -
2.1.3.2) Sekundäre Demenzen .....	- 17 -
2.2) Herausforderndes Verhalten bei Demenz .....	- 19 -
2.2.1) Begriffsklärung Herausforderndes Verhalten .....	- 20 -
2.2.2) Ursache des Herausfordernden Verhalten.....	- 22 -
2.2.3) Kategorien des herausfordernden Verhalten.....	- 23 -
2.2.4) Umgang mit demenziell Erkrankten und herausfordernden Situationen .....	- 25 -
2.3) Der Pflegeprozess- allgemein und rechtliche Grundlagen.....	- 32 -
2.3.1) Zusammenhang zwischen dem Pflegeprozess und dieser Arbeit- 32 -	
2.3.2) Monika Krohwinkel .....	- 34 -
2.3.3) Der Pflegeprozess nach Monika Krohwinkel.....	- 34 -
2.4) Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenpflege vom Bundesministerium für Gesundheit.....	- 39 -
2.4.1) NDB- Modell.....	- 40 -
2.5) Assessmentinstrumente .....	- 43 -

2.5.1) Definition Pflegeassessment.....	- 44 -
2.5.2) Gütekriterien von Assessments.....	- 46 -
2.5.3) Was beinhalten die Rahmenempfehlungen bezüglich Assessmentinstrumenten? .....	- 48 -
2.5.4) Arten von Assessmentinstrumenten.....	- 50 -
2.5.5) Vorstellung von drei Assessmentinstrumenten .....	- 51 -
2.5.5.1) Cohen- Mansfield- Agitation- Inventory (CMAI).....	- 51 -
2.5.5.2) Behavioral Pathology in Alzheimer Disease (BEHAVE- AD).	- 53 -
2.5.5.3) Personen mit erheblich eingeschränkter Alterskompetenz (PEA) .....	- 54 -
2.5.5.4) Abschlussgedanken zu den drei vorgestellten Assessments	- 56 -
<b>3.) Praxisbezogener Teil.....</b>	<b>- 58 -</b>
3.1) Vorstellung der Forschungsfelder.....	- 58 -
3.2) Dokumentenanalysebogen.....	- 60 -
3.2.1) Vorstellung des Dokumentenanalysebogens .....	- 61 -
3.2.2) Beschreibung der Durchführung .....	- 63 -
3.3) Auswertung des Dokumentenanalysebogens Haus A.....	- 65 -
3.4) Auswertung des Dokumentenanalysebogens Haus B.....	- 73 -
3.5) Erweiterte Cohen Mansfield Skala.....	- 77 -
3. 6) Auswertung erweiterte Cohen Mansfield Skala im Forschungsfeld A-	79 -
3. 7) Empfehlungen an die Forschungsfelder .....	- 82 -
<b>4.) Fazit .....</b>	<b>- 84 -</b>
<b>Anhang .....</b>	<b>- 86 -</b>
<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>- 87 -</b>
Eidesstattliche Erklärung .....	- 107 -

# 1.) EINLEITENDE WORTE IN DAS THEMA

-Diana Schülke-

*Frau W. lebt seit ihrem Einzug im November 2010 im Alten- und Pflegeheim. Sie wohnte vorher bereits in einer anderen Einrichtung, doch dort klagte sie über andauernde Unzufriedenheit, da sie mit ihrer Mitbewohnerin nicht zurechtkam. Nun in der jetzigen Einrichtung bewohnt sie ein Einzelzimmer. Dies war auch der angegebene Grund für den Wechsel laut Aussage der Angehörigen. Desweiteren ist bekannt, dass sie in der vorherigen Einrichtung oft und gerne im Bett gelegen hat und es demzufolge schwierig für die Pflege- und Betreuungskräfte war, sie zu animieren, aktiv am Alltag in der Pflegeeinrichtung teilzunehmen. Als sie einzog hatte Frau W. bereits die Pflegestufe 2, welche im August dieses Jahres auf die Pflegestufe 3 erhöht wurde. Die Angehörigen konnten beim Aufnahmegespräch leider wenige Informationen über die Biographie, die früheren und heutigen Hobbies, die Schullaufbahn, die Essgewohnheiten und allgemein über Vorlieben und Abneigungen der Mutter an das Pflegepersonal weiter geben. Dies wären wichtige Informationen im Umgang mit der Bewohnerin gewesen. Ihre Kinder beschrieben sie beim Aufnahmegespräch als zurückgezogene, ruhige Person. Dies bestätigte sich beim Einzug. Die aufnehmende Pflegefachkraft beschrieb sie als unsicher und still. Desweiteren wird im Anamnesebogen beschrieben, dass die Bewohnerin ‚von sich aus wenig spricht, da sie situativ, örtlich und personell desorientiert sei, aufgrund der demenziellen Erkrankung‘<sup>1</sup>. Doch schon nach einigen Tagen in der neuen Einrichtung zeigte sich die erneute Unzufriedenheit bei Frau W. Sie war nicht mehr die ruhige Person, sondern schimpfte und beschimpfte oft das Pflegepersonal und andere Heimbewohner, war dementsprechend verbal aggressiv. Die Heimbewohnerin hatte wenig Interesse am Alltagsgeschehen der Außenwelt und desweiteren wurde vermerkt, dass man „es ihr oft nicht Recht machen kann“<sup>2</sup>. Dann kam es zu den*

---

<sup>1</sup> Vermerk aus dem Anamnesebogen

<sup>2</sup> Vermerk aus dem Anamnesebogen

*beschriebenen verbalen aber auch körperlich aggressiven Verhaltensweisen. Dies beobachteten die Pflegekräfte bereits bei der täglichen Körperpflege. Sie hätte dabei behilflich sein können, ließ sich aber schwer dazu motivieren ihre Ressourcen zu nutzen. Bei solchen und anderen Animations- und Motivationsversuchen des Pflege- und Betreuungspersonals wurde Frau W. häufig verbal ausfallend beziehungsweise auch handgreiflich, welches sich in Kratzen, Kneifen, Treten und Stoßen äußerte.*

Von den etwa 80 Millionen Menschen, welche in Deutschland leben, sind im Dezember 2011 2,5 Millionen Personen als pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI) durch die Gesundheitsberichtserstattung des Bundes erhoben worden. Das entspricht 3,1 % der Gesamtbevölkerung. Allein in Mecklenburg Vorpommern ist die Pflegequote<sup>3</sup>, etwas höher. Sie liegt in diesem Bundesland bei 4,1%, welches 67.559 Personen entspricht. Oft spielen die Begrifflichkeiten Pflegebedürftigkeit und das Krankheitsbild der Demenz zusammen. Laut des Bundesministeriums für Gesundheit leiden heutzutage (Erhebung aus dem Jahre 2012) etwa 1,4 Millionen Menschen an Demenz. Diese Zahl wird aufgrund des demographischen Wandels in den nächsten Jahren kontinuierlich steigen. In Deutschland geht man auch davon aus, dass die Zahl der Inzidenzen<sup>4</sup>, also die Anzahl der Neuerkrankungen innerhalb einer Bevölkerung zu einem bestimmten Zeitpunkt, bei etwa 300.000 Neuerkrankungen pro Jahr liegt. So ergeben Schätzungen, dass im Jahre 2030 bereits 2,2 Millionen Menschen, welche in Deutschland leben, dieses Krankheitsbild aufweisen werden. Laut der Deutschen Alzheimer Gesellschaft leiden tendenziell mehr Frauen an einer Demenz, welches etwa 70% Frauen und demzufolge 30% Männer entsprechen. Dies liegt hauptsächlich an der gesteigerten Lebenserwartung der Frauen, denn

---

<sup>3</sup> Anteil der Pflegebedürftigen (in einer Bevölkerungsgruppe) an der Gesamtbevölkerung (in dieser Bevölkerungsgruppe)

<sup>4</sup> Vgl. Bickel, Horst (2013)

sie werden im Durchschnitt einige Jahre älter als Männer. Da das Krankheitsrisiko im Alter zunimmt sind Frauen folglich häufiger betroffen<sup>5</sup>.

Von den 1,4 Millionen demenziell Erkrankten weisen nach Schätzungen 11% bis 65% herausfordernde Verhaltensweisen auf, wobei einige Autoren von weit höheren Zahlen ausgehen<sup>6</sup>. Diese Zahlen schwanken enorm, da der Begriff noch nicht einheitlich definiert wurde.

Die vorliegende Arbeit wird sich mit dem Thema der demenziellen Erkrankung und speziell mit der besonderen Form des herausfordernden Verhaltens beschäftigen. Desweiteren wollen die Autoren über Assessmentinstrumente für herausforderndes Verhalten berichten und sie nach ausgewählten Kriterien untersuchen. Anschließend soll anhand einer Dokumentenanalyse geklärt werden, ob diese notwendig sind oder die bestehende Pflegeplanung rund um den Pflegeprozess bereits aussagekräftig genug ist.

---

<sup>5</sup> Vgl. Bickel, Horst (2013)

<sup>6</sup> Vgl. Bartholomeyczik, Sabine (2006) Seite 8

## 1.1) HINTERGRUND DER ARBEIT

-Diana Schülke-

Wie bereits erwähnt, wächst die Zahl der alten und demzufolge auch die Zahl der demenziell erkrankten Personen Jahr für Jahr. Durch den demographischen Wandel gibt es in Zukunft mehr ältere Menschen in Deutschland und immer weniger jüngere, demzufolge auch weniger die den Beruf des Altenpflegers ausüben werden. Demenzkranke Personen stellen heutzutage eine Herausforderung in den stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen dar, denn sie bedürfen Einfühlungsvermögen, Akzeptanz und einer hohen fachlichen und kommunikativen Kompetenz. *„Ein unreflektierter Umgang kann zu erheblichen Konflikten und Stress bei allen Beteiligten führen.“*<sup>7</sup> Gerade Menschen, die ein problematisches oder gar störendes Verhalten zeigen, werden für die Pflegekräfte und ihr gesamtes Umfeld als Belastung empfunden. Dies ist den Autoren, welche selbst in pflegerischen Einrichtungen arbeiten, ebenfalls aufgefallen. Einige Pflegekräfte nehmen das Verhalten der Pflegebedürftigen persönlich und reagieren unangemessen darauf. Daher ist die Professionalität eine Eigenschaft, welche Pflegekräfte mitbringen sollten, wenn sie dem herausfordernden Verhalten gerecht werden wollen. Denn ohne das professionelle Denken und Handeln kann eine Situation schnell entgleisen und dementsprechend könnte das Verhalten den Pflegenden oder die Pflegekraft selbst gefährden. Sobald die Professionalität nicht gegeben ist, besteht die Möglichkeit, dass ein menschengerechter Umgang beziehungsweise eine angemessene Betreuung und Versorgung nicht oder nur erschwert stattfinden kann. Um dies zu vermeiden, sollte ein adäquater Pflegeprozess durchgeführt werden mit einer individuell angepassten Pflegeplanung, sodass sich alle Mitarbeiter denselben Richtlinien bedienen können.

Erschwerende Verhaltensweisen wie Aggressionen, Apathie oder zielloses Umherlaufen stellen eine Belastung und demzufolge auch eine

---

<sup>7</sup> Schwarz, Günther (2012), Seite 2

Herausforderung für das gesamte Umfeld des demenziell Erkrankten dar. Dies kann dazu führen, dass sich eine Distanz zwischen der Pflegekraft und des zu Betreuenden aufbaut. Sobald das Umfeld mit Unverständnis reagiert, werden diese negativen Verhaltensweisen nur verstärkt. Aufgabe der Pflege ist es hierbei, den Kommunikationsversuch des Pflegebedürftigen zu erkennen, beziehungsweise zu deuten, nicht ihn ersticken zu wollen.

## 1.2) ZIELSETZUNG DER ARBEIT

-Cäcilie Sponholz-

Das Ziel dieser Arbeit ist es, zu klären was genau herausforderndes Verhalten ist und für diese Bezeichnung eine Definition im Rahmen dieser Arbeit festzulegen. Weiterhin ist zu erläutern welche Verhaltensweisen dazu zählen, wo dieses Verhalten beginnt und worin die Problematik mit dem Umgang bei Menschen mit diesen Verhaltensweisen liegt.

Ein weiteres Ziel besteht darin, in den Ausbildungseinrichtungen der Autoren den derzeitigen Dokumentations-IST-Zustandes bezüglich des herausfordernden Verhaltens zu ermitteln. Dabei soll erfasst werden, ob das herausfordernde Verhalten dokumentiert wird, wenn ja, wird es als dieses erkannt und werden Interventionen eingeleitet und durchgeführt. Daraus resultierende Schlussfolgerungen und Ergebnisse sollen ausgewertet und gegebenenfalls mit anderen Erhebungsmöglichkeiten verglichen werden, sodass eine abschließende Aussage bezüglich des IST- Zustandes getroffen werden kann. Mittels dieser Aussage ist es möglich und ein weiteres Ziel, den derzeitigen Dokumentationszustand zu bewerten und gegebenenfalls Handlungsempfehlungen für beide Einrichtungen auszusprechen.

Das finale Anliegen der Arbeit besteht darin, auf die Problematik bezüglich des Umgangs und der Kommunikation mit Bewohnern mit herausforderndem Verhalten in der stationären Altenpflege aufmerksam zu machen und eine beispielhafte Darstellung anhand der Erhebung zu präsentieren, um auf die

wachsende Herausforderung in der Pflege dieses Personenkreises zu sensibilisieren.

### 1.3) METHODISCHES VORGEHEN

-Cäcilie Sponholz-

Begonnen hat die Bearbeitung des Themas mit einer Literaturrecherche. Dazu wurden die Datenbanken der Hochschulbibliothek und des Servers Google genutzt. Bedauerlicherweise ist es nicht mehr rückwirkend nachvollziehbar, welche Trefferquoten die jeweiligen Suchbegriffe erzielten. Hier eine kleine Auswahl der verwendeten Suchbegriffe: „Demenz“, „geriatrische Krankheiten“, „Assessmentinstrumente Demenz“, „Umgang mit Demenz“, „herausforderndes Verhalten“, etc. .

Die Literaturrecherche beanspruchte etwa zwei Wochen der Bearbeitungszeit. Das daraus resultierende Wissen konkretisierte die Arbeit und somit die nächsten Handlungsschritte. Die Entscheidung fiel auf die quantitative Sozialforschung als Methode- um es zu präzisieren eine Datenanalyse des IST-Zustandes in den Häusern A und B, welche zu späterem Zeitpunkt vorgestellt werden. Es folgte die Entwicklung eines Dokumentenanalysebogens zur Erfassung des herausfordernden Verhaltens bei Bewohnern mit einer diagnostizierten Demenz. Die Entwicklung bedurfte etwa eine halbe Woche Bearbeitungszeit. Anfang der dritten Bearbeitungswoche wurde ein Pretest in der Einrichtung A durchgeführt. Aufgrund daraus resultierender Ergebnisse erfolgte eine Überarbeitung des Dokumentenanalysebogens. Mitte der dritten Woche kam der Dokumentenanalysebogen durch die Autoren in den jeweiligen Einrichtungen zum Einsatz. Der Dokumentenanalysebogen wurde mit dem Tabellenkalkulationsprogramm Microsoft Excel erstellt und ausgewertet. Die Auswertung der Daten fand in der fünften Bearbeitungswoche statt und benötigte sechs Tage. Direkt nach der Erhebung wurde bei ausgewählten Bewohnern der Assessmentbogen ‚Cohen Mansfield Skala‘ an die Bezugspflegerischen Pflegefachkräfte, nach einer kurzen Einweisung in das Instrument, gereicht, um die Bewohner einzuschätzen. Daraus resultierend

konnten nun die Erhebung des IST- Zustandes anhand der Pflegedokumentation mit der Erhebung der Cohen Mansfield Skala verglichen werden. Die Ergebnisse sind in dieser Arbeit zusammengefasst.<sup>8</sup>

Der theoretische Teil dieser Arbeit beruht auf literaturgestützten Ausarbeitungen und Aussagen, welche dem Leser das Thema im theoretischen Ansatz näher bringen und ihn an das Thema heranführen sollen, sodass es ihm möglich ist alle Zusammenhänge zu verstehen. Wobei der praktische Teil hauptsächlich aus dem wissenschaftlich fundierten Dokumentenanalysebogen und dessen Auswertung sowie daraus resultierende Empfehlungen besteht, welchen den Hauptgedanken der Arbeit trägt.

---

<sup>8</sup> Siehe Anhang 1 'Meilensteinplanung'

## 2.) THEORETISCHER TEIL

-Diana Schülke-

Um einen Zusammenhang rund um das eigentliche Thema darzustellen, müssen erst einige wichtige Begrifflichkeiten genauer erklärt werden. Im Folgenden Teil der Arbeit soll als erstes das Krankheitsbild der Demenz mit seinen verschiedenen Facetten und Symptomen näher erläutert werden. Im Anschluss daran wird die Besonderheit „Herausforderndes Verhalten“ bei Menschen mit Demenz geklärt. Hierbei wird speziell auf die unterschiedlichen Begriffsklärungen, die Symptome, die Erklärungsansätze und die daraus resultierenden Kategorien eingegangen. Desweiteren werden sich die Autoren mit den Verhaltensweisen der Pflegekräfte auf dieses Verhalten beschäftigen. In dieser Arbeit soll diesem Thema auf den Grund gegangen werden, indem durch einen eigens erstellten Dokumentenanalysebogen das herausfordernde Verhalten sichtbar gemacht, sprich dokumentiert wurde und dementsprechend auch Maßnahmen im Umgang und Kommunikation getroffen wurden. Durch den Dokumentenanalysebogen soll der Bogen zu dem Pflegeprozess geschlagen werden, da eine ausführliche Dokumentation nur dann richtig und stimmig ist, wenn sie auf allen Ebenen des Pflegeprozesses durchgeführt wird. In diesem Zusammenhang wird das ‚Need driven dementia compromised behaviour model‘ (NDB- Modell) zu Deutsch, das bedürfnisorientierte Verhaltensmodell bei Demenz, erläutert. Darauf aufbauend entstanden dann Rahmenempfehlungen in Bezug auf herausforderndes Verhalten. Diese sollen eine Hilfestellung bei Erklärungsversuchen für dieses Verhalten sein<sup>9</sup>. Die Rahmenempfehlungen verweisen auf einige Assessmentinstrumente, welche im Kontext mit herausforderndem Verhalten angewandt werden können. Die Autoren haben sich für drei dieser Instrumente entschieden, welche sie für sinnvoll und passend empfinden. Das PEA Assessment des MDK, die Cohen Mansfield Skala und das BEHAVE AD Modell werden demzufolge nach verschiedenen Kriterien näher erläutert.

---

## 2.1) DEMENZ

-Diana Schülke-

Die meisten Menschen sind bereits in ihrem näheren Umfeld mit dem Krankheitsbild der Demenz bewusst oder unbewusst in Berührung gekommen. Anfängliche Demenz ist für viele Menschen schwer erkennbar, da die betroffenen erkrankten Personen diese gut verbergen können. Jedoch in späteren Stadien ist dies nicht mehr möglich. Die Reaktionen der nicht Erkrankten sind sehr unterschiedlich. Diese können von Unsicherheit bis zu Distanzierung führen. Die Meisten wissen einfach nicht, wie sie mit den Betroffenen umgehen sollen, denn gerade in einer so zivilisierten Gesellschaft, wie es die der Deutschen ist, ist es mit das Schlimmste seinen Intellekt beziehungsweise seinen Verstand zu verlieren.

### 2.1.1) BEGRIFFSKLÄRUNG DEMENZ

-Diana Schülke-

Pflege laut dem International Council of Nursing „umfasst die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung, allein oder in Kooperation mit anderen Berufsangehörigen, von Menschen aller Altersgruppen (...) Pflege schließt die Förderung der Gesundheit, Verhütung von Krankheiten und die Versorgung und Betreuung kranker, behinderter und sterbender Menschen ein. Weitere Schlüsselaufgaben der Pflege sind Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse (Advocacy), Förderung einer sicheren Umgebung,...“<sup>10</sup> Dementiell erkrankte Personen benötigen gerade die Wahrnehmung ihrer Bedürfnisse und Interessen und die Förderung einer sicheren Umgebung, denn sie sind auf diese Hilfestellungen angewiesen, erst recht wenn sie pflegebedürftig werden.

Der Begriff der Demenz stammt aus dem Lateinischen ‚Dementia‘ und bedeutet geistlos oder von Sinnen, sprich der Verlust intellektueller Fähigkeiten<sup>11</sup>. Die

---

<sup>10</sup> O.V. ICN (2010)

<sup>11</sup> Claus, Susanne (2002), Seite 5

ICD, die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) teilt ihre Diagnosen in verschiedenen Kapitel und das Krankheitsbild der Demenz fällt in das V. Kapitel der organischen, einschließlich psychischer Störungen(F00- F09). Sie wird demzufolge durch die ICD als *„(F00-F03) ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Die kognitiven Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet, gelegentlich treten diese auch eher auf“*<sup>12</sup> definiert. Es gibt verschiedene Formen der Demenz, welche auch unterschiedliche Symptome aufweisen.

### 2.1.2) SYMPTOME

-Diana Schülke-

Bei der Demenz spricht man nicht von einem einheitlichen Krankheitsbild, sondern eher von einem klinischen Syndrom, was bedeutet, dass eine Reihe von Symptomen auf eine chronische Hirnschädigung hinweisen. Demzufolge gestaltet sich die Symptomatik und der Verlauf sehr unterschiedlich und desweiteren kann sie sich auch im stetigen Verlauf und tageszeitenabhängig ändern <sup>13</sup> . Bei den Symptomen kann es sich beispielsweise um Gedächtnisstörungen handeln, welche oftmals mit depressiven Verstimmungen einhergehen. Weiterhin kommt es zur Reizüberflutung, wobei zu viele Reize und Informationen von außen den Betroffenen verwirren. Es kann auch zum ‚Heimweh‘ kommen, was bedeutet, dass die erkrankten Personen fragen, wann es nach Hause geht, obwohl sie bereits dort sind beziehungsweise, dass sie

---

<sup>12</sup> O.V. WHO, DIMDI (2013)

<sup>13</sup> Vgl. Haberstroh, Julia et. al. (2011), Seite 3/4

nach nahestehenden Personen fragen, die bereits verstorben sind. Demenziell Erkrankte haben Gefühle und bringen diese auch verstärkt zum Ausdruck. Desweiteren sind sie sehr gut in der Lage sich in die Gefühlswelt anderer hinein zu versetzen und demzufolge Mitgefühl zum Ausdruck zu bringen, denn dies ist eine Eigenschaft, welche bereits in den ersten Lebenswochen gelernt wird<sup>14</sup>. Demenziell Erkrankte sind nicht nur gefühlvoll, sondern wirken demzufolge auch natürlich und authentisch. Sie sind reich an Erfahrungen und Erinnerungen, sodass es den Mitmenschen oft so vorkommt, als würden sie eine Reise in die Vergangenheit mit ihnen unternehmen<sup>15</sup>. Oft ist die Sehnsucht sehr ausgeprägt. Demenziell Erkrankte sehnen sich nach zuhause oder nach dem verstorbenen Ehepartner, nehmen dies auch wahr, können die Gefühle nur leider nicht mehr verstehen oder sie angemessen ausdrücken. Ein weiteres Symptom ist der Verlust der Selbstständigkeit, denn durch die zunehmende Gedächtnisstörung benötigen die Betroffenen Hilfe. Diese kann bereits beim morgendlichen Wasch- und Anziehritual benötigt werden, da die eigentlich logischen Schritte nicht mehr richtig koordiniert werden können<sup>16</sup>. Ein weiteres gravierendes Symptom sind die zunehmenden Kommunikationsschwierigkeiten. Sie verlieren nach und nach die Fähigkeit mit der Außenwelt zu kommunizieren. *„Kommunikation, das heißt der Austausch von Gedanken, Gefühlen, Wünschen und Vorstellungen, ist für Menschen ein grundlegendes Bedürfnis und von fundamentaler Bedeutung.“*<sup>17</sup> Dies führt oftmals zum sozialen Rückzug, zur Isolation oder zu Wut und Aggressionen, da es die Betroffenen frustriert. Andere nicht- kognitive Symptome können sich in Wahrnehmungsstörungen, sprich Halluzinationen oder Wahnvorstellungen, zeigen. Desweiteren kann sich auch die Persönlichkeit stark verändern. Dies reicht von Apathie und Gleichgültigkeit, über Reizbarkeit bis hin zu Agitation und Aggressionen.<sup>18</sup> Diese Symptome und einige weitere können mit der demenziellen Erkrankung einhergehen, aber wie bereits erwähnt treten die Symptome individuell auf.

---

<sup>14</sup> Vgl. Schwarz, Günther (2012) Seite 6

<sup>15</sup> Vgl. Schwarz, Günther (2012) Seite 2

<sup>16</sup> Vgl. Haberstroh, Julia et. al. (2011) Seite 10

<sup>17</sup> Haberstroh, Julia et. al. (2011) Seite 11

<sup>18</sup> Vgl. Haberstroh, Julia et. al. (2011) Seite 4

### 2.1.3) EINTEILUNG DER DEMENZEN NACH DER URSACHE

-Diana Schülke-

Das Krankheitsbild wird nach der Ursache in primäre und sekundäre Demenzen eingeteilt. Bei der primären Form ist die demenzielle Erkrankung die Grunderkrankung und nach dem Stand der heutigen Forschung nicht heilbar, sprich irreversibel. Im Unterschied dazu steht die sekundäre Form, wobei die Demenz als Folgeerkrankung auftritt. Dies kann über 50 verschiedene Grunderkrankungen als Vorreiter haben. Wenn der Verdacht auf eine demenzielle Folgeerkrankung aufkommt und die Erkrankung dementsprechend behandelt wird, sind die sekundären Demenzen gut behandelbar und zum Teil auch heilbar.

#### 2.1.3.1) Primäre Demenzen

-Diana Schülke-

Bei den primären Demenzen gibt es zwei Formen die gehäuft auftreten. Die meisten Betroffenen, etwa 60-70 % aller Demenzerkrankten, leiden unter der Alzheimer Demenz, welche einer noch ungeklärte Ursache zugrunde liegt<sup>19</sup>. Es ist aber bekannt, dass zahlreiche Veränderungen im Gehirn vorherrschen, die mit der Alzheimer Krankheit einhergehen. Dies ist beispielsweise der massive Abbau der Gehirnmasse, wobei die Nervenzellen im Hippocampus, einem Hirnareal welches für das Einprägen von Gedächtnisinhalten bedeutend ist, und ihre Verbindungen absterben und es sind Eiweißablagerungen festzustellen. Desweiteren sind bei der Alzheimer Krankheit Hirnbereiche des Schläfen- und Scheitellappens betroffen.<sup>20</sup> Dies führt zu einer nachlassenden Gedächtnisleistung, welche besonders das Kurzzeitgedächtnis betrifft und im weiteren Verlauf auch zu anderen Funktionseinschränkungen, wie die Fähigkeit der Orientierung und der Sprache führt. Die Beeinträchtigung der Sprache reicht von Wortfindungsstörungen im frühen Stadium bis hin zum Verlust der

---

<sup>19</sup> Vgl. Schwarz, Günther (2012) Seite 2

<sup>20</sup> Vgl. Schwarz, Günther (2012) Seite 3

verbalen Ausdrucksweise<sup>21</sup>. In diesem Zusammenhang werden die nonverbalen Verständigungsmöglichkeiten besonders wichtig für die Betroffenen, wie die Mimik und Gestik<sup>22</sup>. Die Orientierungsschwierigkeiten zeigen sich anfangs zeitlich und in fremder Umgebung und später dann auch in gewohnter Umgebung und der Orientierung zur Situation und zur eigenen Person<sup>23</sup>. Dieses Krankheitsbild tritt meist im Alter auf und die Symptome werden stetig ausgeprägter. Im späten Stadium sind die Betroffenen auf Hilfe angewiesen, denn dann leiden auch körperliche Funktionen<sup>24</sup>, wie beispielsweise die unkontrollierte Ausscheidung. Die zweithäufigste primäre Form ist die vaskuläre, die gefäßbedingte, Demenz, welche bei 10- 20% der Demenzerkrankten auftritt. Hierbei liegt die Ursache in der Arteriosklerose, einer Erkrankung bei der sich die Arterien krankhaft verändern mit Verhärtung, Verdickung, Elastizitätsverlust und Lichtungseinengung. Umgangssprachlich wird sie auch als Arterienverkalkung bezeichnet<sup>25</sup>. Diese führen in den kleinen Gehirnarterien zu Durchblutungsstörungen, wobei die betroffenen Nervenzellen absterben. Im Gegensatz zu der Alzheimer Demenz verläuft die vaskuläre Demenz stufenförmig ab, das heißt, dass kleinere oder größere Hirninfarkte zur Symptomverschlechterung führen. Diese Symptome hängen davon ab, welches Hirnareal betroffen ist<sup>26</sup>. An sich können alle Symptome einer Demenz auftreten, wie beispielsweise Gedächtnisverlust, Orientierungsstörungen und Persönlichkeitsveränderungen. Durch ihre vaskuläre Pathogenese treten auch andere typische neurologische Ausfälle auf, wie Störung des Affektes, des Antriebs, der Konzentration, der Vigilanz<sup>27</sup> und der Auffassung.

Die vaskuläre Form ist von der Alzheimer Demenz klinisch schwer zu unterscheiden. Die beiden häufigsten Formen können auch als Mischform auftreten, welche dann „gemischte Demenz“ genannt wird. Es gibt noch andere

---

<sup>21</sup> Vgl. Haberstroh, Julia; Pantel, Johannes (2011) Seite 20/21

<sup>22</sup> Vgl. Schwarz, Günther (2012) Seite 8

<sup>23</sup> Vgl. Haberstroh, Julia; Pantel, Johannes (2011) Seite 20/21

<sup>24</sup> Vgl. Wan-chung, Chen (2012) Seite 9

<sup>25</sup> Vgl. Dornblüth, Otto (2002) Seite 126

<sup>26</sup> Vgl. Haberstroh, Julia; Pantel, Johannes (2011) Seite 25

<sup>27</sup> Online: DocCheckFlexikon: Vigilanz bezeichnet die Wachheit bzw. Daueraufmerksamkeit eines Patienten.

primäre Demenzformen, welche bedeutend seltener auftreten, wie beispielsweise die Lewy- Körperchen- Demenz, die Frontotemporale Demenz oder die Demenz bei der Creutzfeld- Jakob- Erkrankung<sup>28</sup>.

#### 2.1.3.2) Sekundäre Demenzen

-Diana Schülke-

Die restlichen 5-10% der Demenzerkrankten fallen in die Kategorie der sekundären Demenzen. Diese weisen demenzielle Symptome aufgrund einer Vorerkrankung auf. Hierbei spielt beispielsweise die Medikamenten- und Drogenabhängigkeit eine bedeutende Rolle. *„Bei bis zu 20% aller demenziellen Syndrome liegt ein Substanzmissbrauch oder eine Medikamentennebenwirkung zugrunde.“*<sup>29</sup> Diese Substanzen, wie beispielsweise auch der Alkohol können nachweislich zur Verminderung kognitiver Fähigkeiten, Verwirrheitszustände, Angstsyndromen, Depressionen und auch zu einer Demenz führen. Der Alkohol führt beispielsweise bei chronischem Verzehr zur Hirnatrophie. Ein weiteres Beispiel für sekundäre Demenzen ist die demenzinduzierte Depression. Bei einer ausgeprägten Depression beobachtet man nachlassendes Interesse, mentale Verlangsamung und zum Teil auch motorische Retardierung, sprich die verzögerte psychische und physische Entwicklung. Es kommt zur Verschlechterung des Neugedächtnisses. Es sind im Gegensatz zum Demenzsyndrom keine herausragenden morphologischen, biochemischen oder neuropsychologischen Veränderungen erkennbar. Es ist jedoch schwer diagnostisch zu unterscheiden zwischen einer demenzinduzierten Depression und des zufälligen Auftretens von depressiven Verstimmungen bei Demenzerkrankten<sup>30</sup>.

Für die Betroffenen selbst ist die Demenz gerade im Anfangsstadium sehr schwer zu bewältigen und so gehen die Erkrankten auch unterschiedlich damit

---

<sup>28</sup> Vgl. Haberstroh, Julia et.al. (2011) Seite 3

<sup>29</sup> Förstl, Hans (2001) Seite 169

<sup>30</sup> Vgl. Förstl, Hans (2001) Seite 191/192

um, wobei das frühere Leben eine große Rolle spielt. Demenziell Erkrankte beschreiben ihren Bewusstseinszustand als verschwommen, wie die Situation beim Erwachen. Ist man schon in der Realität oder noch in seiner eigenen Traumwelt? Demzufolge sind die Betroffenen sehr unsicher.<sup>31</sup>

Viele Menschen die eine demenzielle Erkrankung haben, werden pflegebedürftig und ihre Angehörigen können sie nicht mehr allein versorgen. Dies ist einer der Gründe warum viele Betroffene in die Obhut von pflegerischen Einrichtungen übergeben werden, denn dort wird bestmöglich versucht dem Krankheitsbild mit seinen verschiedenen Facetten gerecht zu werden.

---

<sup>31</sup> Vgl. Haberstroh, Julia; Pantel, Johannes (2011) Seite 16/17

## 2.2) HERAUSFORDERNDES VERHALTEN BEI DEMENZ

-Diana Schülke-

Im Vorfeld zu dieser Arbeit wurde ein Brainstorming ohne Literaturrecherche für den Begriff des herausfordernden Verhaltens durchgeführt und die Autoren kamen zu zwei verschiedenen Ansichtsweisen. Dieses spezielle Verhalten kann von zwei Seiten aus betrachtet werden. Einmal von dem Betroffenen selbst und andererseits von der Pflegekraft. Der demenziell Erkrankte sieht es für sich als besonders große Herausforderung an, mit seiner Umwelt zu kommunizieren, sich auszudrücken, denn er denkt, dass die Umwelt seine Gefühlswelt nicht versteht. Diese Unfähigkeit zur ‚normalen‘ Kommunikation führt zu unkontrollierten, nicht selbst reflektierenden Verhalten. Unter dem Begriff ‚herausforderndes Verhalten‘ stellen sich die Autoren jegliche Verhaltensweisen vor, welche über die ‚normalen‘ Symptome einer Demenzerkrankung hinaus, auftreten. Es besteht daraus resultierend eine Herausforderung für die Pflegekraft dieses Verhalten zu kompensieren, weil nicht gewiss ist, wie sich die betroffene Person in bestimmten Situationen verhält. Sobald der demenziell Erkrankte mit einem Verhalten reagiert, welches als nicht angemessen erscheint, ist die Pflegeperson herausgefordert, einfühlsam und dementsprechend zu agieren. Im Pflegealltag beobachteten die Autoren Weglauftendenz, verbale und körperliche Aggressionen, sexuelle Annäherungen, Aufmerksamkeitsdefizite, Darm- und Blasenentleerung an dafür nicht vorgesehenen Orten, Isolation und Rückzug als auffällige Ereignisse, welche sie unter herausfordernden Verhaltensweisen verstehen würden.

Verhaltensweisen, welche für demenziell erkrankte Menschen typisch sind, werden in der internationalen medizinischen und psychologischen Literatur mit BPSD, den Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia, oder zu Deutsch, den verhaltensbezogenen und psychologischen Symptomen der Demenz, erklärt. Diese Bezeichnung geht vor allem auf Symptome, wie die gestörte Wahrnehmung, die Stimmungen, verwirrende Gedanken und gestörte Verhaltensweisen, ein. Speziell werden hierbei die psychischen Symptome von den Angehörigen wahrgenommen. Diese sind unter anderen Halluzinationen,

Angstzustände oder depressive Verstimmungen. Hingegen werden von den Pflegenden eher körperliche und verbale Aggressionen und zielloses Herumlaufen beobachtet.<sup>32</sup> Viele Autoren nehmen das BPSD als Grundlage für die Beschreibung von herausfordernden Verhalten.

## 2.2.1) BEGRIFFSKLÄRUNG HERAUSFORDERNDES VERHALTEN

-Diana Schülke-

Nach einer ausführlichen Literaturrecherche kann die Aussage getroffen werden, dass es keine einheitliche Begriffsdefinition für diese besonderen Verhaltensweisen gibt. Vielmehr sind in der vielfältigen Pflegeliteratur verschiedene Umschreibungen für den Begriff zu finden. Roper spricht von ‚unangepassten Verhaltensweisen‘ oder in Pflege HEUTE ist die Rede von ‚Verhaltensstörungen‘. Desweiteren tauchen Begrifflichkeiten wie ‚Verhaltensauffälligkeiten‘ oder ‚Verstörtheit‘ in der Literatur auf.<sup>33</sup> Alle diese Begriffe umschreiben spezielle Verhaltensweisen bei Menschen, die einer gewissen Herausforderung bedürfen. Der eigentliche Begriff des herausfordernden Verhaltens stammt aus dem Bereich der Lernbehinderung<sup>34</sup>, wobei hier auch von ‚Menschen mit festgefahrenen Verhaltensweisen‘ gesprochen wird. Mit den Worten festgefahren, beziehungsweise herausfordernd, wird die Gesamtheit der Problematik beschrieben<sup>35</sup> und außerdem geht die Bezeichnungen nicht in eine negative Richtung wie es beispielsweise der Begriff der ‚Störung‘ signalisiert. Zur wissenschaftlichen Betrachtungsweise ist eine einheitliche Begriffsdefinition von Nöten. Hierbei sollten die herausfordernden Verhaltensweisen genau beobachtet und beschrieben werden. Jedoch stellt sich im gleichen Zusammenhang die Frage nach der Operationalisierung<sup>36</sup>: *„Bedeutet dieselben Phänomene dasselbe?“*

---

<sup>32</sup> Vgl. Höwler, Elisabeth (2011) Seite 14

<sup>33</sup> Vgl. Höwler, Elisabeth (2008) Seite 17

<sup>34</sup> Vgl. Höwler, Elisabeth (2008) Seite 18

<sup>35</sup> Vgl. Heijkoop, Jaques (2011) Seite 16

<sup>36</sup> Konkretisierung theoretischer Begriffe und Hypothesen durch Angabe beobachtbarer und messbarer Ereignisse (Duden)

*Rufen dieselben Ereignisse dasselbe hervor?*<sup>37</sup>“ Kann, beziehungsweise sollte der Begriff so standardisiert werden, dass alle Verhaltensweisen und der dementsprechende Umgang somit nicht mehr individuell sind? Durch die verschiedenen Begriffe gibt es wenig Einheitlichkeit, demzufolge auch unklare Abgrenzungen. Desweiteren können auch keine aussagekräftigen Statistiken über Erhebungen entwickelt werden. Eine Vereinheitlichung würde es der Forschung erlauben, aussagekräftige Erhebungen durchzuführen. Hierbei sollten die Symptome klar definiert werden, jedoch der Umgang mit ihnen individuell gestaltet werden.

Ian James erklärt herausforderndes Verhalten als ein Bedürfnis, welches von einer Überzeugung ausgelöst wird, beziehungsweise auf eine Belastung zurückgeführt werden kann. Cohen Mansfield hingegen, beschreibt herausforderndes Verhalten als Versuch, seine Bedürfnisse mitzuteilen, welche im Augenblick nicht befriedigt sind, welche befriedigt werden wollen/ sollen oder als ein Zeichen der Frustration. Bei all diesen Versuchen probiert der Erkrankte sein Wohlbefinden zu verbessern oder zu erhalten.<sup>38</sup> In den Rahmenempfehlungen des BMG wird das Verhalten als herausfordernd angesehen, welches auffällig ist und nicht der Normalität entspricht. Hierbei wird die Umgebung herausgefordert und stellt somit eine besondere Anforderung an die Pflegekräfte, die Angehörigen, andere Bewohner und Bewohnerinnen dar, sprich alle die, die sich von dem besonderen Verhalten des demenziell Erkrankten herausgefordert fühlen<sup>39</sup>.

Verhaltensstörungen entstehen bei der Interaktion zwischen den Menschen und den jeweiligen Normen der Gesellschaft. Das herausfordernde Verhalten resultiert aus der Unfähigkeit der Erkrankten zur ‚normalen‘ Kommunikation mit der Außenwelt. *„Die Einschränkungen in der Kommunikation über Probleme und Bedürfnisse führen dazu, dass die Betroffenen nur durch Veränderungen*

---

<sup>37</sup> Dibelius, Olivia; Maier, Wolfgang (2011) Seite 35

<sup>38</sup> Vgl. James, Ian (2012) Seite 24

<sup>39</sup> Vgl. Bartholomeyczik, Sabine et. al. (2006), Seite 15

*im Verhalten auf sich aufmerksam machen können.“* <sup>40</sup> Um diese Kommunikationseinschränkungen richtig deuten zu können, müssen die Pflegekräfte über eine gute Beobachtungs- und Interpretationskraft verfügen und die Biographie des demenziell Erkrankten kennen. Diese spielt eine wichtige Rolle. Die Verhaltensauffälligkeiten sollten verstanden und wahrgenommen und nicht versucht werden sie zu vermeiden. Wenn andere nicht zu Schaden kommen, beziehungsweise es dem Erkrankten dabei gut geht, ihm ein Stück Lebensqualität gibt, sollten herausfordernde Verhaltensweisen toleriert werden<sup>41</sup>. Sobald die Verhaltensweisen unterdrückt werden, erfahren die Betroffenen eine Einschränkung in ihrer Selbstbestimmung und demzufolge in ihrer Freiheit. Dies kann sich in Wut, Aggression, Angst und Enttäuschung widerspiegeln. Gerade in pflegerischen Einrichtungen kommt es meist durch die Organisationsstrukturen und Routinen zu solchen Einschränkungen der Betroffenen in ihrer Selbstbestimmung<sup>42</sup>. Diesbezüglich sollten sich die Pflegekräfte im Klaren sein und den dementen Bewohnern so viel wie möglich Handlungsspielraum lassen.

## 2.2.2) URSACHE DES HERAUSFORDERNDEN VERHALTEN

-Diana Schülke-

Um das herausfordernde Verhalten erklären zu können, muss auf die Ursachen geschaut werden. Hierbei gibt es extrinsische und intrinsische Faktoren. Zu den intrinsischen Faktoren gehören die sogenannten Hintergrundfaktoren. Dies sind die inneren Faktoren und durch ihre Beschreibung können Risiken erkannt werden. Hierzu zählen die Psychosozialen Variablen, wie beispielsweise die Persönlichkeit des Erkrankten, der neurologische Status (die motorischen und sensorischen Fähigkeiten) und die Gedächtnisleistung. Als weitere Variable wird der Gesundheitsstatus/ demographischer Status genannt. Hierzu zählen

---

<sup>40</sup> Halek, Margareta; Bartholomeyczik, Sabine (2006) Seite 30

<sup>41</sup> Vgl. Schwarz, Günther (2012) Seite 12

<sup>42</sup> Vgl. Bartholomeyczik, Sabine et. al. (2006), Seite 14

zum Beispiel der Allgemeinzustand und die Schulbildung. Diese intrinsischen Faktoren sind nicht durch Interventionen beeinflussbar.

Im Gegensatz dazu stehen die extrinsischen Faktoren, auch proximale oder nahe Faktoren genannt. Hierzu gehören die physiologischen Faktoren, wie Hunger und Durst, aber auch der Schmerz und das Unwohlsein zählen hinzu. Desweiteren spielen die psychosozialen Bedürfnisse eine Rolle, welche beispielsweise die Emotionen wie Angst, Unsicherheit und Langeweile beinhalten. Ein weiterer extrinsischer Faktor ist die physikalische Umgebung. Hierzu zählen Reize wie Licht und Geräusche. Ein letzter von außen auf die Erkrankten einwirkender Faktor ist die soziale Umgebung, wie die Stabilität des Personal und die Umgebungsatmosphäre. All diese proximalen Faktoren, welche herausforderndes Verhalten auslösen können, sind durch Interventionen beeinflussbar.<sup>43</sup>

### 2.2.3) KATEGORIEN DES HERAUSFORDERNDEN VERHALTEN

-Diana Schülke-

Es muss sich immer bewusst gemacht werden, dass herausforderndes Verhalten einen Versuch des demenziell Erkrankten darstellt, sich mitzuteilen und aus der jeweiligen Situation Sinn zu machen. Das herausfordernde Verhalten kann in verschiedene Kategorien eingeteilt werden. Die Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten unterscheiden zwei Hauptkategorien, die Agitation und das passive Verhalten<sup>44</sup>. Wenn Bewohner versuchen, sich zu schützen und Gefühlen wie Angst und Verzweiflung Herr zu werden, können Verhaltensweisen wie Apathie und sozialem Rückzug daraus resultieren. Dies wird auch als passives Verhalten verstanden. Dieses Verhalten wird durch das jeweilige Umfeld meist nicht als

---

<sup>43</sup> Vgl. Bartholomeyczik, Sabine et. al. (2006) Seite 16

<sup>44</sup> Vgl. Bartholomeyczik, Sabine et. al. (2006) Seite 22

Belastung empfunden<sup>45</sup>, jedoch besteht hierbei die Gefahr der Isolation, der Depressionen und der sozialen Abgrenzung.

Die andere Hauptkategorie, die Agitation, lässt sich in weitere 4 Untergruppen teilen. „*Agitiertes Verhalten wird verstanden als eine unangemessene verbale, vokale oder motorische Aktivität, die sich dem Beobachter nicht direkt durch die Bedürfnisse oder die Verwirrung der agitierenden Person erklärt.*“<sup>46</sup> Agitation kann als Synonym, laut Cohen Mansfield für BPSD genutzt werden, denn es stellt eine Kategorie von verbalen oder physischen Verhaltenssymptomen dessen dar<sup>47</sup>. Agitiertheit wird als Kommunikationsform wahrgenommen, wenn die betroffene Person die Kontrolle verliert, denn sie möchten auf Ihre Umwelt beeinflussend wirken<sup>48</sup>. Zu den vier Subkategorien zählen aggressives körperliches Verhalten, aggressives verbales Verhalten, nicht aggressives körperliches Verhalten und nicht aggressives verbales Verhalten. Körperlich aggressives Verhalten beinhaltet Schlagen, Kratzen, Beißen, Treten, selbstschädigende Handlungen und das Werfen von Gegenständen. Solche Verhaltensweisen wie Schreien, Fluchen und das Gereizt sein zählen zum verbalen aggressiven Verhalten. Zu der dritten Kategorie, dem körperlich nicht aggressiven Verhalten, zählen körperliche Anzüglichkeiten, das Horten und Verstecken von Dingen, die Zerstörung von eigenen und fremden Gegenständen, absichtliches Fallenlassen, grundloses An- und Entkleiden, zielloses Umherwandern und Akathisie<sup>49</sup>. Zur letzten Unterkategorie, dem verbalen nicht aggressiven Verhalten, gehören das Einfordern von Aufmerksamkeit, Jammern, Klagen, verbale Rechthaberei, Reklamieren, ständiges Rufen oder Nachfragen, verbale sexuelle Anzüglichkeiten, Negativismen<sup>50</sup> und repetitive (wiederholende) Lautbildungen.<sup>51</sup> Diese

---

<sup>45</sup> Vgl. Schwarz, Günther (2012) Seite 12

<sup>46</sup> Höwler, Elisabeth (2012) Seite 15/16

<sup>47</sup> Vgl. Höwler, Elisabeth (2011) Seite 15

<sup>48</sup> Vgl. Höwler, Elisabeth (2011) Seite 17

<sup>49</sup> DocCheckFlexikon: Als Akathisie bezeichnet man den Zustand krankhafter Bewegungsunruhe; dem Bewegungsdrang wird nur kurz durch das zwanghafte Ausführen von Bewegungen Linderung verschafft

<sup>50</sup> DocCheckFlexikon: Negativismus: Betroffene handeln entgegengesetzt zum von ihnen Verlangten bzw. Erwarteten oder verweigern die Handlung komplett.

verschiedenen Unterkategorien müssen sich nicht gegenseitig ausschließen. Agitierende Verhaltensweisen sind von Aggressionen beziehungsweise der Bereitschaft dazu abzugrenzen. Aggressives Verhalten steht für die zu beobachtbaren Verhaltensweisen, während Aggressivität ein Merkmal der Persönlichkeit darstellt. Aggression wird vielfach in der Literatur als Synonym für herausforderndes Verhalten genutzt, wobei eigentlich die aggressiven Verhaltensweisen synonym dafür verwendet werden sollten. Diese haben immer Ursachen, welche in der Persönlichkeit, der Interaktion mit Anderen und in der Umgebung zu finden sind. Zu einer menschlichen Bewältigungsstrategie gehört ein gesundes Maß an Aggressionspotential dazu, denn es trägt zur Erhaltung des Selbstwertgefühls und zum seelischen Gleichgewicht bei. Die Aggression darf nicht immer nur mit negativen Handlungsweisen einhergehen, denn sie ist auch ein physiologischer, positiver Persönlichkeitsaspekt, wie beispielsweise die Durchsetzungskraft. Desweiteren kann auch die verbale Agitiertheit ein positives Resultat sein, indem eine gesteigerte soziale Interaktion feststellbar ist.

#### 2.2.4) UMGANG MIT DEMENZIELL ERKRANKTEN UND HERAUSFORDERNDEN SITUATIONEN

-Diana Schülke-

Viele Demenzerkrankte zeigen in ihrem Krankheitsverlauf Verhaltensweisen, welche als belastend, fremd- oder selbstgefährdend, agitiert, aggressiv oder allgemein gesagt, nicht der Normalität entsprechen. Es gibt in der Literatur einige Konzepte, welche sich speziell mit dem Umgang mit demenziell Erkrankten beschäftigen. Fraglich ist nun, ob diese Konzepte auch den Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen begünstigen.

---

<sup>51</sup> Vgl. Höwler, Elisabeth (2011) Seite 16

## Validation

Naomi Feil entwickelte zwischen 1963 und 1980 das Konzept der Validation. Es sollte ursprünglich für alte Menschen mit kognitiven Einschränkungen genutzt werden. Es stellte sich heraus, dass dieses Konzept passend für den Umgang mit Demenzerkrankten ist.<sup>52</sup> Validation bedeutet ‚unbedingte Wertschätzung‘ und ist eine Technik zum Umgang mit Demenzkranken, indem das Normalitätsprinzip angewandt wird. Die Autonomie und das Wohlbefinden des Erkrankten stehen im Mittelpunkt.<sup>53</sup> Laut Naomi Feil ist die Validation *„eine Entwicklungstheorie für sehr alte, nicht orientierte Menschen, eine Methode ihr Verhalten einzuordnen, eine spezialisierte Technik, die diesen Menschen hilft, durch individuelle Validation und Validations- Gruppen ihre Würde wiederzufinden.“*<sup>54</sup> Dieses Konzept soll dazu dienen, die Aggressionen der Bewohner zu senken, Verhaltensauffälligkeiten wie Schreien und Schlagen zu mindern, sowie die Belastung für das Pflegepersonal zu reduzieren.

Die Validation nach Naomi Feil wurde in den 1990iger Jahren von Nicole Richards zur Integrativen Validation (IVA) weiter entwickelt.<sup>55</sup> Sie beschreibt die IVA als eine *„wertschätzende Umgehens- und Kommunikationsform, die die Ressourcen des demenzerkrankten Menschen in den Vordergrund stellt.“*<sup>56</sup> Hierbei sollen die Gefühle des Demenzkranken wahr- und ernstgenommen sowie individuell in kurzen Sätzen wertschätzend wiedergegeben werden. Somit fühlt sich der Betroffene verstanden. Für die IVA werden häufig Metaphern, Volksweisheiten, Lieder oder Sprichwörter genutzt, wie *„Frau W. sie sind heute wieder fleißig. Denn Ordnung ist das halbe Leben.“* Es sind Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit der Validation in Bezug auf herausforderndes Verhalten vorhanden. Erste Studienergebnisse stammen bereits aus den 80iger Jahren. Validation hat einen positiven Effekt auf die Reduktion von Aggressionen und Depressionen der untersuchten Probanden.

---

<sup>52</sup> Vgl. Mehmecke, Sandra (2010) Seite 2

<sup>53</sup> DocCheckFlexikon, 2013

<sup>54</sup> Mehmecke, Sandra (2010) Seite 2

<sup>55</sup> Vgl. Mehmecke, Sandra (2010) Seite 2

<sup>56</sup> Tackenberg, Peter; Abt- Zegelin, Angelika (2001), Seite 143

Desweiteren verbesserten sich die verbale Kommunikation und die Selbstpflege- Funktion der Bewohner. Jedoch gab es keine positiven Effekte im Bereich der kognitiven Fähigkeiten und des sozialen Verhaltens. 2005 wurde die Validation in einer Pflegeeinrichtung in Köln implementiert. Hier zeigte sich das Konzept in Notfällen hilfreich, wobei von Situationen gesprochen wird, in welchen sich die Bewohner emotional hineinsteigerten und demzufolge in Panik, Wut, Angst oder Kummer gerieten. Auf diese herausfordernden Verhaltensweisen wirkte die Validation positiv.<sup>57</sup>

### **Erinnerungspflege**

Die Rahmenempfehlungen geben einen Hinweis zur Erinnerungspflege (reminiscence). Unter diesem Begriff werden *„erinnerungsfördernde Aktivitäten verstanden, die in Gruppen oder mit Einzelnen durchgeführt werden können. In einer weitgehend konfliktfreien Atmosphäre werden Erinnerungen angestoßen, belebt und ausgetauscht.“*<sup>58</sup> Durch diese Erinnerungsarbeit sollen Ereignisse aus dem Gedächtnis hervorgerufen werden. Diese sollen durch erklären und bewertet aufgearbeitet werden. Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit dieses Themas sind nicht eindeutig. Es ist bewiesen, dass die kognitive Leistungsfähigkeit durch die Erinnerungspflege nicht verbessert werden kann. Jedoch gibt es Vermerke, dass die soziale Interaktion, Aufmerksamkeit und Stimmung der Probanden positiv beeinflusst wurde. Demzufolge konzentriert sich die Erinnerungspflege auf das Wohlbefinden der Demenzerkrankten, indem Fähigkeiten gefördert werden.<sup>59</sup>

### **Berührung**

Die Rahmenempfehlungen verweisen auf die Anregung der Sinne bei dementen Bewohnern als mögliche Maßnahme um herausfordernden Verhalten vorzubeugen. *„Kein Lebewesen kann auf Dauer ohne Berührung und Kontakt existieren. Behutsame zwischenmenschliche Berührung vermittelt von der Geburt bis zum Tod das Gefühl von Nähe, Geborgenheit und Anwesenheit und*

---

<sup>57</sup> Vgl. Bartholomeyczik, Sabine et. al. (2006) Seite 90/91

<sup>58</sup> Bartholomeyczik, Sabine et.al. (2006) Seite 93

<sup>59</sup> Vgl. Bartholomeyczik, Sabine et.al. (2006) Seite 97- 101

*beeinflusst entscheidend Wahrnehmungen, Gefühle, Gedanken, das Wohlbefinden und unsere Heilungsprozesse.*<sup>60</sup> Berührungen werden bewusst und intentional durch die Hände durchgeführt und sollen zu einer Begegnung beziehungsweise zu einer Mitteilung führen. Sie sollen beruhigend auf den Dementen einwirken, Stress reduzieren und vegetative Funktionen stabilisieren.<sup>61</sup> Es gibt unzureichende Studienergebnisse zur Wirkungsweise der Berührungen auf herausforderndes Verhalten. Jedoch ist es sinnvoll diese einzusetzen, um ein Vertrauensverhältnis zu den Betroffenen herzustellen.

### **Basale Stimulation**

Die Basale Stimulation wurde durch Andreas Fröhlich in den 1970er Jahren entwickelt und durch Christel Bienstein in den 1980er Jahren in der Pflege etabliert. Dieses Konzept soll einen Kommunikationsversuch zu anderen Menschen darstellen, indem eine Kontaktaufnahme durch somatische, vestibuläre und vibratorische Sinne angeregt wird.<sup>62</sup> Diese Sinneswahrnehmung kann auf verschiedene Weise durchgeführt werden, beispielsweise durch rhythmische Massagen, beruhigendes Wiegen, über akustische und visuelle Erfahrungen oder einem Wohlfühl-Bad.<sup>63</sup> Die basale Stimulation hat sich grundsätzliche Ziele gesetzt: *„Leben erhalten und Entwicklung begleiten, eigenen Rhythmus finden, Außenwelt erfahren, Sicherheit erleben und Vertrauen aufbauen“*<sup>64</sup>. Beziehen die Pflegekräfte die basale Stimulation in den Pflegealltag mit ein, können positive Effekte in Bezug auf herausfordernde Verhaltensweisen wie Unruhe und unartikulierte Vokalisierung erzielt werden. Dies beinhaltet professionelles Wissen über die Thematik, sodass Reizüberflutungen durch die Sinnesanregungen vermieden werden.<sup>65</sup>

---

<sup>60</sup> Bartholomeyczik, Sabine et.al. (2006) Seite 103

<sup>61</sup> Vgl. Bartholomeyczik, Sabine et.al. (2006) Seite 102/ 103

<sup>62</sup> Vgl. Bartholomeyczik, Sabine et.al. (2006) Seite 105

<sup>63</sup> Vgl. Bartholomeyczik, Sabine et.al. (2006) Seite 106/107

<sup>64</sup> Bartholomeyczik, Sabine et.al. (2006) Seite 106

<sup>65</sup> Vgl. Bartholomeyczik, Sabine et.al. (2006) Seite 107

## **Snoezeln**

Snoezelen stammt aus dem niederländischen und bedeutet schnuppern, schnüffeln.<sup>66</sup> Die deutsche Snoezelen-Stiftung beschreibt es 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 Natur hin orientierte Raumgestaltung werden sowohl therapeutische und pädagogische Interventionen, als auch die Beziehung zwischen Anbieter und Nutzer gefördert.“*<sup>67</sup> In diesen Räumlichkeiten werden die Sinne angesprochen, um herauszufinden auf welche der Demenzkranke positiv reagiert. Van Weert belegt mit seiner Studie die positive Wirkungsweise des Snoezelen auf herausforderndes Verhalten, sobald es in den Pflegealltag integriert wird. Es wurden die Reduktion von Apathie, rebellischem, aggressivem oder depressivem Verhalten beobachtet. Eigens für das Snoezelen angelegte Räumlichkeiten sind eher zur Freizeitgestaltung geeignet.<sup>68</sup>

## **Bewegungsförderung**

Bewegung ist ein Grundbedürfnis eines jeden Menschen, welche jede körperliche Aktivität beinhaltet, wodurch der Energieverbrauch über den Grundumsatz gesteigert wird. Für Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten empfehlen die Experten der Rahmenempfehlungen tägliche individuelle Bewegung, da Studien eine tendenzielle positive Wirkung zeigen. Hierbei können die körperlichen Aktivitäten in den Pflegealltag mit einbezogen werden. Bei Demenzerkrankten wird häufig vom Verhalten des ‚Herumwanderns, Herumlauftens und der Weglauftendenz‘ gesprochen.<sup>69</sup> Laut Oswald Wolf hat die Bewegungsförderung Einfluss auf die Verlangsamung demenzieller Prozesse. Nicole Lautenschlager

---

<sup>66</sup> Vgl. Bartholomeyczik, Sabine et.al. (2006) Seite 107

<sup>67</sup> Bartholomeyczik, Sabine et.al. (2006) Seite 108

<sup>68</sup> Vgl. Bartholomeyczik, Sabine et.al. (2006) Seite 109- 111

<sup>69</sup> Vgl. Bartholomeyczik, Sabine et.al. (2006) Seite 113

erläutert, dass sich Bewegungstraining positiv auf das Wohlbefinden und die Lebensqualität der Personen auswirkt.<sup>70</sup> Bezüglich des herausfordernden Verhaltens gibt es wenige Studienergebnisse, welche nicht eindeutig sind. Landi und Kollegen untersuchten diesen Zusammenhang und kamen zu dem Ergebnis, dass sich das problematische Verhalten (Beschimpfungen, Schlafprobleme, Herumwandern) der Probanden gebessert hat.<sup>71</sup> Bei dieser Studie fehlen jedoch Angaben zu Interventionen. Eine weitere Studie von Heyn zeigt positive Effekte der Bewegung auf körperliche Fitness und kognitive Fähigkeiten bei dem dementen Klientel. Sie verweisen darauf, dass Spaziergänge im Freien aggressives, agitierendes und Wanderverhalten reduziert werden.<sup>72</sup> Allgemein gesagt, sollten Bewegungsangebote für Menschen mit herausfordernden Verhalten bereitgehalten werden, da sie tendenziell gute Ergebnisse erzielen.

### **Abschlussgedanken zu den Konzepten**

Diese sechs aufgeführten Konzepte/ Methoden sollen beim Umgang und der Kommunikation mit demenziell erkrankten Personen mit herausforderndem Verhalten eine Hilfe darstellen und Verhaltensweisen reduzieren. Es muss darauf geachtet werden, dass die Pflegekraft in der jeweiligen Situation den richtigen Weg zum Wohle des Betroffenen findet.<sup>73</sup>

Die demenziell erkrankten Personen können ihre teilweise impulsiven Verhaltensreaktionen nicht mehr steuern und kontrollieren, deshalb sollten die Pflegenden einen wichtigen Grundsatz im Umgang mit ihnen beachten. Sie sollten die Betroffenen so wenig wie möglich mit ihren Defiziten konfrontieren beziehungsweise sie darauf belehrend hinweisen, denn so stellen sie die Erkrankten bloß. Das Hervorheben vorhandener Fähigkeiten stärkt das Selbstwertgefühl der Betroffenen. Demzufolge sollten die Pflegenden ihnen Wertschätzung und Anerkennung gegenüber bringen. So erreichen sie

---

<sup>70</sup> Vgl. Bartholomeyczik, Sabine et.al. (2006) Seite 114

<sup>71</sup> Vgl. Bartholomeyczik, Sabine et.al. (2006) Seite 115

<sup>72</sup> Vgl. Bartholomeyczik, Sabine et.al. (2006) Seite 116

<sup>73</sup> Vgl. Bartholomeyczik, Sabine et.al. (2006) Seite 133

Vertrauen, welches Ängste und Unsicherheiten reduzieren kann. Desweiteren sollte mit den Erkrankten in einfachen, verständlichen Sätzen gesprochen werden und sie sollten nicht mit Situationen überfordert werden. Überforderung geschieht beispielsweise in unruhiger Atmosphäre oder wenn zu viele Menschen auf einmal auf den Betroffenen einreden<sup>74</sup>. Sollte es dann doch zu einer angespannten Situation, welche mit akuten Aggressionen einhergehen kann, kommen, sollte die Pflegekraft sofort intervenieren, indem der direkte Kontakt zur demenziell erkrankten Person hergestellt wird. Hierbei darf die betroffene Person nicht in die Enge gedrängt werden. Es sollten Freiräume und Ausweichmöglichkeiten gelassen, jedoch auch Grenzen gesetzt werden. Nicht jedes Verhalten ist zu tolerieren. Die Pflegekraft sollte ruhig auf den zu Pflegenden eingehen und darf die aggressiven Verhaltensweisen nicht persönlich nehmen. Wenn das doch der Fall ist, sollte sich die Pflegendperson aus der Situation zurückziehen und gegebenenfalls Hilfe anfordern.

---

<sup>74</sup> Vgl. Schwarz, Günther (2012) Seite 10

## 2.3) DER PFLEGEPROZESS- ALLGEMEIN UND RECHTLICHE GRUNDLAGEN

-Diana Schülke-

Heutzutage basiert die Auswahl einer geeigneten Pflegeeinrichtung nicht mehr nur auf Vertrauensbasis, sondern wird durch die verlangte Transparenz des Pflegekonzeptes im Pflegeversicherungsgesetz gestützt. Im XI Sozialgesetzbuch ist die Qualitätssicherung zum Schutz der Pflegebedürftigen in stationären Altenpflegeeinrichtungen in den §§ 112- 115 geregelt. Diese Gesetzestexte besagen, dass die Einrichtungen „für die Qualität der Leistungen ihrer Einrichtungen einschließlich der Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität verantwortlich<sup>75</sup>“ sind. Hierzu zählen die in § 113 aufgeführten Anforderungen. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherungen hat in seiner Anleitung folgende generelle Anforderungen benannt, welche im Pflegekonzept dokumentiert werden sollen. Hierzu zählen ein zugrunde liegendes Pflegemodell, ein Pflegesystem, die Beschreibung des Pflegeprozesses, die innerbetriebliche Kommunikation, ein Qualitätssicherungssystem, die Beschreibung der Leistungen, die Kooperation mit anderen Diensten und die räumliche, personelle und sachliche Ausstattung des Hauses<sup>76</sup>.

### 2.3.1) ZUSAMMENHANG ZWISCHEN DEM PFLEGEPROZESS UND DIESER ARBEIT

-Diana Schülke-

In dieser Arbeit wird der Pflegeprozess näher erläutert, da die Autoren im Dokumentenanalysebogen die einzelnen Schritte verwenden, um herauszufinden, ob sich die Dokumentation der herausfordernden Verhaltensweisen kontinuierlich durch den Prozess ziehen. „*Ein schriftlich fixiertes Pflegekonzept dient der Orientierung und der Schaffung eines*

---

<sup>75</sup> SGB XI (2011) Seite 1514

<sup>76</sup> Vgl. Löser, Angela Paula (2004) Seite 22

*Rahmens, in dem der einzelne Mitarbeiter die Vorstellung und Zielsetzung der Gesamtorganisation erkennen kann.*<sup>77</sup> Natürlich dient das Pflegekonzept auch als eine Entscheidungshilfe, denn die potentiellen Kunden können es einsehen. Eines der wichtigsten Bestandteile eines Pflegekonzeptes ist der Pflegeprozess, weil dieser die Grundlage für das professionelle Handeln der Mitarbeiter der Pflege ist. Damit können die nötigen Sachverhalte und somit auch das pflegerische Geschehen aufgezeigt werden.<sup>78</sup> Allgemein gesagt, ist der Pflegeprozess eine systematische Abfolge von Schritten, durch die eine Planung, Ausführung und die individuelle Situation des Bewohners aufgezeigt werden kann. Somit kann eine zielgerichtete pflegerische Versorgung rund um den Pflegebedürftigen gewährleistet werden<sup>79</sup>. Der Pflegeprozess beginnt mit der Aufnahme eines Bewohners in eine ausgewählte Einrichtung und endet entweder mit dem Auszug, beziehungsweise mit dem Tod des Pflegebedürftigen.

---

<sup>77</sup> Löser, Angela Paula (2004) Seite 23

<sup>78</sup> Vgl. Löser, Angela Paula (2004) Seite 94

<sup>79</sup> Vgl. o. V. (o. J.) mögliche Klausurfragen

### 2.3.2) MONIKA KROHWINKEL

-Diana Schülke-

Da in den Einrichtungen, welche für die Dokumentenanalyse ausgewählt worden sind, nach dem Modell der Pflegewissenschaftlerin Monika Krohwinkel gepflegt wird, soll der von ihr entwickelte Pflegeprozess vorgestellt werden. Sie war die erste deutsche Pflegewissenschaftlerin, die ein umfassendes und praxisorientiertes Modell für eine ganzheitlich fördernde Pflege vorstellte. In dieser Prozesspflege wird Pflege als Hilfe, Förderung und Unterstützung der Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens angesehen.<sup>80</sup> Sie arbeitet mit vier Schlüsselbegriffen, auch Metaparadigmen genannt, welche der Mensch, die Umgebung, die Pflege und Gesundheit und Krankheit sind. Diese gehören zur ganzheitlichen Pflege dazu. Frau Krohwinkel möchte, dass die Pflegekräfte den Heimbewohner in seinen individuellen Fähigkeiten und Defiziten wahrnehmen und so das pflegerische Handeln danach richten, wobei die Bewohner selbst und auch, wenn möglich, die Angehörigen mit einbezogen werden. Hierfür hat sich Monika Krohwinkel an den 12 Lebensaktivitäten von Roper und den 12 ATL's, den Aktivitäten des täglichen Lebens von Juchli, orientiert. Sie ist der Meinung, dass auch existentielle Erfahrungen eine bedeutende Rolle des Pflegebedürftigen in seinem Alltag spielen und hat so die vorhandenen Modelle weiterentwickelt zu 13 ABEDL's, den Aktivitäten, Beziehungen und existentiellen Erfahrungen des Lebens.

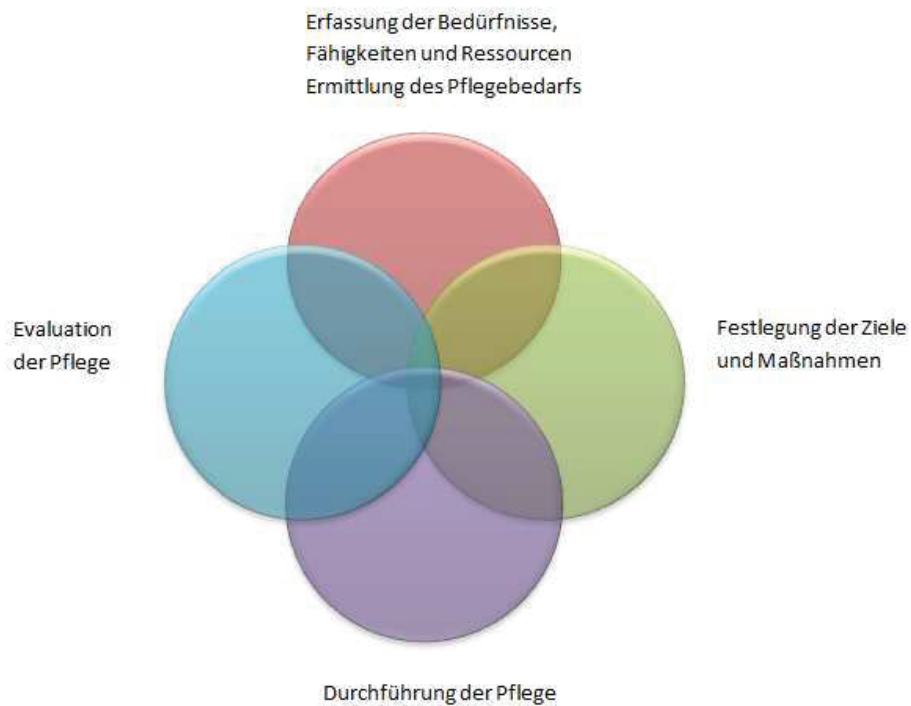
### 2.3.3) DER PFLEGEPROZESS NACH MONIKA KROHWINKEL

-Diana Schülke-

Monika Krohwinkel beschreibt ihren Pflegeprozess in vier Schritten. Dieser Prozess besteht aus der Erhebung der pflegerelevanten Daten, der Planung der Ziele und Maßnahmen, der Durchführung der Pflege und der Auswertung. Diese Phasen beeinflussen sich gegenseitig, sodass ein Kreislauf entsteht.

---

<sup>80</sup> Vgl. Kämmer, Karla (2008) Seite 135



**Vierphasiges Pflegeprozessmodell**

## Erhebung

Die Erhebung, sprich die Pflegeanamnese und Pflegediagnose, bildet den Grundstein für das weitere Verfahren. Hierbei werden pflegerelevante Daten, wie Probleme und Ressourcen des pflegebedürftigen Bewohners, gesammelt. Diese werden im Zusammenhang mit den Aktivitäten, Beziehungen des täglichen Lebens und der existentiellen Erfahrungen beschrieben. Diese sollen dann mit den Gesundheits-, Lebensprozesse und den zugrunde liegenden Ursachen verknüpft werden. Der Begriff der Ganzheitlichkeit muss in diesem Kontext auch seine Beachtung finden. Wenn ein pflegerisches Grundproblem beziehungsweise die Fähigkeit des Bewohners in einem ABEDL festgestellt wird, muss in allen anderen ABEDL's überprüft werden, ob dies Auswirkungen auf andere Aktivitäten hat, denn nur so kann die Pflegeplanung ganzheitlich werden.<sup>82</sup>

<sup>81</sup> O.V. (o.J.) Der Pflegeprozess in CareCloud und seine Wurzeln

<sup>82</sup> Vgl. Krohwinkel, Monika (2008) Seite 36

## **Planung**

In der nächsten Phase geht es um die Planung der pflegerelevanten Ziele und Maßnahmen. Zunächst werden Ziele aufgestellt, welche eine feste, genau beschriebene Situation darstellen und welche durch die Pflege erreicht werden sollen. Hierbei geht es bei demenziell Erkrankten meist um den Erhalt von Fähigkeiten, aber auch um die Aktivierung des Bewohners. Bei den Zielen kann zwischen Nah- und Fernzielen unterschieden werden, sprich eine rasche Zielerreichung beziehungsweise eine langsame. Beide sollten realistisch und erreichbar sein. In der Planung werden in Zusammenhang mit den ersichtlichen Problemen und den dazu aufgestellten Zielen Pflegemaßnahmen formuliert. Die Maßnahmen sollen jedem Mitarbeiter die genaue Durchführung der pflegerischen Handlung aufzeigen und garantieren, dass der Bewohner in derselben Qualität gepflegt wird, egal von wem. Diese Maßnahmen müssen nachvollziehbar sein und individuell auf den Bewohner abgestimmt werden. Oft werden in diesem Zusammenhang auch Standards der Einrichtung verwendet. Diese werden dann mit der angegebenen Standardnummer eingetragen und mit den individuellen Abweichungen, sprich den persönlichen Gewohnheiten, Vorlieben oder Abneigungen des Bewohners, angepasst. Es ist hierbei sehr wichtig, dass die Durchführung der Maßnahmen an den Bewohner angepasst ist, sodass ein größtmögliches Maß an Zufriedenheit bei ihm hergestellt werden kann.<sup>83</sup>

## **Durchführung**

In der dritten Phase, der Durchführung, dreht sich alles um die kreative Umsetzung der Pflegeplanung. Diese Durchführung beinhaltet alle vorher in der Pflegeplanung erfassten Maßnahmen, unter Beachtung der vorher festgesetzten Ziele. Desweiteren wird die Dokumentation im Leistungsnachweis und im Pflegebericht vorgenommen. Alle Mitarbeiter sind angewiesen sich an diesen Plan zu halten. *„Geplante und schriftlich festgelegte Maßnahmen stellen (...) eine Verpflichtung zur Einhaltung der dort erkennbaren Angaben bzw. eine*

---

<sup>83</sup> Vgl. Löser, Angela Paula (2004) Seite 97

*Arbeitsanweisung dar.“<sup>84</sup> Desweiteren wird der Bewohner bei der Durchführung der pflegerischen Maßnahme genau beobachtet. Sobald der Bewohner anders reagiert beziehungsweise ungewöhnliche Verhaltensweisen aufzeigt, werden diese begründeten Abweichungen im Pflegebericht vermerkt, sodass diese schnell für die nächste Schicht ersichtlich sind. Desweiteren sollte auch auf Vermerke der vorherigen zwei Schichten geachtet werden. Wird bei der Übergabe beziehungsweise im Pflegebericht eine Abweichung ersichtlich, so sollte die nachfolgende Schicht auf dieses Phänomen eingehen, sodass eine stetige Entwicklung erkennbar ist. Dies ist der Sinn des Pflegeberichtes. Er soll über den aktuellen Pflegezustand des Betroffenen aussagekräftige Informationen geben und auch auf die Wirkung der Pflege eingehen. Hierbei wird die Dokumentation in den meisten Einrichtungen von Pflegefachkräften, von Pflegehilfskräften und auch von den Betreuungskräften durchgeführt, sodass ein breites Bild nachweisbar ist. Dieser Pflegebericht sollte möglichst zeitnah geschrieben werden und auch Vermerke der Angehörigen beziehungsweise Betreuer enthalten<sup>85</sup>, sodass alle wichtigen Informationen zum Bewohner beziehungsweise Entwicklungen auf einen Blick zusammengefasst werden können. Zusammenfassend kann man sagen, dass eine „gut geführte Dokumentation (...) die Wirksamkeit und die Kontinuität der Pflege erhöhen und als Mittel zur interdisziplinären Zusammenarbeit und als Bewertungsbasis für die erteilte Pflege dienen“<sup>86</sup> kann.*

## **Evaluation**

In der letzten Phase der Auswertung geht es um die Evaluation und um ein Feedback des Pflegeprozesses. Diese Phase ist auch besonders wichtig, weil sie eine hohe Anforderung an die Pflegekräfte stellt. Hierbei müssen sie nämlich all ihre Erfahrungen und Kenntnisse in den Pflegeprozess mit einfließen lassen, sodass eine systematische und ganzheitliche Beobachtung

---

<sup>84</sup> Löser, Angela Paula (2004) Seite 103

<sup>85</sup> Vgl. Löser, Angela Paula (2004) Seite 104/105

<sup>86</sup> Krohwinkel, Monika (2008) Seite 32

zustande kommt. Der Pflegebedürftige steht im Zentrum der Betrachtung.<sup>87</sup> In der Auswertung wird der IST- Zustand des Bewohners kontrolliert und gegebenenfalls früher überarbeitet, als regelmäßig vorgesehen. Diese Evaluation geschieht in regelmäßigen Zeitabständen, welche je nach Einrichtung festgelegt werden oder wenn eine Überarbeitung notwendig ist, sprich sich das Verhalten des Bewohners so kontinuierlich geändert hat, dass es in die Zielsetzung und Maßnahmenplanung mit aufgenommen werden muss. Diese Überprüfung kann in verschiedener Weise durchgeführt werden.<sup>88</sup> Zum einen ist die tägliche Beobachtung des Bewohners bei der Durchführung der Pflegemaßnahmen hilfreich, um Verhaltensänderungen festzustellen, welche nach Häufung einer Änderung in der Pflegeplanung bedürfen. Hierbei setzt sich jede Einrichtung ihre eigene Zeitspanne, meist ist dies nach 7 Tagen der Fall (umgangssprachlich auch unter der 7 Tage Faustregel bekannt). Zum anderen ist eine Pflegevisite ein Mittel der Evaluation. Diese Pflegevisite wird erst anhand der Pflegeplanung theoretisch und dann anhand der Sichtung des Zustands des Bewohners praktisch durch die Wohnbereichsleitung, die Pflegedienstleitung oder die zuständige Pflegefachkraft ermittelt. Wenn sich nun das Verhalten, beziehungsweise Probleme oder Ziele verändert haben, muss die gesamte Pflegeplanung diesen Neuerungen angepasst werden.<sup>89</sup>

Somit schließt sich der Kreislauf, denn jetzt werden neue pflegrelevante Daten erhoben und die Planung und die Durchführung den neuen Erkenntnissen angepasst.

---

<sup>87</sup> Vgl. Krohwinkel, Monika (2008) Seite 31/32

<sup>88</sup> Vgl. Löser, Angela Paula (2004) Seite 105

<sup>89</sup> Vgl. Löser, Angela Paula (2004) Seite 105

## 2.4) RAHMENEMPFEHLUNGEN ZUM UMGANG MIT HERAUSFORDERNDEM VERHALTEN BEI MENSCHEN MIT DEMENZ IN DER STATIONÄREN ALTENPFLEGE VOM BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT

-Cäcilie Sponholz-

Seit dem Jahr 2006 gibt es in Deutschland oben genannte Rahmenempfehlungen, herausgegeben vom Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung. Das Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung schrieb im Jahr 2003 ein Forschungsvorhaben aus mit dem Auftrag mittels praxisbezogener Forschungsinitiativen zu ermitteln, welche Pflegeinterventionsmaßnahmen erfolgreich die Pflegequalität für Demenzerkrankte mit Verhaltensauffälligkeiten verbessern. Daraufhin wurde ein Projekt mit Expertengruppen im Zeitraum Mai 2004 bis Mai 2006 durchgeführt. Als Ergebnis entstand ein Buch mit dem oben genannten Titel.<sup>90</sup>

Die Rahmenempfehlungen richten sich an alle im Management und in der Qualitätssicherung von Pflegeeinrichtungen Tätigen als ein Qualitätsinstrument zur inhaltlichen und strukturellen Gestaltung der Pflege, sowie an alle Pflegenden, welche mit der Betreuung Demenzerkrankter beschäftigt sind. Dabei wird klar verwiesen, dass die Entscheidung über die Anwendung der Interventionsmöglichkeiten bei den professionell Pflegenden liegt. Denn ihnen obliegen die Entscheidungsmacht und das Wissen, ob diese Interventionen in den spezifischen individuellen Situationen anwendbar sind. Die Rahmenempfehlungen stellen keine Handlungsanweisungen dar, sondern sie beschreiben Grundsätze und Kernelemente in welchen das konkrete Handeln stattfinden sollte. Daraus resultierend lassen sie Raum für individuelle Anpassungen an gegebenen Bedingungen und individuelle Situationen. Allerdings bleibt auch Raum für Unklarheiten und Unsicherheiten.<sup>91</sup>

---

<sup>90</sup> Vgl. Bartholomeyczik, Sabine (2006), Seite 5

<sup>91</sup> Vgl. Bartholomeyczik, Sabine (2006), Seite 10/11

Zusammenfassend stellen die Rahmenempfehlungen sieben Handlungsmöglichkeiten auf, bestehend aus der verstehenden Diagnostik; Assessmentinstrumenten; Validation; Erinnerungspflege; Berührung, Basale Stimulation und Snoezelen; Bewegungsförderung und pflegerisches Handeln in akuten psychiatrischen Krisen von Demenzkranken.

Um das herausfordernde Verhalten verstehen zu können, ist es von Nöten die Gründe dafür zu suchen. Im Zuge dessen stellen die Autoren der Rahmenempfehlungen das NDB- Modell vor, welches ebenfalls eine Grundlage dieser Arbeit darstellt.

#### 2.4.1) NDB- MODELL

-Cäcilie Sponholz-

Jedes Verhalten hat seine Gründe, eben auch das Verhalten von Menschen mit Demenz. Aus diesem Grund sollten Pflegende, Betreuer, Betreuungskräfte, Angehörige und alle Menschen, welche mit diesem Klientel arbeiten, versuchen diese Gründe zu finden und nachzuvollziehen. Erst mit der Erkenntnis der Gründe lassen sich passende Umgangsweisen für die betroffene Person planen, anwenden und evaluieren. Bestimmte Verhaltensweisen können eine, beziehungsweise sogar die letzte und einzige Möglichkeit der Kommunikation der Betroffenen darstellen. Somit ist es Aufgabe der Pflegenden, diese Kommunikationsversuche in Form von Verhalten als solche wahrzunehmen und zu verstehen. Dabei ist eine systematische Hilfe in Form eines Strukturmodells empfehlenswert. Dieses Hilfsmittel kann das NDB- Modell sein, welches Richtungen bei der Begründungssuche weisen kann.<sup>92</sup>

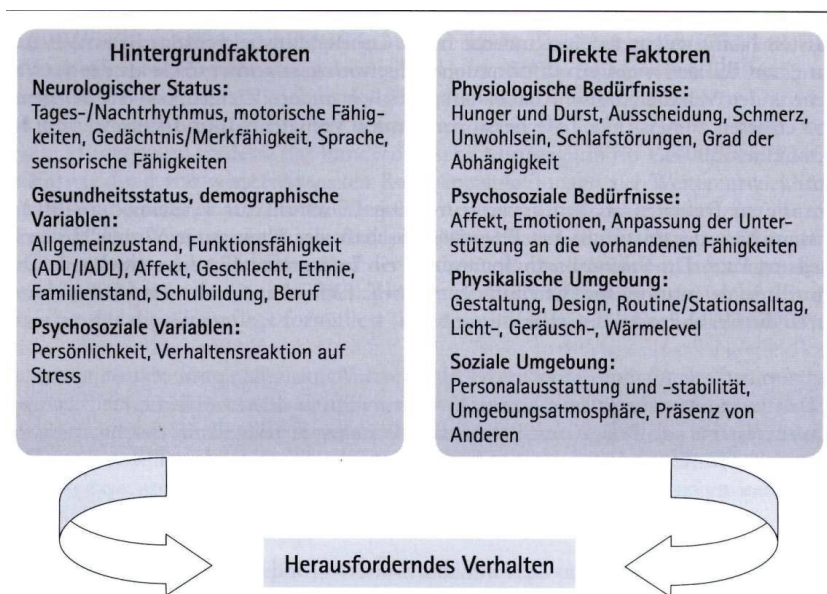
Das Need driven Dementia compromised Behavior Modell (Bedürfnisorientiertes Verhaltensmodell bei Demenz) wurde in den 1990er Jahren von einer Gruppe nordamerikanischer Pflegewissenschaftlerinnen zusammengestellt, welche darin die Ergebnisse pflegebezogener

---

<sup>92</sup> vgl. Bartholomeyczik, Sabine; Halek, Margareta (2009) Seite 94/95

Demenzforschung zusammenfassten. Dabei handelt es sich um ein Modell, welches den gegenwärtigen Stand des Wissens zum herausfordernden Verhalten von Menschen mit Demenz zu bündeln versucht. Dieses Modell wird auch in den Rahmenempfehlungen erwähnt, es wird jedoch auch hinzugesetzt, dass es nicht als abgeschlossen und vollständig zu betrachten ist.<sup>93</sup>

Nach dem NDB- Modell kann das Verhalten mittels zwei Arten von Faktoren erläutert werden. Dabei wird in „Hintergrundfaktoren“ und „nahe/direkte oder auch proximale Faktoren“ unterschieden. Die Hintergrundfaktoren sind durch Interventionen kaum zu beeinflussen, dienen aber der Erklärung von Verhalten und der Beschreibung zur Erfassung und Entstehung von Risiken. Sie enthalten neurologische Aspekte, den Gesundheitszustand und demographische Merkmale einer Person. Zu den proximalen Faktoren zählen physiologische und psychologische Bedürfnisse sowie physikalische und soziale Umgebungsfaktoren. Diese Faktoren sind beeinflussbar und bilden wichtige Ansatzpunkte für pflegerische Interventionen. Dabei sind beide Faktorengruppen abstrakt formuliert und teilweise sehr komplex zu betrachten.<sup>94</sup>



95

<sup>93</sup> Vgl. Bartholomeyczik, Sabine (2006), Seite 15

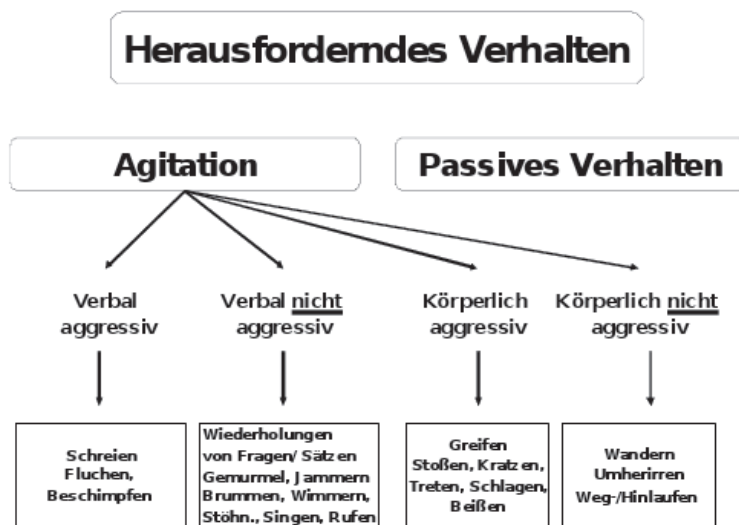
<sup>94</sup> Vgl. Bartholomeyczik, Sabine; Halek, Margareta (2009) Seite 96

<sup>95</sup> Vgl. Bartholomeyczik, Sabine; Halek, Margareta (2009)

Das Verhalten eines Menschen ist hochvariabel in Bezug auf unterschiedliche Situationen. Überwiegend ist es der verhaltenserzeugende Kontext und weniger eine Überlegung oder Entscheidung der Bewohner oder auch die Eigendynamik des die Erkrankung auslösenden Momentes.

Das NDB- Modell ist somit als Ausgangslagenerfassung und Denkhinweis zur verstehenden Diagnostik geeignet.<sup>96</sup>

Weiterhin kann das herausfordernde Verhalten in zwei Verhaltensformen aufgegliedert werden. Einerseits das passive Verhalten und andererseits die Agitation. Die Agitation lässt sich weiter differenzieren in verbal- aggressives, verbal nicht aggressives, körperlich aggressives und körperlich nicht aggressives Verhalten.<sup>97</sup> Beispiele für die Kategorien der Verhaltensweisen bei herausfordernden Verhalten sind bereits im Gliederungspunkt 2.2.1. erwähnt.



98

<sup>96</sup> Vgl. Bartholomeyczik, Sabine (2006), Seite 17

<sup>97</sup> Vgl. Anslinger, Eva Maria (2011)

<sup>98</sup> Vgl. Batholomeyczik, Sabine et al (2006)

## 2.5) ASSESSMENTINSTRUMENTE

-Cäcilie Sponholz-

Der Titel dieser Arbeit lautet „Umgang und Kommunikation mit Bewohnern mit herausforderndem Verhalten in der stationären Altenpflege“. Da ist es vollkommen nachvollziehbar, wenn die Frage aufkommt „Warum geht diese Arbeit so detailliert auf Assessmentinstrumente ein?“. Die Autoren dieser Arbeit möchten das Thema des herausfordernden Verhaltens aus ihrer Sicht vom Anfang angehen. Und bevor jegliche Handlungen und Interventionen bei herausforderndem Verhalten begonnen werden, sollte diejenige Person, welche Interventionen vornehmen möchte, zuerst wissen und klarstellen, dass es sich um herausforderndes Verhalten handelt. Dies ist insbesondere wichtig bei professionellem Handeln, denn bei Initiativehandlungen ohne Planung entfällt diese Professionalität, welche in der Pflege angestrebt wird. Daher ist der erste Schritt die Erfassung von herausforderndem Verhalten. Um diese Erfassung willkürlich und einheitlich zu gestalten, ist es von Vorteil Assessmentinstrumente zu nutzen. Diese helfen der Pflegekraft objektiv und möglichst vollständig diese Verhaltensauffälligkeiten zu erfassen, sodass die Pflegekraft drauf aufbauend weitere Schritte des Pflegeprozesses gehen kann.

Der Begriff „Assessment“ entwickelte sich zu einem immer häufiger verwendeten Begriff in der deutschen Sprache als auch im Berufszweig der Pflege. Dabei gibt es unterschiedliche Nutzungen und Interpretationen des Begriffs. Um dieser Gefahrenquelle der Fehlnutzung bzw.-interpretation aus dem Weg zu gehen, ist es den Autoren ein Anliegen den Begriff Assessment zu definieren.

## 2.5.1) DEFINITION PFLEGEASSESSMENT

-Cäcilie Sponholz-

Das Wort „Assessment“ stammt aus dem Englischen und bedeutet übersetzt Bewertung, Beurteilung oder Einschätzung.<sup>99</sup> Mittels der Übersetzung kann die Aufgabe eines Assessmentinstruments bereits teilweise abgeleitet werden. Allerdings ist die alleinige Übersetzung des Begriffs nicht ausreichend, um sie als Definition zu verwenden. Aus diesem Grund werden hier nun einige Definitionen aus pflegewissenschaftlichen Ausarbeitungen dargelegt, welche der Ansicht der Autoren größtmöglich entsprechen.

Im Pflegelexikon von Georg und Frowein ist folgende Definition aufgeführt: *„Pflegeassessment ist die Sammlung und Interpretation von klinischen Informationen oder die Bewertung des Gesundheitszustandes durch ein Mitglied eines Gesundheitsberufes.“*<sup>100</sup> (Georg, Frowein, 1999)

Diese Definition enthält bereits zwei von drei Ansprüchen an eine Definition von Pflegeassessment, welche die Autoren dieser Arbeit haben. Die drei Ansprüche beinhalten den Gedanken, dass ein Assessment erstens Informationen erheben muss, zweitens die Informationen interpretiert werden müssen und drittens daraus eine Handlung oder ein Resultat abzuleiten ist. Georg und Frowein haben jedoch als einzige Autoren aller hier angebrachten Definitionen mit aufgeführt, wer das Assessment zu erheben hat. Der Punkt der Handlungsableitung wird durch die Definition von Georg und Frowein nicht erfüllt, aus diesem Grund wird eine weitere Definition angeführt.

Die Autoren Isfort und Weidner definieren Pflegeassessment folgendermaßen: *„Pflegeassessment ist ein kriterienorientiertes und strukturiertes Erhebungsverfahren zur nachvollziehbaren Einschätzung eines Patientenzustandes zur Ermittlung des individuellen Hilfebedarfs und Bestimmung der notwendigen pflegerischen Unterstützung“*<sup>101</sup> (Isfort, Weidner, 2001)

---

<sup>99</sup> Vgl. o.V. (o.J.): Assessment

<sup>100</sup> Georg, Jürgen; Frowein, Michael (1999)

<sup>101</sup> Isfort, Michael; Weidner, Frank (2001)

In der eben dargelegten Definition werden die drei Ansprüche der Autoren dieser Arbeit erfüllt. Allerdings ist in dieser Definition nicht mit eingebunden, wer das Assessment durchführt und demzufolge die drei Schritte Einschätzung, Hilfebedarfsermittlung und notwendige pflegerische Unterstützung zu planen und durchzuführen hat. Das gleiche gilt auch für die Definition von Reuschenbach:

*„Pflegeassessment ist die Einschätzung pflegerelevanter Variablen und Phänomene zum Zweck der Bewertung und/oder der nachfolgenden Handlungsinitiierung.“*<sup>102</sup> (Reuschenbach, 2007)

Die von der US-amerikanischen psychologischen Gesellschaft eingesetzte Task Force ‚on test user qualifications‘ hat eine aussagekräftige Definition für den Begriff Assessment formuliert.

*„Assessment is a conceptual, problem-solving process of gathering dependable, relevant information about an individual, group, or institution in order to make informed decisions“*<sup>103</sup> (DeMers et al. 2000:10)

Übersetzt von Sabine Bartholomeyczik heißt dies zu Deutsch: *„Assessment ist ein planvoller Problemlösungsprozess, in dem zuverlässige und relevante Informationen über ein Individuum, eine Gruppe oder Institution gesammelt werden, um informationsbasierte Entscheidungen zu treffen.“*<sup>104</sup>

Die übersetzte Definition ist die für die Autoren dieser Arbeit am treffendsten formulierte. Sie erfüllt die drei am Anfang formulierten Ansprüche. Weiterhin ist sie wissenschaftlich fundiert und professionell formuliert. Auch wenn hier der Aspekt der durchzuführenden Person ebenfalls nicht aufgenommen ist, was für eine ganzheitliche und lückenlose Definition sprechen würde, stellt sie die Definition dar, welche im Sinne dieser Arbeit steht.

Zusammenfassend kann zu allen Definitionen gesagt werden, dass sie größtenteils die drei Aspekte eines Pflegeassessments aufnehmen. Daraus resultierend wird als Leitgedanke klar, dass Informationen mittels

---

<sup>102</sup> Reuschenbach, Bernd (2007)

<sup>103</sup> Bartholomeyczik, Sabine; Halek, Margareta (2009) Seite 13/14

<sup>104</sup> Bartholomeyczik, Sabine; Halek, Margareta (2009) Seite 13/14

Assessmentinstrumenten nicht nur gesammelt sondern auch bewertet werden müssen, um daraus Handlungen ableiten zu können. Dazu muss der Erhebende jedoch eine gewisse Qualifikation besitzen, welche in keiner der Definitionen adäquat zum Ausdruck gebracht wird.

## 2.5.2) GÜTEKRITERIEN VON ASSESSEMENTS

-Cäcilie Sponholz-

Zur Feststellung, ob ein Assessmentinstrument für den praktischen Einsatz geeignet ist, gibt es verschiedene Prüfkriterien, welche Gütekriterien genannt werden. Dabei können drei Klassen von Prüf- bzw. Bewertungskriterien unterschieden werden:

1. Kriterien für die Durchführung von Assessments
2. Klassische messtheoretische Gütekriterien
3. Zusätzliche Prüfkriterien für den Einsatz in der Praxis.<sup>105</sup>

Die erste Klasse der Kriterien für die Durchführung von Assessments beinhaltet die Zumutbarkeit, Transparenz gegenüber den Patienten, geringe Verfälschbarkeit, geringe Störanfälligkeit und die Abbildung der relevanten Phänomene.<sup>106</sup> Diese Kriterien sind mittels ihrer Betitelung aussagekräftig genug, daher wird hier nicht weiter auf sie eingegangen.

In der zweiten Klasse der klassischen messtheoretischen Gütekriterien sind die Objektivität, Reliabilität und Validität aufgeführt. Zum besseren Verständnis werden diese drei Kriterien kurz erläutert.

---

<sup>105</sup> Vgl. Reuschenbach, Bernd (2006)

<sup>106</sup> Vgl. Reuschenbach, Bernd (2006)

## **Objektivität**

Die Objektivität stellt den Anspruch, dass alle mit der Durchführung, Auswertung und Interpretation des Assessments betrauten Personen zu einem gleichen Ergebnis gelangen. Dabei wird nochmal in Durchführungs-, Auswertungs- und Interpretationsobjektivität unterschieden. Die Durchführungsobjektivität wird durch genaue Regelungen im Umgang mit dem Assessmentinstrument während der Durchführung sowie einheitliche Klärung der Kriterien des Messinstrumentes gewährleistet. Rahmenbedingungen wie Ort oder Zeit sollten keinen Einfluss auf die Durchführung haben. Ist eine klare Zuordnung von Bewertungskriterien zu Zahlenwerten möglich, ist die Auswertungsobjektivität gesichert. Auch hier sind klare Auswertungsregelungen festzulegen und zu beachten. Die Interpretationsobjektivität ist gesichert, wenn die verschiedenen Erhebenden dem gleichen Zustand dieselbe Wertigkeit auf der Messskala zuordnen. Die Einsortierung von Werten als hoch oder niedrig hängt von einem Vergleich mit Vergleichsnormen ab, welche in früheren Stichproben gesammelt wurden.

## **Reliabilität**

Reliabilität beschreibt die Messgenauigkeit, Präzision oder Zuverlässigkeit eines Verfahrens. Es stellt ein Maß für die Reproduzierbarkeit von Messergebnissen dar. Dabei kann der Grad der Reproduzierbarkeit durch einen Korrelationskoeffizienten ausgedrückt werden.

## **Validität**

Die Validität eines Assessments gibt den Grad der Genauigkeit an, mit welchem das Assessment das Persönlichkeitsmerkmal oder die Verhaltensweise, welches es messen soll bzw. vorgibt zu messen, tatsächlich misst.<sup>107</sup>

---

<sup>107</sup> Vgl. Reuschenbach, Bernd (2006)

Die dritte Klasse der weiteren Kriterien für den Einsatz in der Praxis beinhaltet folgende: Verfügbarkeit, Praktikabilität, Ökonomie und Spezifität und Sensitivität.<sup>108</sup>

### 2.5.3) WAS BEINHALTEN DIE RAHMENEMPFEHLUNGEN BEZÜGLICH ASSESSMENTINSTRUMENTEN?

-Cäcilie Sponholz-

In den Rahmenempfehlungen aus dem Jahr 2006 vom Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung raten die Expertengruppen zum Einsatz von Assessmentinstrumenten zur Erfassung von herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz. Dabei sind sich die Mitglieder der Expertengruppe einig, dass eine weitgehende Erfassung dieses speziellen Verhaltens erfolgen sollte, um eine Basis für verstehendes und geplantes Handeln zu schaffen. Diese Basis liegt in einer standardisierten Erfassung und fundierter Beschreibung der Verhaltensweisen. Gemäß den Rahmenempfehlungen sind Assessmentinstrumente hilfreich, um wichtige individuelle Beobachtungen der Betreuenden zu objektivieren. Daraus resultierend sind sie wesentlicher Bestandteil verstehender Diagnostik. Eine standardisierte Beurteilung wichtiger Merkmale bezogen auf den Zustand eines Menschen wird in den Rahmenempfehlungen als Assessment verstanden. Die meisten Verfahren zur Einschätzung des herausfordernden Verhaltens basieren auf Beobachtungen und eher weniger auf theoretischen Überlegungen. Der Hauptgrund dafür liegt vor allem darin, dass keine gesicherten theoretischen Grundlagen bezüglich des Auftretens bestimmter Verhaltensweisen bei Menschen mit Demenz vorliegen.

Die Einführung von Assessmentinstrumenten – besonders in der stationären Altenpflege - bereitet größte Schwierigkeiten. Gründe für diese Tatsache liegen in folgenden Ursachen: Viele Instrumente und Skalen für das herausfordernde Verhalten von Menschen mit Demenz sind für die Anwendung in der Medizin

---

<sup>108</sup> Vgl. Reuschenbach, Bernd (2006)

und Forschung konzipiert. Daraus folgt, dass sie sich nur bedingt für den Einsatz in der Pflege eignen. Einerseits bedürfen diese Instrumente größtenteils medizinischen Hintergrundwissens, welches meist der ärztlichen Diagnostik dient. Andererseits gibt es potenziell geeignete Instrumente, welche dann häufig nur in englischer Sprache verfügbar sind. Dabei besteht eine Notwendigkeit zur Einführung dieser Assessmentinstrumente, allerdings stecken die Realisierung dieser Notwendigkeit und daraus resultierende Handlungen in Deutschland noch in den Kinderschuhen.<sup>109</sup>

Die Expertengruppe der Rahmenempfehlungen begründet diese Notwendigkeit wie folgt. Es dient der genaueren und möglichst wertfreieren Beschreibung der Beobachtung der Verhaltensweisen durch den Pflegenden. Gemäß der verstehenden Diagnostik bildet eine objektive und transparente Beschreibung des als störend empfunden Verhaltens den ersten Schritt im Assessmentprozess. Beispielsweise die Aussage „der Bewohner war heute wieder aggressiv“ ist zu unpräzise. Da es, wie in der Arbeit bereits erläutert, in dem Gliederungspunkt NDB- Modell mehrere Arten der Aggression gibt. Weiterhin sind die Hintergrund- und die direkten Faktoren zur professionellen Beobachtung und Erfassung des Verhaltens ausschlaggebende Informationen zur Interpretation und der daraus resultierenden Handlung. Ein Instrument, welches diese Faktoren aufgreift, zwingt den Pflegenden zu einer objektiven und ganzheitlichen Verschriftlichung seiner Beobachtung. Dies wiederum stellt die Basis für multidisziplinäre Fallarbeit dar. Die Handlungsplanungen werden zielgerichtet entwickelt, hin zu strukturierten und transparenten Verfahren, weg von einer Beliebigkeit. Im Hinblick auf die Evaluation eingeleiteter Maßnahmen, stellt das Assessment ebenfalls eine hervorragende Grundlage dar. Die zweite Begründung bezieht sich auf den multidisziplinären Prozess. In der Zusammenarbeit mit anderen beteiligten Disziplinen geben die Pflegenden ihre Beobachtungen in Form einer strukturierten Beschreibung weiter. Je präziser der Informationsinhalt ist, desto

---

<sup>109</sup> Vgl. Bartholomeyczik, Sabine et.al. (2006), Seite 74

adäquater ist es den beteiligten Disziplinen möglich ihre Behandlung anzupassen.<sup>110</sup>

#### 2.5.4) ARTEN VON ASSESSMENTINSTRUMENTEN

-Cäcilie Sponholz-

Grundsätzlich kann man bei der Erfassung von herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz drei Gruppen von Assessmentinstrumenten beschreiben.

Die erste Gruppe beinhaltet Instrumente, welche sich um die Erfassung einzelner Verhaltensweisen bemühen. Dazu zählt beispielsweise das AWS, die Algase Wandering Scale, von Algase Donna aus dem Jahr 2001. Hier wird das Phänomen des nicht zielgerichteten Umherlaufens in seiner Häufigkeit und seinem Anlass erfasst. In der zweiten Gruppe der Assessmentinstrumente des herausfordernden Verhaltens geht es um bestimmte, zu größeren Gruppen zusammengefasste Verhaltensweisen. Dazu zählen die CMAI (Cohen Mansfield Agitation Inventory) von Cohen Mansfield aus dem Jahr 1991 zur Erfassung agitierten Verhaltens und die HAMD (Hamilton Depression Rating Scale) von Max Hamilton aus dem Jahr 1960 zur Beschreibung depressiven und antriebsarmen Verhaltens. Die dritte Gruppe der Assessmentinstrumente versucht, das auffällige oder herausfordernde Verhalten in seiner Gesamtheit zu erfassen. Derartige Instrumente sind das NPI (Neuropsychiatric Inventory) von Jeffery Cummings entwickelt 1994 und das BEHAVE- AD (Behavioral Pathology in Alzheimer Disease) erstellt von Barry Reisberg 1987. Auch das DCM (Dementia Care Mapping) entwickelt von der Bradford Dementia Group im Jahr 1997 zählt in diese Gruppe, stellt jedoch einen Sonderfall dar. Dieses Verfahren versucht zeitgleich, jegliches Verhalten, das Wohlbefinden der Betroffenen und die Qualität des Kontaktes zwischen Bewohner und Pflegepersonal zu erfassen. Außerhalb dieser Eingruppierungen gibt es noch Instrumente zur Erfassung des Schweregrades der Demenz wie den MMST

---

<sup>110</sup> Vgl. Bartholomeyczik, Sabine et.al. (2006), Seite 75/76

(Mini- Mental- Status- Test). Diese dienen jedoch nicht der Einschätzung von Verhalten.

## 2.5.5) VORSTELLUNG VON DREI ASSESSMENTINSTRUMENTEN

-Cäcilie Sponholz-

Um ein detaillierten Eindruck vom Aufbau, Auswertung und Ziel eines Assessmentinstruments zu erhalten, welches sich mit der Erfassung des herausfordernden Verhaltens beschäftigt, haben sich die Autoren entschieden, drei ausgewählte Assessmentinstrumente vorzustellen. Dabei fiel die Wahl auf das CMAI, das BEHAVE- AD und das PEA- Assessment. Das Assessment CMAI wurde gewählt, da es im weiteren Verlauf dieser Arbeit nochmal zur Thesenunterstützung aufgegriffen wird. Das BEHAVE- AD findet in dieser Arbeit seine Berechtigung, da es ein sehr interessantes Assessment ist, welches jedoch nur im englisch- sprachigen Raum genutzt wird. Die Autoren möchten damit aufzeigen, dass die Möglichkeiten der noch auszuschöpfenden Assessments zum herausfordernden Verhalten auch in anders sprachigen Ländern liegen könnten. Das PEA- Assessment wurde zur näheren Erläuterung ausgewählt, da es das Bewertungsinstrument des medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zur Beurteilung von Personen mit einer erheblich eingeschränkten Alterskompetenz darstellt und somit das Entscheidungsassessment für finanzielle Mittel ist.

### 2.5.5.1) Cohen- Mansfield- Agitation- Inventory (CMAI)

-Cäcilie Sponholz-

Dieses Assessmentinstrument wurde von Cohen Mansfield 1991, mit dem Ziel, ausschließlich agitierendes Verhalten zu messen, entwickelt. Somit dient es nicht der generellen Erfassung von herausforderndem Verhalten, sondern gezielt der agitierenden Verhaltensauffälligkeit. Agitierendes Verhalten tritt nicht bei allen an Demenz erkrankten Menschen auf. Dabei gibt es Indizien, dass das

Auftreten dieses Verhaltens in direktem Zusammenhang mit Unannehmlichkeiten oder unerfüllten Bedürfnissen steht. <sup>111</sup>

### **Entwicklung**

Die Entwicklung erfolgte auf der Basis ausführlicher, empirischer Beobachtungen dementer und nicht dementer Pflegeheimbewohner. Diese empirische Studie ist eine der Umfassendsten, welche zu dieser Thematik durchgeführt wurde. Das daraus entstandene Assessmentinstrument ist das am meisten eingesetzte Instrument in Bezug auf agitierendes Verhalten. Das Ziel besteht darin eine Bewertung bei Studien zu Verhaltensinterventionen sowie zur strategischen Vorgehensweise bei agitierendem Verhalten darstellen zu können. <sup>112</sup>

### **Aufbau und Auswertung**<sup>113</sup>

Die Bewertung des agitierenden Verhaltens erfolgt retrospektivisch auf die letzten zwei Wochen durch den Pflegenden. Das CMAI kann von qualifiziertem Pflegepersonal angewendet werden und benötigt lediglich eine kurze Einführung. Es umfasst 29 Items zum agitierenden Verhalten. <sup>114</sup> Die Bewertung erfolgt mittels siebenstufiger Skala entsprechend der auftretenden Häufigkeit des Verhaltens. Die Abstufungen der Bewertungskriterien sind wie folgt betitelt: Nie, weniger als einmal pro Woche, ein oder zweimal pro Woche, mehrmals pro Woche, ein oder zweimal täglich, mehrmals täglich und mehrmals stündlich. Erfasst wird nur das beobachtete Verhalten in vier Dimensionen: Körperlich aggressives Verhalten, körperlich nicht aggressives Verhalten, verbal aggressives Verhalten und verbal nicht aggressives Verhalten. Die Anwendungszeit der Originalfassung beträgt etwa 10- 15 Minuten. <sup>115</sup>

### **Zusammenfassung**

Das CMAI beurteilt lediglich Ausschnitte des herausfordernden Verhaltens. Es wurde jedoch auch nicht für die ganzheitliche Erfassung des herausfordernden

---

<sup>111</sup> Vgl. Bartholomeyczik, Sabine; Halek, Margareta (2009) S.87

<sup>112</sup> Vgl. Bartholomeyczik, Sabine; Halek, Margareta (2009) S.87

<sup>113</sup> Siehe Anhang 2 ‚Cohen Mansfield Skala‘

<sup>114</sup> Vgl. Bartholomeyczik, Sabine (2006), Seite 78

<sup>115</sup> Vgl. Bartholomeyczik, Sabine; Halek, Margareta (2009) Seite 87

Verhaltens konzipiert, daher fehlen beispielsweise Aspekte wie das passive Verhalten. Die Gründe und Ursachen des Verhaltens vermag dieses Instrument ebenfalls nicht aufzuzeigen. Aus diesen Gründen kann dieses Instrument einen Baustein für die gesamte strukturierte Erfassung von herausforderndem Verhalten bei Demenzerkrankten darstellen.

#### 2.5.5.2) Behavioral Pathology in Alzheimer Disease (BEHAVE- AD)

-Cäcilie Sponholz-

Barry Reisberg entwickelte 1987 dieses Instrument, um Verhaltensveränderungen bei Personen als Folge medikamentöser Interventionen zu erfassen. Das BEHAVE- AD ist darauf ausgelegt einen umfassenden Verhaltensstatus der untersuchten Person aufzuzeigen und es beinhaltet die Beurteilung von Verhaltensstörungen und psychopathologischen Symptomen bei der Alzheimer Demenz.<sup>116</sup>

##### **Entwicklung**

Das Instrument wurde auf der Basis empirischer Daten entwickelt. Dabei wurden die Pflegedokumentationen von ambulanten Patienten mit Demenz des Typs Alzheimer rückwirkend auf einen zweiwöchigen Zeitraum ausgewertet. Mittlerweile erfolgte die Anwendung im Zuge vieler Studien auch in Pflegeheimen.<sup>117</sup>

##### **Aufbau und Auswertung<sup>118</sup>**

Das BEHAVE- AD umfasst 25 Items, welche mittels einer dreistufigen Skala bewertet werden. Die Items umfassen folgende sieben Kategorien: Paranoia/Wahn, Halluzinationen, Störungen bei der Durchführung von Aktivitäten, Aggressionen, Störungen im Schlaf- Wachrhythmus, affektive Störungen und Angst- bzw. Phobiesymptome.<sup>119</sup> Weiterhin erfolgt eine globale

---

<sup>116</sup> Vgl. Radzey , Beate; Kuhn, Christina; Rauh, Janthe; Heeg, Sibylle (2001)

<sup>117</sup> Vgl. Radzey , Beate; Kuhn, Christina; Rauh, Janthe; Heeg, Sibylle (2001)

<sup>118</sup> Siehe Anhang 3 ‚BEHAVE AD‘

<sup>119</sup> Vgl. Reuschenbach, Bernd (2006)

Einschätzung zur Belastungssituation von Angehörigen. Für jedes Item liegt eine vierstufige Skala, bestehend aus 0= nicht vorhanden, 1= vorhanden, 2= vorhanden, mit einer emotionalen Komponente und 3= vorhanden, mit einer physischen Komponente, vor.<sup>120</sup> Die Erhebung erfolgt durch klinisches Fachpersonal oder geschulte Pflegekräfte. Das betreuende Personal wird durch diese auch zum Betroffenen befragt. Die Einschätzung soll hier den Schweregrad des auftretenden Verhaltens und nicht die Häufigkeit hervorbringen. Die Befragung benötigt 25 - 35 Minuten. Dabei kann dieses Instrument bei moderat bis schwer kranken Personen eingesetzt werden und eignet sich sowohl für Langzeitstudien als auch für multizentrische Studien.<sup>121</sup> Jedes Item wird für sich ausgewertet, sodass die Summe der Itempunkte innerhalb einer Kategorie den Schweregrad ergibt. Der Summenscore für alle Kategorien stellt das Gesamtausmaß der Verhaltensänderung dar. Am Ende gibt dann eine vierstufige Globalskala das Ausmaß der Belastung für den Angehörigen an.<sup>122</sup>

### **Zusammenfassung**

In den USA ist das BEHAVE- AD das am häufigsten genutzte Verfahren zur Verhaltensbeobachtung. Auf Grundlage dieses Assessmentinstruments wurden andere Skalen, wie zum Beispiel CUSPAD und CERAD- BRS entwickelt.<sup>123</sup> In Deutschland ist dieses Instrument nur in englischer Sprache zu finden, was darauf hin deuten könnte, dass es hier nicht angewandt wird.

#### 2.5.5.3) Personen mit erheblich eingeschränkter Alterskompetenz (PEA)

-Cäcilie Sponholz-

Das PEA- Assessment ist das Assessmentinstrument, welches dem medizinischen Dienst der Krankenversicherungen zur Beurteilung von Personen mit einer erheblich eingeschränkten Alterskompetenz und zu

---

<sup>120</sup> Vgl. Boes, Charlotte (o.J.)

<sup>121</sup> Vgl. Radzey , Beate; Kuhn, Christina; Rauh, Janthe; Heeg, Sibylle (2001)

<sup>122</sup> Vgl. Boes, Charlotte (o.J.)

<sup>123</sup> Vgl. Radzey , Beate; Kuhn, Christina; Rauh, Janthe; Heeg, Sibylle (2001)

Bewertung des Hilfebedarfs unterstützt. Anspruch auf die Leistungen des Paragraphen 87b SGB XI (der Paragraph beinhaltet die Vergütungszuschläge für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf) haben Personen mit einer erheblich eingeschränkten Alterskompetenz. Im folgendem Abschnitt definiert:

*„Anspruch auf die Leistungen nach § 45b SGB XI [zusätzliche Betreuungsleistung] haben Pflegebedürftige der Pflegestufe I, II und III und Personen, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht, mit einem auf Dauer bestehenden erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung.“<sup>124</sup>*

Der Durchführung des Assessments wird ein Screening vorgeschaltet, welches eine Auswertung des Formulargutachters zum Punkt *„Beschreibung von Schädigungen/Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Ressourcen in Bezug auf den Stütz- und Bewegungsapparat, die inneren Organe, die Sinnesorgane und Nervensystem/Psyché“<sup>125</sup>* die Feststellung zur Pflegebedürftigkeit nach SGB XI hat das Ziel, festzustellen, ob ein Assessment durchzuführen ist. Generell ist das Assessment durchzuführen, wenn das Screening positiv ist. Dabei ist es unerheblich, ob die Voraussetzungen für die Einstufung in eine Pflegestufe erfüllt sind oder ob der Betroffene häuslich oder stationär versorgt wird.

### **Aufbau und Auswertung<sup>126</sup>**

Das PEA Assessment umfasst 13 gesetzlich festgeschriebene Items mit folgenden Bezeichnungen: Unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauftendenz); Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen; unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdeten Substanzen; tötlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation; im situativen Kontext inadäquates Verhalten;

---

<sup>124</sup> Boes, Charlotte (o.J.)

<sup>125</sup> Boes, Charlotte (o.J.)

<sup>126</sup> Siehe Anhang 4 'PEA'

Unfähigkeit die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen; Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung; Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigung des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben; Störungen des Tag-/Nachtrhythmus; Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren; Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen; Ausgeprägtes labiles oder unkontrolliertes emotionales Verhalten und zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagttheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression.

Die Fragen sollen eindeutig mit ‚ja‘ oder ‚nein‘ beantwortet werden. Ein Assessmentmerkmal ist dann mit ‚ja‘ zu dokumentieren, wenn aufgrund dieser Störung ein Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf auf Dauer (voraussichtlich mindestens sechs Monate) und regelmäßig besteht. Regelmäßig bedeutet hier, dass ein täglicher Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf vorliegt. Dabei sind die einzelnen Items zu beobachten oder fremdanamnestisch zu erfragen und gutachterlich zu würdigen.<sup>127</sup> Durchführende im Rahmen dieser gesetzlichen Begutachtung sind Mitarbeiter des medizinischen Dienstes der Krankenversicherungen.

#### 2.5.5.4) Abschlussgedanken zu den drei vorgestellten Assessments

-Cäcilie Sponholz-

Das PEA- Assessment wird bei diesem Abschlussgedanken zu den drei vorgestellten Assessmentinstrumenten außen vor gelassen, da es den Autoren bei der Vorstellung dieses Assessments mehr um das Aufzeigen des gesetzlichen Assessment in Deutschland zur Feststellung von Personen mit

---

<sup>127</sup> Vgl. Boes, Charlotte (o.J.)

erheblich eingeschränkter Alterskompetenz ging, zu denen auch Menschen mit herausforderndem Verhalten bei Demenz zählen.

Der Abschlussgedanke zu den Assessment CMAI und BEHAVE- AD beinhaltet die Idee, dass ein Assessment aus beiden zusammengefasst bereits zwei wichtige Schwerpunkte zur Erfassung von herausforderndem Verhalten abdecken würde. Einerseits wäre mittels des CMAI die Häufigkeit des auftretenden Verhaltens, andererseits der Schweregrad der Verhaltensweisen mit Hilfe des BEHAVE- AD erfasst. Somit wäre die Pflege einen Schritt näher an einem ganzheitlicheren Assessmentinstrument zur Erfassung von herausforderndem Verhalten.

Die Frage nach den Ursachen des Verhaltens, ob unbefriedigte Bedürfnisse oder Stress diese Verhaltensweisen provozieren und ob Umweltbedingungen sie beeinflussen und das Verhalten des Gegenübers, vermag bislang kein Assessmentinstrument zu erheben und zu beantworten.<sup>128</sup>

---

<sup>128</sup> Vgl. Bartholomeyczik, Sabine; Halek, Margareta (2009) Seite 89

### 3.) PRAXISBEZOGENER TEIL

-Cäcilie Sponholz-

Ein weiteres Assessmentinstrument in eine Pflegeeinrichtung einzuführen, bedeutet immer auch Einarbeitungszeit für die Mitarbeiter zur Verfügung stellen zu müssen und im Pflegealltag eine zeitliche Mehrbelastung des Personals. Gerade in den jetzigen Zeiten, in denen Zeit in der Pflege Goldstaub gleicht, sollte daher eine Einführung eines neuen Assessmentinstruments gut durchdacht sein. Aus diesem Grund entschieden sich die Autoren das bereits Vorhandene zu nutzen. In diesem Fall bedeutet das, dass die gesetzlich vorgeschriebene Pflegedokumentation die Grundlage zur Erfassung von herausforderndem Verhalten darstellt. Die Fragestellung, welche sich für die Autoren ergab, besteht darin, herauszufinden, ob die Pflegedokumentationen in den Häusern A und B ausreichend sind, um dieser Aufgabe nachzukommen. Dieser Teil der Arbeit beinhaltet nun die Dokumentenanalyse, die exemplarische Durchführung eines Assessmentinstruments sowie die Auswertung beider.

#### 3.1) VORSTELLUNG DER FORSCHUNGSFELDER

**Haus A:** Diana Schülke

**Caritas- katholischen Altenpflegeheim „Schwester Elisabeth Rivet“**

Die Altenpflegeeinrichtung „Schwester Elisabeth Rivet“ der Caritas wurde 1986 in Planung gegeben und dann im September 1991 als eine der modernsten Pflegeeinrichtungen ihrer Zeit eröffnet. Dieses Haus befindet sich in ruhiger Lage mitten in Neubrandenburg, in der Heidmühlenstraße. Die Einrichtung ist ein katholisches Haus und befindet sich direkt gegenüber der katholischen Kirche. Aufgrund der katholischen Ausrichtung befindet sich in der Pflegeeinrichtung eine Kapelle, die die Bewohner und auch alle anderen Menschen nutzen können. Die 68 pflegebedürftigen Bewohner leben alle in Einzelzimmern, wobei die meisten mit einem Balkon ausgestattet sind. Geprägt vom Grundgedanken der christlichen Nächstenliebe, welches das Wort

„Caritas“ beschreibt, wird jeder Bewohner als eine Persönlichkeit mit einem ganz individuellen Lebensweg verstanden und angenommen. Die Mitarbeiter dieser Einrichtung sind demzufolge angehalten, sich an die Richtlinien der Caritas zu halten, sprich das Leitbild der Nächstenliebe. Dieses beruht darauf, sich den Hilfebedürftigen zuzuwenden und mit ihnen solidarisch zu sein. Die Arbeit, also die Betreuung und Pflege, der Heimbewohner orientiert sich an individuellen Bedürfnissen, Problemen und Ressourcen. Die Caritas Einrichtung orientiert sich in Hinsicht auf die Unterstützung und Anleitung der Bewohner bei allen alltäglichen Lebenssituationen an den AEDL's, den Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des täglichen Lebens an den Vorgaben von Monika Krohwinkel. Mit den 13 AEDL's wird dann der Hilfebedarf eingeschätzt und eine Pflegeplanung erstellt, die es ermöglichen soll den Bewohner individuell pflegen und behandeln zu können. In diesem Haus leben Menschen mit verschiedenstem Hilfebedarf. Einige haben die Pflegestufe 1 und benötigen nur Hilfe bei der Tagesbewältigung, andere mit der Pflegestufe 3 benötigen bei allem die Hilfe der Pflegekräfte. In dieser Einrichtung arbeiten die Pflegekräfte im Schichtsystem, das heißt, dass es eine Frühschicht und eine Spätschicht gibt. In der Nacht werden die Bewohner von Dauernachtwachen umsorgt.

#### **Haus B: Cäcilie Sponholz**

#### **Diakoniewerk Kloster Dobbertin- Altenhilfezentrum „Matthias Claudius“**

Das Altenhilfezentrum „Matthias Claudius“ liegt in Strasburg, einer Kleinstadt im äußersten Norden der Uckermark mit etwa 7000 Einwohnern. Hier wurde es 1997 am Stadtrand in unmittelbarer Nähe eines Wohngebietes eröffnet. Es umfasst 72 Pflegeplätze verteilt auf 26 Doppel- und 20 Einbettzimmer auf zwei Wohnebenen. Jedes Zimmer verfügt über ein eigenes Badezimmer. Im Erdgeschoß grenzt an fast jedes Zimmer eine kleine Terrasse. Die Betreuung und Pflege der Heimbewohner orientiert sich an deren individuellen Bedürfnissen, Problemen und Ressourcen. Dabei wird die Pflegedokumentation auf den AEDL's, Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des täglichen Lebens, von Monika Krohwinkel gestützt. Mit den 13 AEDL's als Leitfaden wird der Hilfebedarf ermittelt und eine Pflegeplanung erstellt, die es ermöglichen soll den Bewohner individuell pflegen und

behandeln zu können. Auch in diesem Haus leben Menschen mit verschiedenstem Hilfebedarf. Alle der 72 Bewohner haben eine Pflegestufe von I bis III. Ebenfalls wie in Haus A arbeiten die Pflegekräfte im Schichtsystem, das heißt es gibt eine Früh-, Spät- und Nachtschicht, welche durch die 42 Mitarbeiter und unterstützend von drei Auszubildenden und zwei Absolventen des freiwilligen sozialen Jahres abgedeckt wird.

### 3.2) DOKUMENTENANALYSEBOGEN

-Cäcilie Sponholz-

Ein Dokumentenanalysebogen zählt zu den quantitativen inhaltsanalytischen Erhebungstechniken, welche Daten untersuchen und auswerten, die bereits als Dokumente vorliegen. Es werden schriftliche Informationsquellen zur Datenbeschaffung herangezogen. Die Vorteile der Dokumentenanalyse liegen in der raschen Verfügbarkeit der zu erhebenden Daten und somit einem geringeren Aufwand bei der Datenerhebung, der Vergleichbarkeit der Daten und der selbstständigen Analyse ohne den Betriebsablauf zu stören. Die Nachteile bestehen darin, dass die zu erhebenden Daten möglicherweise nicht aktuell und vollständig und zu bestimmten Sachverhalten keine Dokumente vorhanden sind. Aus diesem Grund sollten zusätzliche Informationen mittels anderer Werkzeuge (z.B. Assessmentinstrumenten) eingeholt werden. Die Durchführung kann als Einzelperson sowie von kleineren Teams erfolgen. Im ersten Schritt erfolgt eine Diskussion und Präzisierung der Fragestellung der Erhebenden und Personen, welche über Erfahrungen in dem Bereich verfügen. Es wird bestimmt wer die Dokumentenanalyse vornimmt und welche Art von Dokumenten herangezogen werden sollen.

Der zweite Schritt umfasst die Sammlung und Sichtung der zu analysierenden Dokumente. Je nach den Dokumenten und der Fragestellung kann so ein Raster aus unterschiedlichen qualitativen und quantitativen Kriterien entstehen. Es erfolgt dann die Analyse und anschließend Schritt drei. Dazu werden die Ergebnisse zuerst zusammengetragen und gegebenenfalls im Team besprochen. Hierbei sind Fragen, die besprochen werden sollten folgende:

- Welche Einsichten geben die Daten in Hinblick auf die Fragestellung?
- Hat sich etwas über einen bestimmten Zeitraum verändert?
- Muss aufgrund der Dokumentenanalyse noch etwas näher untersucht werden?
- Welche ersten Konsequenzen lassen sich aus der Analyse ziehen?<sup>129</sup>

### 3.2.1) VORSTELLUNG DES DOKUMENTENANALYSEBOGENS

-Cäcilie Sponholz-

Die Autoren entschieden sich zu Beginn ihrer Arbeit für eine Datenanalyse der Pflegedokumentationen in den Forschungsfeldern A und B. Dabei sollten alle Bewohner mit einer diagnostizierten Demenz jeweils eines Wohnbereichs in die Dokumentenanalyse aufgenommen werden. Die Wahl des Wohnbereichs fiel jeweils auf den Wohnbereich, auf welchem die Autoren im Zuge ihrer Ausbildung arbeiten. Aufgrund dieser Entscheidung entwickelten die Autoren einen für sich geeigneten Dokumentenanalysebogen (siehe Anhang). Der Titel des Dokumentenanalysebogens lautet „Erhebungsbogen zur Auswertung der Pflegedokumentation bzgl. herausforderndem Verhalten“. Im Kopf des Erhebungsbogens werden Informationen erfragt, welche das Erhebungsdatum, die Erhebungseinrichtung, den Namen des Erhebenden, Erhebungsstation und den Betrachtungszeitraum, welcher den Vermerk ‚letzten 2 Wochen‘, erfassen. Die Dokumentenanalysetabelle enthält 11 Spalten, wovon drei jeweils nochmal genauer unterteilt sind. Die erste Spalte enthält die jeweilig fortlaufende Nummer der Untersuchung. Die Nummern 1- 17 sind erhobene Bewohner aus dem Haus A, Nummer 18- 30 sind erhobene Bewohner aus Haus B. In der zweiten Spalte wurden die Bewohnernamen eingetragen. Aus datenschutzrechtlichen Gründen ist diese Spalte des Bogens im Anhang entfernt. Für die Auswertung der Dokumentenanalyse durch das Qualitätsmanagement der Forschungsfelder wurden die Namen mit aufgenommen. Die dritte Spalte erfasst das Geschlecht der untersuchten

---

<sup>129</sup> Vgl. o.V. (o.J.) :Dokumentenanalyse

Person, um gegebenenfalls später eine Aussage zu einer geschlechtsspezifischen Tendenz bezüglich des Auftretens von herausforderndem Verhalten bei Demenz treffen zu können. Dabei steht „w“ für weiblich und „m“ für männlich. In der vierten Spalte soll das Dokumentationsdatum eingetragen werden, um Häufigkeiten und Abstände zwischen den dokumentierten Verhaltensauffälligkeiten erfassen zu können. Die fünfte Spalte erfasst den Dokumentierenden. Diese Spalte ist in drei Unterspalten aufgegliedert, in PFK für Pflegefachkraft, PHK für Pflegehilfskraft und BK für Betreuungskraft. Ziel dieser Spalte ist es herauszufinden, welcher der drei möglichen Dokumentierenden am häufigsten das Verhalten scheinbar erkennt, aber auf jeden Fall niederschreibt. Die sechste Spalte will erfassen, um welche Verhaltensweise es sich nach dem NDB- Modell handelt. Aus diesem Grund ist diese Spalte mit ‚Kategorien nach dem NDB- Modell‘ betitelt und daraus folgend in fünf Unterspalten eingeteilt. Die fünf Unterspalten umfassen das verbal- aggressive, das verbal nicht aggressive, das körperlich nicht aggressive, das körperlich aggressive und das passive Verhalten. Der Einbezug des passiven Verhaltens in den Dokumentenanalysebogen ist den Autoren von großer Bedeutung, da dies zur ganzheitlichen Erfassung von herausforderndem Verhalten notwendig ist. In der siebten Spalte wird die Formulierung, der in der Pflegedokumentation niedergeschriebenen Verhaltensauffälligkeit, aufgenommen. Mittels dieser Spalte soll aufgezeigt werden, welche Begrifflichkeiten bzw. Umschreibungen in der Pflegedokumentation am häufigsten zu finden sind und ob das dokumentierte Verhalten als herausforderndes Verhalten wahrgenommen wurde. Spalte acht, neun und zehn sollen nun das Dokument ermitteln, in welchem das Verhalten vermerkt wurde. Die Spalte acht erfragt, ob dies im Ab- ‚dem Anamnesebogen‘ erfolgte. In Spalte neun im Pb- ‚dem Pflegebericht‘ und in der Spalte zehn ‚Pflegeplanung‘ auftritt. Die Spalte zehn ‚Pflegeplanung‘ ist in drei Unterspalten aufgeteilt, welche erfragen ob die Dokumentation als Ressource oder Problem, als Ziel und/ oder als Maßnahme in die Pflegeplanung mit aufgenommen wurde. Die Bedeutung dieser drei Spalten für die Autoren liegt darin, herauszufinden, in welchem Bereich der Pflegedokumentation die häufigsten

Eintragungen zum herausfordernden Verhalten erfolgt sind. Die letzte Spalte mit der Überschrift ‚CMAI‘ erlaubt es den Autoren nach ihrer Einschätzungskompetenz zu entscheiden, ob das Verhalten aus ihrer Sicht ausreichend dokumentiert wurde oder ob es sinnvoll wäre, eine Einschätzung mittels eines Assessmentbogens, speziell der Cohen Mansfield Skala, bei den Bewohnern durchzuführen.

### 3.2.2) BESCHREIBUNG DER DURCHFÜHRUNG

-Cäcilie Sponholz-

Der im Gliederungspunkt 3.2.1. vorgestellte Dokumentenanalysebogen hatte direkt nach der Entwicklung eine andere Form.<sup>130</sup> Aufgrund des durchgeführten Pretests in der dritten Bearbeitungswoche an Frau W., überarbeiteten die Autoren den Dokumentenanalysebogen nochmals, sodass er fast die oben beschriebene Aufmachung erhielt.<sup>131</sup> Anstatt der Spalte Dokumentationsdatum befand sich dort die Spalte Dokumentationshäufigkeit, welche untergliedert war in „nie“, „weniger als einmal pro Woche“, „ein- bis zweimal pro Woche“, „mehrmals pro Woche“, „ein- bis zweimal täglich“, „mehrmals täglich“ und „mehrmals stündlich“ (angelehnt an die Cohen Mansfield Skala). In den Häusern A und B erfolgt die Pflegedokumentation EDV gestützt, was die Dokumentenanalyse erleichterte. In der vierten Bearbeitungswoche analysierten die Autoren getrennt voneinander in den jeweiligen Forschungsfeldern mittels des Dokumentenanalysebogens die Pflegedokumentation. Die Kriterien für die Testpersonen bestanden darin, dass sie auf dem untersuchten Wohnbereich leben, eine ärztlich diagnostizierte Demenz aufweisen und in dem Bearbeitungszeitraum vom 02.10.2013 bis 16.10.2013 in der Einrichtung anwesend waren.

Während der Analyse standen die beiden Autoren in telefonischem Kontakt, um auftretende Ungereimtheiten oder Probleme für eine einheitliche Bearbeitung zu

---

<sup>130</sup> Siehe Anhang 5 ‚Dokumentenanalysebogen 1‘

<sup>131</sup> Siehe Anhang 6 ‚Dokumentenanalysebogen 2‘

besprechen. Die Autoren analysierten die EDV gestützten Bewohnerakten in Bezug auf den Anamnesebogen, die Pflegeplanung und die Pflegeberichte. Die Spalten fünf, sechs, acht, neun, zehn und elf wurden mittels der Zahlenkombination ,0' für ,nein' und ,1' für ,ja' zur erleichterten Auswertbarkeit erfasst. Die Durchführung der Dokumentenanalyse benötigte in Haus A wie auch in Haus B drei Tage a´ fünf Stunden.

Am zweiten Erhebungstag einigten sich die Autoren, dass die Spalte Dokumentationshäufigkeit unbrauchbar und zu aufwendig ist und somit in Dokumentationsdatum umgeändert wird. Ebenfalls am zweiten Erhebungstag entdeckte der Autor des Hauses B einen Erhebungsbogen zur Erfassung von Schmerzen bei Demenz. Das BESD (Beurteilung von Schmerzen bei Demenz) nimmt unter anderem einige Aspekte bezüglich herausfordernden Verhaltens auf.<sup>132</sup>

---

<sup>132</sup> Siehe Anhang 7 ,BESD'

### 3.3) AUSWERTUNG DES DOKUMENTENANALYSEBOGENS HAUS A<sup>133</sup>

-Diana Schülke-

Im Forschungsfeld A bezog sich die Dokumentenanalyse auf einen der zwei Wohnbereiche. Auf dem Wohnbereich 1 leben 36 Bewohner. Von diesen weisen 17 eine diagnostizierte Demenz auf. Diese 17 demenziell Erkrankten sind unterteilt in 4 männlichen und 13 weiblichen Geschlechts, welches die anfängliche Aussage unterstützt, dass tendenziell mehr Frauen als Männer vom Krankheitsbild der Demenz betroffen sind. Im Forschungsfeld A gestaltet sich die Dokumentation folgendermaßen: in den Pflegebericht können Pflegefachkräfte, Pflegehilfskräfte und die Betreuungskräfte wichtige Informationen zum jeweiligen Bewohner vermerken. Im Gegensatz dazu, wurden der Anamnesebogen und die Pflegeplanung ausschließlich von den Pflegefachkräften erfasst und geschrieben. Dies erklärt die vermehrte Dokumentation vom Pflegefachpersonal. Sie haben bei den 17 Bewohnern insgesamt 85 Mal etwas im Anamnesebogen, der Pflegeplanung und im Pflegebericht dokumentiert. Die Pflegehilfskräfte ermittelten laut der Dokumentation 16 Ereignisse und die Betreuungskräfte notierten 19 relevante Bemerkungen im Pflegebericht.

Bei den Ereignissen handelte es sich am Häufigsten um passives Verhalten. Hierzu wurden 60 Einträge verfasst. Am häufigsten tritt die Formulierung auf „Gefahr der Vereinsamung und sozialer Rückzug“. Dieser Wortlaut wurde mehrfach verwendet. Diese Aussage wurde mehrfach in der Pflegeplanung erfasst und erweitert. Formulierungen aus der Dokumentenanalyse lauten wie folgt: „Gefahr der Vereinsamung, da HB unter Traurigkeit leidet“, „Gefahr der Vereinsamung, Isolation und soz. Rückzug“, „Gefahr der Vereinsamung durch Schwerhörigkeit“, „Gefahr der Vereinsamung und Isolation, da HB unter depressiven Verstimmungen leidet“, „Gefahr der Vereinsamung und Isolation, da HB auf Grund ihrer eingeschränkten Immobilität auf ihrem Zimmer Verweilen möchte“, „Gefahr der Vereinsamung und Isolation aufgrund von

---

<sup>133</sup> Siehe Anhang 8 ‚ausgefüllter Dokumentenanalysebogen Haus A‘

Desorientierung“, „beeinträchtigte Kommunikation mit Gefahr der Vereinsamung, Desorientiertheit, nur durch unverständliche Laute kommunikationsfähig“ , „beeinträchtigte Kommunikation mit Gefahr der Vereinsamung durch Schwerhörigkeit, undeutliche Sprache, beeinträchtigtes Sehvermögen, HB ist oft verbal und körperlich aggressiv, leicht reizbar, beschimpft nur und macht abfällige Bemerkungen“ und „HB leidet unter Traurigkeit, depressiver Verstimmung, Gefahr der Vereinsamung“. Hierbei ist erkennbar, dass der Grund der Vereinsamung und des sozialen Rückzugs angegeben wird. Weitere Formulierungen aus der Pflegeplanung, welche passives Verhalten aufzeigen, lauten „HB kann Kontakte nicht allein aufrecht erhalten“, „HB mag keine großen Gruppen, sitzt gerne in seinem Zimmer“, „HB lehnt häufig größere Gruppen ab, ist dann lieber allein im Zimmer“, „HB vergisst zeitweise den Aufenthaltsort zu ändern“, „desorientiert zur Person, Situation, Umgebung, Beeinträchtigte Kommunikation aufgrund von Demenz und da HB blind ist“ und „Kontrakturgefahr durch Unlust an Bewegung, HB verharrt oft in einer Stellung“. Aussagen zu passiven Verhaltensweisen finden sich auch schon im Anamnesebogen. Diese von Pflegefachkräften notierten Ausdrucksweisen werden als „HB liebt die Zurückgezogenheit“, „HB ist gern für sich allein, wünscht keinen Kontakt zu anderen“, „HB verbringt gerne Zeit in seinem Zimmer“ und „HB lässt sich nach Aussage der Angehörigen nicht gern beschäftigen, will sich am liebsten nur im Zimmer aufhalten“ beschrieben. Die restlichen 20 Aussagen befinden sich im Pflegebericht. Hierbei werden Formulierungen wie „HB war mit den Gedanken nicht richtig bei uns“, „HB wurde mehrmals versucht zu motivieren aufzustehen, erfolglos“, „HB blieb im Zimmer und las Zeitung“. Auch die ausbleibende Teilnahme an Integrationsmöglichkeiten wird als passives Verhalten verstanden. Hierfür nutzten die Betreuungskräfte folgende Formulierungen: „HB lehnte die Beschäftigung ab, schimpfte, wurde schroff“, „HB blieb auf Wunsch im Zimmer“ und „HB wollte nicht mit zur Beschäftigung/ Gymnastik“ genutzt.

Wenn es um agitiertes Verhalten ging, wurde weitaus weniger dokumentiert. 17 Mal wurde das verbale aggressive Verhalten erfasst. In der durch die Pflegefachkräfte geschriebenen Pflegeplanung treten Formulierungen wie „HB

manchmal verbal aggressiv und schwerer zu leiten“, „HB leidet unter nachlassender Gedächtnisleistung- neigt daher zu zunehmender Aggression, Unzufriedenheit“, „HB kann seine Gefühle nicht kontrollieren (Wut, Ärger), kann verbal sehr ungehalten sein, auch körperlich oft aggressiv/ verwendet viele Schimpfwörter gegenüber Pflegepersonal“, „HB lehnt Grundpflege häufig ab, auch die Zahnprothesen, wird sehr aggressiv“ und „beeinträchtigte Kommunikation mit Gefahr der Vereinsamung durch Schwerhörigkeit, undeutliche Sprache, beeinträchtigt Sehvermögen, HB ist oft verbal und körperlich aggressiv, leicht reizbar, beschimpft nur und macht abfällige Bemerkungen“ auf. Im Anamnesebogen findet man Aussagen wie „verfällt schnell in lauten Tonfall, besonders, wenn Umgebung um ihn herum unruhig ist“, „HB lehnt PK oft ab und wehrt sich gegen die Rasur“ oder „HB kann verbal und nonverbal sehr ungehalten sein (wird manchmal handgreiflich gegenüber dem Pflegepersonal)“. Die anderen sechs Vermerke auf verbal aggressives Verhalten treten im Pflegebericht in Erscheinung. Hier formulierten die Pflegefach-, Pflegehilfs- und Betreuungskräfte folgende Aussagen: „HB war nach dem Abendessen sehr aufgebracht und schrie auch laut.“, „mit HB über den WB gegangen, dabei ist er manchmal richtig laut geworden PB“, „HB ungehalten, brubbelte gleich los als ich ins Zimmer kam“, „HB lehnte ab, war auch aggressiv“, „HB lehnte die Beschäftigung ab/ schimpfte, wurde schroff“, „HB hat mal wieder alles durcheinander gebracht. Sie hat immerzu gefragt, wann sie nach Hause gebracht wird und wie spät es ist, sie hat sogar einige BW beschimpft.“ Und „HB war aggressiv, beschimpfte und kniff Pflegekraft“.

In der nächsten Unterkategorie wurden 7 Bemerkungen zum verbal nicht aggressiven Verhalten vorgenommen. Für diese Verhaltensweisen gab es keinen Hinweis im Anamnesebogen. Zwei Eintragungen wurden in der Pflegeplanung aufgenommen. Hierfür wurden die Formulierungen „HB spricht auch während des Essens unaufhörlich“ und „beeinträchtigte Kommunikation mit Gefahr der Vereinsamung durch Schwerhörigkeit, undeutliche Sprache, beeinträchtigt Sehvermögen, HB ist oft verbal und körperlich aggressiv, leicht reizbar, beschimpft nur und macht abfällige Bemerkungen“ gewählt. Weitere sechs Vermerke sind im Pflegebericht mit den Aussagen „HB fragte immer wieder ob es

draußen kalt wäre“, „HB sagte immer wieder ja“, „HB hat mal wieder alles durcheinander gebracht. Sie hat immerzu gefragt, wann sie nach Hause gebracht wird und wie spät es ist, sie hat sogar einige BW beschimpft.“, „zum Stundenende wurde HB unruhig und fragte öfter nach der Zeit“ und „HB sah aus dem Fenster und beschwerte sich über das Wetter“ zu finden.

In der dritten Subkategorie des körperlich nicht aggressiven Verhaltens wurden 26 Eintragungen vorgenommen. Im Anamnesebogen vermerkten die Pflegefachkräfte Wortlaute wie: „entfernt oft IKM selbstständig u. beschmiert sich selbst und das Bett mit Stuhlgang“, „befördert gerne verschiedene Gegenstände über den Wohnbereich“ und „HB schmiert mit Essen herum“. In der Pflegeplanung wurde weitere Formulierungen genutzt: „gelegentliches Kotschmieren“, „HB schmiert mit Essen herum“, „HB läuft im Zimmer umher und kann das Bett nicht allein finden“, „Weglauftendenz“, „Hin- und Weglauftendenz, sucht ständig Nähe von anderen Personen“, „Weglauftendenz bei Orientierungslosigkeit“, „steht nachts gelegentlich selbstständig auf und ist desorientiert, massiv sturzgefährdet“, „HB spielt mit Exkrementen, scheint IKM nicht zu mögen, zerkleinert es sehr häufig“, „HB schmiert fast täglich mit Kot“, „HB ist häufig desorientiert, läuft im Zimmer umher und kann das Bett nicht selbstständig aufsuchen“, „befördert gerne verschiedene Gegenstände über den Wohnbereich“ und „HB ist desorientiert, läuft im Zimmer umher und kann das Bett nicht selbstständig aufsuchen“. Die restlichen 15 Eintragungen erfolgten im Pflegebericht mit Formulierungen wie: „HB hatte sich nachts eine Hose angezogen, " räumt ihr Zimmer auf", „HB ist zeitweise sehr unruhig und räumte im Zimmer umher PB“, „HB war ständig in anderen Zimmern“, „HB war ständig in anderen Bewohnerzimmern, um in deren Papierkörbe zu urinieren“, „HB suchte ihr Zimmer, wusste nicht wohin sie gehen sollte“, „HB ging im Wohnbereich in andere Bewohnerzimmer, musste von PK immer mitgenommen werden“, „HB hat ihr Bett abgezogen und in den Bezug gekotet, den hat HB dann unter ihr Bett gelegt“, „HB in der Nacht unruhig, lief oft in ihrem Zimmer umher“, „HB hatte auf den Teppich ihren Stuhlgang hinterlassen“, „HB hatte Spuren von Kot auf dem Fussboden hinterlassen“, „HB urinierte 2x auf den Flur“, „HB urinierte ins Zimmer“, „HB urinierte in die Obstschale“ und „HB beschmierte ihre Kleidung mit Stuhlgang“.

In der letzten Unterkategorie des körperlich aggressiven Verhaltens wurden weitere 17 Aussagen dokumentiert. Im Anamnesebogen findet man folgende Aussagen: „HB kann verbal und nonverbal sehr ungehalten sein (wird manchmal handgreiflich gegenüber Pflegepersonal)“ und „HB lehnt Körperpflege oft ab und wehrt sich gegen die Rasur“. In der Pflegeplanung sind weitere Vermerke notiert. Diese lauten: „HB ist zeitweise aggressiv beim Einsetzen der Zahnprothese, sodass er auch PP beißen würde“, „Selbstgefährdung durch Selbstüberschätzung“, „HB leidet unter nachlassender Gedächtnisleistung (zunehmende Aggression, Unzufriedenheit)“, „HB kann seine Gefühle nicht kontrollieren (Wut, Ärger), kann verbal sehr ungehalten sein, auch körperlich oft aggressiv und verwendet viele Schimpfwörter gegenüber Pflegekraft“, „HB lehnt Grundpflege häufig ab, auch die Zahnprothesen, wird sehr aggressiv“, „HB scheint PEG nicht zu akzeptieren, spielt und zieht daran herum“ und „beeinträchtigte Kommunikation mit Gefahr der Vereinsamung durch Schwerhörigkeit, undeutliche Sprache, beeinträchtigtes Sehvermögen, HB ist oft verbal und körperlich aggressiv, leicht reizbar, beschimpft nur und macht abfällige Bemerkungen“. Im Pflegebericht wird das körperlich aggressive Verhalten folgendermaßen beschrieben: „lehnt häufig GP ab und wird sehr ungehalten“, „HB lehnte ab, war auch aggressiv“, „HB hat sich den Katheter gezogen“, „HB wurde teilweise aggressiv zu PK und wollte sie kneifen“, „HB leicht aggressiv bei der PK, wenn ihr etwas zu lange dauerte kniff sie die Pflegekraft“, „HB sehr aggressiv bei KP, kniff und haute PK“ und „HB war aggressiv, beschimpfte und kniff PK“.

Es ist erkennbar, dass einige Formulierungen unpräzise gewählt wurden und daher in verschiedenen Subkategorien Beachtung finden müssen. Diese über 120 Vermerke auf herausforderndes Verhalten wurden, wie bereits erwähnt, in drei Stufen des Pflegeprozesses eingeteilt. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass in der ersten Phase der Anamnese 10 Verhaltensweisen aufgenommen wurden, welche auf herausforderndes Verhalten hinweisen können. Diese geringe Anzahl ist verständlich, da sich das Verhalten der Bewohner meist erst herauskristallisiert. Im Pflegebericht gab es 50 Ereignisse, welche auf ‚Verhaltensstörungen‘ schließen lassen. Da die Pflegeplanung in seine drei Stufen unterteilt wurde, gibt es dementsprechend drei Angaben. Es ergaben

sich 62 Probleme (und Ressourcen). Daraus resultierend gab es nur 41 Zielformulierungen und 50 Maßnahmen.

Bei der Analyse ist aufgefallen, dass zu keinem Vermerk, welcher im Pflegebericht Beachtung fand, ein Ziel verfasst wurde. Gerade zweimal wurden Maßnahmen dokumentiert angewandt, um das Verhalten zu kompensieren. Diese lauten „beruhigendes Gespräch geführt“ und „HB wurde zusätzlich umgezogen“.

Für Probleme beziehungsweise Ressourcen der Pflegeplanung wurden hingegen Ziele und Maßnahmen formuliert. Es ist jedoch mehrmals kein ‚roter Faden‘ erkennbar. Das bedeutet, dass die gewählten Formulierungen der Ziele und Maßnahmen keinen Bezug zum eigentlichen Problem haben. Die Ziel- und Maßnahmenformulierungen werden oftmals in der Pflegeplanung standardisiert gewählt, weil ausreichend Formulierungshilfen des Computerprogramms angeboten werden.

Für das passive Verhalten wurde häufig die Zielformulierung „HB fühlt sich individuell betreut, akzeptiert, angenommen“ oder „HB ist nicht einsam und isoliert, Kontakte bleiben erhalten“ gewählt. Die dazu beschriebene Maßnahme ist oft standardisiert: „individuelle Beschäftigung je nach Tagesform, Wünsche erfragen“. Hierbei wurden oftmals Beispiele angegeben, welche individuell zu den Bewohnern passen, wie „Anrufe tätigen, vorlesen, Informationsaustausch, TV, Radio“. Drei Mal wurde auf den validierenden Umgang verwiesen „validierender Umgang, Beschäftigungen oder Gespräche anbieten“ oder „validierender Umgang, auch mit HB sprechen, wenn sie nicht regiert“. Sobald ein Bewohner orientierungslos ist wird „HB fühlt sich sicher und bekommt ausreichend Schlaf“ als Ziel formuliert.

Bei Problemen im verbal nicht aggressiven Bereich wurden zwei Ziele und Maßnahmen in der Pflegeplanung formuliert: „keine Vereinsamung“ und „keine Aspiration“. Hierzu wurden passende Maßnahmen angeordnet, wie „validierender Umgang, Beschimpfungen überhören, HB würdevoll behandeln“ und „HB auffordern beim Essen/Trinken nicht zu sprechen, HB Zeit lassen“.

Den Vermerken im Pflegebericht und im Anamnesebogen wurden keine Ziel- und Maßnahmenformulierungen hinzugefügt.

In der Subkategorie des körperlich nicht aggressiven Verhaltens gibt es meist keine passenden Ziel- und Maßnahmenformulierungen. Beim Befördern von Gegenständen durch den Wohnbereich sowie beim Urinieren, Koten in unvorhergesehene Gegenstände beziehungsweise beim ‚Herum schmieren‘ mit diesen, welches häufig dokumentiert wurde, ist einmalig ein Ziel notiert worden, welches lautet: „keine Hauterkrankungen, Akzeptanz des IKM“. Maßnahmen, welche eingeleitet wurden oder eingeleitet werden sollen, sind: „Toilettenausscheidungstraining mit Beaufsichtigung und Unterstützung bei der Ausscheidung“, „HB wurde zusätzlich umgezogen“ und „validierender Umgang“. Wenn das Problem im ‚Herum schmieren‘ mit Lebensmitteln bestand, wurde das Ziel „keine Mangelernährung“ angepasst mit der dazu passenden Maßnahme: „Beaufsichtigung durch PK bei Mahlzeiten erforderlich“. Bei Problemen, die sich mit Hin- und Weglauftendenz beschäftigen, wurden im Pflegebericht und in der Anamnese keine Ziele und Maßnahmen erfasst, jedoch für die, die in der Pflegeplanung aufgeführt wurden. Hier lauten Ziele wie folgt: „HB fühlt sich sicher und bekommt ausreichend Schlaf“, „Gefahr minimieren“ und „keine Weglauftendenz“. Hierfür wurden Maßnahmen aufgestellt, wie „Möglichkeit zur körperlichen Bewegung geben/ Hilfe beim Aufsuchen des Bettes“, „validierender Umgang/ Beschäftigungsmöglichkeiten ausschöpfen“ „Weglauftendenz minimieren und deren Gefahren durch: Beschäftigungsmöglichkeiten ausschöpfen, validierende Kommunikation“ und „Hilfe beim Aufsuchen des Bettes“.

In der vierten Unterkategorie des körperlich aggressiven Verhaltens wurden Probleme, die bei der Körperpflege auftreten, mit folgenden Zielen in der Pflegeplanung belegt: „HB lässt KP zu, angepasste Körperhygiene“ , „Zahnprothese wird toleriert und täglich getragen“ , „sieht die Notwendigkeit der Körper-/Hautpflege ein“. Daraus resultierende Maßnahmen sind: „validierender Umgang“ und „HB von Notwendigkeit der Maßnahme überzeugen“. Bei der Gefahr der Selbstverletzung wurden die Ziele wie folgt beschrieben: „Vermeiden von schwerwiegenden Verletzungen“ mit der Maßnahme, dass der

„Bauchgurt anzubringen ist zu allen Ruhezeiten“. Als der Katheter selbst gezogen wurde beziehungsweise ein Bewohner an der PEG Austrittsstelle ‚herum spielt‘, notierte die Fachkraft das Ziel „keine Infektion an der PEG austrittsstelle“ und die Maßnahme „neu legen des Katheters“. Bei anderen körperlich aggressiven Verhaltensweisen wurden Ziele in der Pflegeplanung benannt wie: „kann Wut, Ärger, Aggression in adäquate Weise mitteilen“ und „keine Vereinsamung“. Die dazu gehörigen Maßnahmen lauten: „validierender Umgang“ und „individuelle Beschäftigung je nach Tagesform“. Zu den wahrgenommenen Problemen aus dem Pflegebericht sind keine Eintragungen in Bezug auf Ziele oder Maßnahmen erfolgt.

Nach dieser Dokumentenanalyse kam der Autor des Forschungsfeldes A zu dem Entschluss, dass die erweiterte Cohen Mansfield Skala bei acht der 17 dementiell Erkrankten Anwendung finden soll.

### 3.4) AUSWERTUNG DES DOKUMENTENANALYSEBOGENS HAUS B<sup>134</sup>

-Cäcilie Sponholz-

Der untersuchte Wohnbereich im Forschungsfeld B wird durch 36 Menschen bewohnt. Von diesen 36 Heimbewohnern haben 17 eine diagnostizierte Demenz und wurden somit Gegenstand dieser Untersuchung. Von den 17 untersuchten Personen sind 14 weiblichen und drei männlichen Geschlechts. Eine Dokumentation von Verhaltensweisen, welche zum herausfordernden Verhalten zählen, erfolgte bei 11 von den 17 untersuchten Bewohnern. Insgesamt wurden in dem Betrachtungszeitraum vom 02.10.2013 bis 16.20.2013 46 Dokumentationen vorgenommen. Davon erfolgten 20 Einträge in der Pflegeplanung, was bedeutet, dass sie nicht direkt in den Betrachtungszeitraum fallen müssen und 26 Dokumentationen wurden im Pflegebericht vorgenommen. Der Anamnesebogen enthielt in keinem der untersuchten Fälle Informationen zum herausfordernden Verhalten. Am häufigsten dokumentierten Pflegefachkräfte das Verhalten- in 34 von 46 Fällen. Die Häufigkeit der Dokumentationen durch die Pflegehilfskräfte und Betreuungskräfte war gleichstark mit sechs Eintragungen. Das am häufigsten dokumentierte Verhalten ist das passive Verhalten mit 17 Eintragungen. Es folgen das verbal nicht aggressive und das körperlich nicht aggressive Verhalten mit jeweils neun Eintragungen. Mit acht Dokumentationen folgt das verbal aggressive Verhalten. Fünf Ereignisse waren im Betrachtungszeitraum zum körperlich aggressiven Verhalten dokumentiert worden. Von den 20 Eintragungen in der Pflegeplanung der untersuchten Bewohner wurden 16 von Pflegefachkräften vorgenommen und vier von Betreuungskräften. Bis auf einmal waren bei allen Pflegeplanungen eine Ressource bzw. ein Problem, ein Ziel und eine Maßnahme formuliert. In einem Fall fehlte das formulierte Ziel. Von den 17 Dokumentationen zum passiven Verhalten, wurden 13 in der Pflegeplanung durch eine Pflegefachkraft festgeschrieben. Dabei sind häufig verwendete Formulierungen bei den

---

<sup>134</sup> Siehe Anhang 9 ‚ausgefüllter Dokumentenanalysebogen Haus B‘

Ressourcen und Problemen „beschäftigt sich nicht aus eigener Motivation“, das Ziel wird dann mit „Isolation vermeiden“ beschrieben und Maßnahmen sind Gruppen- und Einzelangebote und tägliche Motivation. Weitere Formulierungen zum passiven Verhalten bezüglich Ressourcen und Problemen sind „kann nicht selbst Kontakt zur Außenwelt halten“, „ablehnende Haltung zu Mahlzeiten“, „krankheitsbedingte Abhängigkeit“, „kann keine Angebote wahrnehmen“, „keine Gesprächsführung möglich“, „nimmt Betreuungsangebote oft nicht wahr“, „will lieber allein sein“ und „sehr schnell im Stimmungstief“. Als Ziele werden bei sechs von 13 Eintragungen „Isolation vermeiden“ genannt. Weitere Ziele sind „nimmt am gesellschaftlichem Leben teil“ und „hat Kontakt zu Mitarbeitern und Betreuern“. Es werden noch weitere Maßnahmen genannt, wie „Validation“, „begleitende Gespräche“, „Maßnahmen nach Ressourcen“ und „Begleitung und Beteiligung an Veranstaltungen“.

Vier von neun Dokumentationen befinden sich in der Pflegeplanung bei verbal nicht aggressivem Verhalten. Beschrieben werden die Ressourcen und Probleme wie folgt: „Stimmung oft weinerlich“, „depressive Verstimmung“, „tagesformabhängige Depression“ und „sucht Kontakt zu anderen“. Dazu formulierte Ziele sind „fühlt sich angenommen“, „nimmt am gesellschaftlichen Leben teil“, „vorhandene Fähigkeiten erhalten und fördern“ und „hat Kontakt zu Angehörigen, Bewohnern und Mitarbeitern“. Formulierte Maßnahmen zur Erreichung dieser Ziele sind „Gesprächsführung bei allen pflegerischen Maßnahmen“ und „Begleitung und Beteiligung an Beschäftigung, Therapie und Kontaktpflege“.

Zwei Dokumentationen wurden zum verbal aggressiven Verhalten getätigt. Die Formulierung in der Pflegeplanung für das verbal aggressive Verhalten lautet wie folgt: „verhält sich anderen Personen gegenüber unangemessen“. Das Ziel dazu wird folgendermaßen beschrieben: „wird in Einzelbeschäftigung nicht eingeschränkt“ und die zweite Eintragung enthält kein Ziel. Maßnahmen zu beiden Dokumentationen sind „tägliche Angebote, soziale Betreuung und Einzelangebote“.

Jeweils eine Eintragung erfolgte zum körperlich nicht aggressiven und körperlich aggressiven Verhalten in der Pflegeplanung. Die Ressource bzw. das Problem wurde zum körperlich nicht aggressiven Verhalten mit „schmiert mit Stuhlgang“ beschrieben. Das Ziel dazu wurde mit „hat intakte Haut“ formuliert und die Maßnahme dazu „Pflegekraft führt Inkontinenzmaterialwechsel durch und kleidet Bewohner neu“.

Die übrig bleibenden 26 Dokumentationen erfolgten im Pflegebericht. 14-mal durch Pflegefachkräfte und wie bereits erwähnt sechsmal durch Pflegehilfs- und Betreuungskräfte. Sechs der 26 Eintragungen von herausforderndem Verhalten sind verbal aggressive Verhaltensweisen. Beschrieben werden diese Verhaltensweisen mit Worten wie gereizt, ungehalten, schwer zu beruhigen, schimpfen, unfreundlich und Uneinsichtigkeit. Zu einer dieser Eintragungen wurde eine Intervention dokumentiert. Die Bewohnerin, deren Verhalten als unfreundlich beschrieben wurde, wurde daraufhin um 10 Uhr gewaschen. Diese Eintragung erfolgte durch eine Pflegefachkraft. Bei allen anderen Eintragungen im Pflegebericht wurde aufgrund der Verhaltensweise laut Dokumentation nichts unternommen. Drei der sechs Dokumentationen wurden von Pflegehilfskräften vorgenommen, die restlichen drei von Pflegefachkräften. Das verbal nicht aggressive Verhalten wurde fünfmal im Pflegebericht von Pflegefachkräften dokumentiert. Beschreibende Worte, welche verwendet wurden, sind rufen, sehr traurig, stöhnen und jammern. Bei einer von fünf Dokumentationen wurde eine Intervention vorgenommen und zwar wurde die betreffende Person, die nach Hilfe rief, zur Toilette gebracht. Das körperlich nicht aggressive Verhalten wurde achtmal im Pflegebericht, siebenmal durch eine Pflegefachkraft und einmal durch eine Pflegehilfskraft, dokumentiert. Um das Verhalten zu beschreiben, wurden folgende Worte verwendet: umherfahren und nach Kontakt suchen, orientierungslos durchs Haus gehen, ist durcheinander, sucht einen Mitbewohner, soll sich Jacke anziehen, da es draußen zu kalt ist, bringt beim Mitbewohner Dinge durcheinander und kramte im Nachtschrank des Mitbewohners. Zu dem letzten Verhalten des Rumkramens im Nachtschrank des Mitbewohners ist eine Handlung

dokumentiert. Die Pflegehilfskraft hat die Bewohnerin auf ihren Stuhl in ihrem Zimmer gesetzt.

Vier Eintragungen waren zum körperlich aggressiven Verhalten im Pflegebericht zu finden. Diese vier Dokumentationen bezogen sich alle auf eine Bewohnerin. Zwei der Verhaltensauffälligkeiten wurden von Pflegefachkräften und zwei von Pflegehilfskräften niedergeschrieben. Es wurde laut Dokumentation keine Intervention zu dem auftretendem Verhalten durchgeführt. Das Verhalten wurde mit folgenden Formulierungen beschrieben: ist aggressiv, schlägt, wirft, spuckt, ist ungehalten und tritt. Passives Verhalten wurde im Pflegebericht viermal ermittelt. Zweimal wurde das Verhalten von einer Pflegefachkraft und zweimal durch die Betreuungskraft beschrieben. Es wurden folgende beschreibende Formulierung genutzt: der Bewohner lehnte ab. Eine dokumentierte Intervention zu folgender Situation wurde erfasst. Die Bewohnerin lehnte das Abendbrot ab und daraufhin versuchte die Pflegefachkraft das Essen zu reichen, was jedoch auch abgelehnt wurde. Die BESD Skala wurde in vier von 17 möglichen Fällen ausgefüllt.

Aufgrund dieser Auswertung entschied sich der Autor, dass die Durchführung einer erweiterten Cohen Mansfield Skala bei acht der 11 untersuchten Bewohnern angebracht wäre.

### 3.5) ERWEITERTE COHEN MANSFIELD SKALA<sup>135</sup>

-Cäcilie Sponholz-

Zur Aufstellung und Stützung einer These, ob die Pflegedokumentation ausreicht, um das herausfordernde Verhalten in seiner Komplexität zu erfassen, entschieden sich die Autoren zusätzlich die Cohen Mansfield Skala zu nutzen. Mittels der Cohen Mansfield Skala kann, wie bereits im Gliederungspunkt 2.5.5.1 beschrieben, die Häufigkeit von einzelnen Verhaltensweisen des herausfordernden Verhaltens festgestellt werden. Durch den Dokumentenanalysebogen wurde ebenfalls eine Häufigkeit festgestellt und zwar wie häufig das Verhalten dokumentiert und somit für überprüfende Instanzen erfasst wurde. Um nun eine Aussage treffen zu können, ob das Dokumentierte und das von der Pflegefachkraft mittels der Cohen Mansfield Skala Erfasste deckungsgleich ist, musste die Cohen Mansfield Skala an die Anforderungen der Autoren angepasst werden.

Gewählt wurde das Assessmentinstrument Cohen Mansfield Skala, da es den Ansprüchen der Autoren am ehesten zusagte. Dabei wurden als erstes die Auswahlkriterien für Instrumente zur Anwendung in der Praxis berücksichtigt, welche folgende Fragen beinhaltet:

- 1.) Was ist das Ziel des Instruments,
- 2.) Für welchen Pflegebereich wird das Instrument benötigt und
- 3.) Für welche Patienten- bzw. Bewohnergruppe ist es geeignet?<sup>136</sup>

Diese Fragen wurden bereits im Gliederungspunkt 2.5.5.1. erläutert. Weitere Kriterien stellten für die Autoren die Abdeckung aller Verhaltensbereiche bei herausforderndem Verhalten, ein angemessener Beobachtungszeitraum, eine angemessene Bearbeitungszeit des Assessmentbogens sowie dessen leichte Verständlichkeit, ein realistisches und verwertbares Endergebnis sowie ein aktueller wissenschaftlicher Bezug dar.

---

<sup>135</sup> Siehe Anhang 10 ‚erweiterte Cohen Mansfield Skala‘

<sup>136</sup>Vgl. Bartholomeyczik, Sabine; Halek, Margareta (2009) Seite 22

Die durch die Autoren erweiterte Cohen Mansfield Skala enthält 40 Items, welche jeweils in die Verhaltensgruppen nach dem NDB- Modell eingeteilt sind, erweitert um das passive Verhalten. Die zugefügten Items sind hauptsächlich Verhaltensweisen zum herausfordernden Verhalten, welche aus der Literatur zusammengeführt wurden. Nach jeder Verhaltenskategorie soll ein Zwischenergebnis erfasst, welche am Ende addiert werden und das Endergebnis repräsentieren. Die Häufigkeiten der Cohen Mansfield Skala wurden so übernommen und nicht weiter verändert.

Nach Fertigstellung der Anpassung der Cohen Mansfield Skala an die Bedürfnisse der Autoren musste abgeklärt werden, ob die bezugspflegerischen Pflegefachkräfte der ausgewählten Bewohner bereit wären, die erweiterte Cohen Mansfield Skala auszufüllen. Dies konnte im Forschungsfeld A durchgeführt werden. Im Forschungsfeld B war dies aufgrund personeller Verhältnisse und der Distanz zur Einrichtung nicht mehr möglich.

### 3. 6) AUSWERTUNG ERWEITERTE COHEN MANSFIELD SKALA IM FORSCHUNGSFELD A

-Cäcilie Sponholz, Diana Schülke-

Von den 17 erfassten demenziell Erkrankten weisen acht herausfordernde Verhaltensweisen auf, welche einer objektiven Betrachtung mittels eines Assessmentinstruments bedürfen. Aufgrund dessen wurde bei diesen acht Bewohnern die erweiterte Cohen Mansfield Skala mit Hilfe der Bezugspflegefachkraft angewandt. Der Erhebungszeitraum liegt zwischen dem 14.10. 2013 und dem 31.10. 2013. Die Autoren entschieden sich bei der Auswertung der erweiterten Cohen Mansfield Skala auf das am Anfang angebrachte Fallbeispiel der Frau W. im Detail einzugehen. Die restlichen Assessments wurden tabellarisch zusammengefasst.<sup>137</sup>

Die 85-jährige Frau W. wurde im Zeitraum vom 15. 10. 2013 bis zum 29.10.2013 mittels der erweiterten Cohen Mansfield Skala durch die Bezugspflegekraft eingeschätzt. Von den 40 erfassten Items der Skala wurden 31 Items mit einem ‚nie‘ vermerkt und demzufolge zeigt sie diese Verhaltensweisen nicht. Frau W. hat acht Verhaltensarten, welche ‚mehrmals täglich‘ in Erscheinung treten und eine Verhaltensauffälligkeit, welche ‚mehrmals in der Stunde‘ auftritt. In der Kategorie ‚körperlich aggressiv‘ des NDB Modells zeigt Frau W. vier Verhaltensweisen. Dazu zählen das Schlagen, Treten, Beißen, Kneifen und Kratzen. In der nächsten Kategorie des körperlich nicht aggressiven Verhaltens sind bei der Bewohnerin keine Verhaltensauffälligkeiten festgestellt worden. Frau W. ist nach der Einschätzung verbal aggressiv. Sie zeigt Verhaltensweisen wie Beschimpfen und Fluchen mehrmals täglich. Das ‚Rufen‘, als verbale nicht aggressive Verhaltensweise, weist sie mehrmals in der Stunde auf. Die Herausforderung bei Frau W. liegt auch im passiven Bereich, welche sie mit Apathie und Antriebslosigkeit ausdrückt. Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Probandin in vier der

---

<sup>137</sup> Siehe Anhang 11 ‚Auswertungstabelle‘

fünf Subkategorien nach dem NDB Modell herausforderndes Verhalten zeigt. Fraglich ist nun, ob dies in der Pflegedokumentation erfasst wurde. Mittels der Betrachtung des Dokumentenanalysebogens konnte festgestellt werden, dass im Fall der Frau W. eine 80%ige Übereinstimmung des dokumentierten Verhaltens aufgespalten nach dem NDB Modell in der Pflegedokumentation und der Verhaltenskategorien des CAMI vorliegen. Alle kategorisierten Verhaltensweisen treten mehrmals täglich, beziehungsweise stündlich in dem betrachteten Zeitraum von 2 Wochen auf. Daraus folgt, dass diese Verhaltensauffälligkeiten in der Pflegeplanung verankert sein müssten. Durch die Dokumentenanalyse sind drei Problemformulierungen in der Pflegeplanung erfasst worden, welche das verbal aggressive, das körperlich aggressive und passive Verhalten aufnehmen. Das verbal nicht aggressive Verhalten der Frau W., welches durch die erweiterte Cohen Mansfield Skala durch die Bezugspflegekraft eingeschätzt wurde, wird in der Pflegeplanung nicht berücksichtigt. Die Kategorien ‚verbal aggressiv‘ und ‚körperlich aggressiv‘ werden durch eine Problemformulierung „beeinträchtigte Kommunikation mit Gefahr der Vereinsamung durch Schwerhörigkeit, undeutliche Sprache, beeinträchtigtes Sehvermögen, HB ist oft verbal und körperlich aggressiv, leicht reizbar, beschimpft nur und macht abfällige Bemerkungen“ in die Pflegeplanung aufgenommen, mit dem Ziel „keine Vereinsamung“ und der dazu gehörigen Maßnahmen „validierender Umgang, Beschimpfungen überhören, HB würdevoll behandeln“. Das passive Verhalten wird folgendermaßen beschrieben: „Kontrakturgefahr durch Unlust an Bewegung, HB verharrt oft in einer Stellung“ und „Gefahr der Vereinsamung und Isolation (depressive Verstimmung)“. Folgende Maßnahmen sind geplant, um die Ziele der „Integration in den Heimalltag“ und das Wohlbefinden des Heimbewohners sowie Akzeptanz und Vertrauensverhältnis zur Pflegekraft zu erreichen: „Hilfestellung beim Gehen/ Fortbewegen, Wünsche berücksichtigen“ und „individuelle Beschäftigung je nach Tagesform/ Anrufe tätigen, vorlesen, Informationsaustausch“.

Das verbal nicht aggressive Verhalten wurde lediglich drei Mal mittels des Pflegeberichts in den Betrachtungszeitraum des Dokumentenanalysebogens erfasst. Daraus resultierend muss diese Verhaltensweise nicht in der

Pflegeplanung berücksichtigt werden. Allerdings ist nach dem Vergleich mit der erweiterten Cohen Mansfield Skala aufgefallen, dass dieses Verhalten wesentlich häufiger auftritt („mehrmals stündlich“) und demzufolge ihre Berechtigung in der Pflegeplanung haben muss.

Wie bereits erwähnt, erfolgt nun die Auswertung der restlichen sieben Bewohner mit herausfordernden Verhaltensweisen im tabellarischen Vergleich. Dabei wird Frau W. als achte Probandin aus ganzheitlichen Betrachtungsgründen mit einbezogen. Bei den acht untersuchten Personen gibt es jeweils fünf NDB Kategorien, das heißt zusammengefasst 40 Items. Von diesen 40 Items wurden 26 mittels CAMI als ‚vorhanden‘ erfasst. Die Pflegedokumentation zeigte 23 der 40 Items als ‚vorhanden‘ auf. Von den 40 möglichen Übereinstimmungen zwischen dem Erfassten in der Pflegedokumentation und den Ergebnissen der erweiterten Cohen Mansfield Skala sind 30 vorhanden, welches 75% entspricht. Die prozentuale Darstellung verdeutlicht, dass die Pflegedokumentation bereits gut herausfordernde Verhaltensweisen aufnimmt. Hinzu zu setzen ist jedoch, dass die Qualität der Dokumentation unberücksichtigt bleibt.

### 3. 7) EMPFEHLUNGEN AN DIE FORSCHUNGSFELDER

-Cäcilie Sponholz, Diana Schülke-

Die Empfehlungen der Autoren richten sich allgemein an beide Einrichtungen. Die Grundlage für die Empfehlungen bilden hauptsächlich die ganzheitlichen Ergebnisse des Forschungsfeldes A mit Einbezug der ermittelten Daten aus dem Forschungsfeld B. Aufgrund der erhobenen Daten ist ersichtlich, dass die Pflegedokumentation ein Mittel zur Erfassung des herausfordernden Verhaltens sein kann. Voraussetzung dafür sind Kenntnisse über diese Verhaltensweisen und Wissen über die Art und Weise einer aussagekräftigen Pflegedokumentation. Da in beiden Einrichtungen die Bezeichnungen ‚herausforderndes Verhalten‘, ‚Verhaltensauffälligkeit‘ oder ‚Verhaltensstörung‘ beziehungsweise ähnliche Begrifflichkeiten, die explizit dieses Verhalten offen legen, nicht verwendet wurden, ist daraus zu schließen, dass dies bezüglich ein Dokumentationsdefizit herrscht. Gründe für dieses Defizit könnten einerseits mangelndes Wissen zur Pflegedokumentation und zur Thematik des herausfordernden Verhaltens sein. Andererseits könnten Kenntnisse vorliegen, allerdings werden die Hinweise auf die Verhaltensweisen nicht als solche beschrieben.

Die Problematik dieser beiden Gründe besteht darin, dass nicht erfasste, dokumentierte Verhaltensweisen rein intuitiv kompensiert werden. Zur Professionalisierung gehört jedoch ein Einbezug in die Pflegedokumentation, denn daraus resultieren Handlungsanweisungen, durch die jede Pflegekraft die Möglichkeit hat adäquat zu handeln. Weiterhin wird auch der Bezug zum ganzheitlichen Pflegeprozess geschaffen. Dies beinhaltet treffende Problemformulierungen, angepasste Ziele, daraus resultierende Maßnahmen und die regelmäßige Evaluation des Verhaltens.

Die Ergebnisse zeigten eine 75%ige Erfassung der herausfordernden Verhaltensweisen im Forschungsfeld A. Wie bereits erwähnt, wurde die Qualität der Dokumentation nicht berücksichtigt. Die Autoren stellten jedoch ein Schulungsbedarf der Mitarbeiter in beiden Forschungsfeldern bezüglich der Qualität der Formulierungen fest. Desweiteren sind Weiterbildungen im Bereich

des herausfordernden Verhaltens empfehlenswert, um allen Mitarbeitern (Pflegefach-; Pflegehilfs- und Betreuungskräfte, Auszubildende) den Umgang und die Kommunikation mit diesen Bewohnern sowie die relevanten Dokumentationsinformationen nahe zu bringen. Gegebenenfalls sollten auch Angehörige mit dieser Thematik vertraut gemacht werden.

Durch die Erfahrung der Autoren in Bezug auf das verwendete Assessment wurde ersichtlich, dass dieses Instrument das herausfordernde Verhalten präziser als die Pflegedokumentation erfasst. Aufgrund der Spezialisierung der erweiterten Cohen Mansfield Skala und die Darlegung verschiedener Verhaltensarten ist es der Pflegekraft möglich, objektiv und ganzheitlich die Verhaltensweisen des Bewohners zu betrachten. Daraus folgend ergeben sich Informationen, die gegebenenfalls durch den Pflegealltag verloren gehen würden. Daher wäre die Einführung eines solchen Assessment, gerade für Einrichtungen mit einem erheblichen Anteil an demenziell Erkrankten, sehr empfehlenswert. Es stellt zwar einen zusätzlichen Aufwand dar, erleichtert im Endeffekt jedoch die Erfassung und Dokumentation des herausfordernden Verhaltens. Desweiteren eignet es sich zur Evaluation.

Ein weiterer Aspekt zur interdisziplinären Informationsweitergabe wäre der Gedanke einen Vermerk auf dem Überleitungsbogen zu integrieren. Da die Anamnese in anderen pflegerischen Institutionen weniger detailliert ausgeführt werden kann, wäre dies eine wichtige Vorinformation zum Umgang mit diesem Klientel.

Zusammenfassend ist prioritär die Erfassung des Verhaltens Grundbaustein für alle weiteren Maßnahmen. Hierbei ist es irrelevant, ob diese Erfassung durch ein Assessment oder durch die Pflegedokumentation erfolgt, solange sie ganzheitlich aufgenommen werden.

## 4.) FAZIT

-Cäcilie Sponholz, Diana Schülke-

Aufgrund der Tatsache, dass die Anzahl der demenziell Erkrankten und demzufolge der herausfordernden Verhaltensweisen stetig wächst, ist die Auseinandersetzung mit dieser Thematik zwingend notwendig. Für den Umgang mit demenziell Erkrankten mit herausfordernden Verhaltensweisen hat das Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung mittels der Rahmenempfehlungen bereits einen Grundstein gelegt. Darauf aufbauend ist es wichtig, dass pflegerische Einrichtungen diesen Handlungsbedarf erkennen und sich den vorhandenen Möglichkeiten bedienen. Dabei ist nicht nur auf architektonische oder personelle Grundlagen zu achten, insbesondere auf den Umgang und die Kommunikation mit den demenziell Erkrankten. Da es derzeit Defizite im Umgang und der Kommunikation mit Bewohnern mit herausforderndem Verhalten in der stationären Altenpflege gibt, ist es umso wichtiger diese aufzuholen. Deshalb haben sich die Autoren mit dieser Thematik auseinandergesetzt, um speziell die Pflegekräfte darauf zu sensibilisieren. Aufgrund der in der Zukunft wachsenden Herausforderungen an alle Menschen, die mit Bewohnern mit diesen Verhaltensweisen arbeiten, ist es notwendig diese Thematik so auszugreifen, dass diese zukünftige Aufgabe für alle Beteiligten zu bewältigen bleibt. Dabei stellt sich primär weniger die Frage ob die Pflegekräfte das Arbeitspensum bewältigen können, sondern eher der Anspruch an eine würdevolle, individuelle und verständnisvolle Pflege. Nur so ist es möglich eine angemessene Versorgung und Betreuung dieses speziellen Klientels gewährleisten zu können.

Hinzu kommt der Aspekt der zusätzlichen Belastung des Personals im Umgang mit diesen Verhaltenseigenarten. Dies sollte unbedingt Beachtung finden, sodass sich alle Mitarbeiter dieser Herausforderung gewachsen fühlen. Das Pflegepersonal benötigt Handwerkszeug, um mit den Bewohnern adäquat umgehen zu können und zugleich sich selbst zu schützen. Dieses Handwerkszeug stellt einerseits primär Wissen zum Thema herausfordernde Verhaltensweisen bei demenziell Erkrankten und deren Umgang mit ihnen dar,

sowie andererseits die Priorität der Pflegedokumentation und die Arbeit als Team. Es ist essenziell, dass sich kein Mitarbeiter allein mit dieser Aufgabe fühlt und die Sicherheit empfindet, sich an Kollegen und höhere Instanzen wenden zu können.

Als Resultat ist zu sagen, dass es bereits ausreichend Literatur und einige Forschungen zum Thema des herausfordernden Verhalten bei demenziell Erkrankten in der stationären Altenpflege gibt. Das zeigt, dass die Problematik bereits erkannt und in der Pflegewissenschaft aufgegriffen wurde, jedoch noch weiterer Forschungsbedarf besteht. Wobei die bereits gewonnenen Erkenntnisse kein Anlass zur Beendigung der Forschung in diesem Bereich geben, sondern eher ein Ansporn für weitere sein sollten. Nun sind die pflegerischen Einrichtungen gefragt, gegebene Werkzeuge im Alltag den Mitarbeitern zur Verfügung zu stellen, wie zum Beispiel Erfassungsinstrumente, und sich auf die Thematik einzulassen. Im Endeffekt wollen alle Menschen dasselbe, wenn es um den Verlust der Selbständigkeit im Alter und deren Folgeerscheinungen und speziell um das Thema Demenz geht. Alle Menschen wollen primär nie an Demenz erkranken, aber wenn der Fall eintritt, ist es allen ein Anliegen würdevoll, individuell, verständnisvoll und professionell gepflegt und mit Liebe und Respekt behandelt zu werden.

*„In der Handlung und durch Sprache zeigen wir, wer wir sind. Wenn wir nicht im Stande sind, das Verhalten einer demenziell veränderten Person zu verstehen, können wir nicht „sehen“, wer diese Person wirklich ist. Ein Teil der Einzigartigkeit dieser Person bleibt uns verborgen, wenn wir ihre Biografie nicht kennen.“<sup>138</sup>*

---

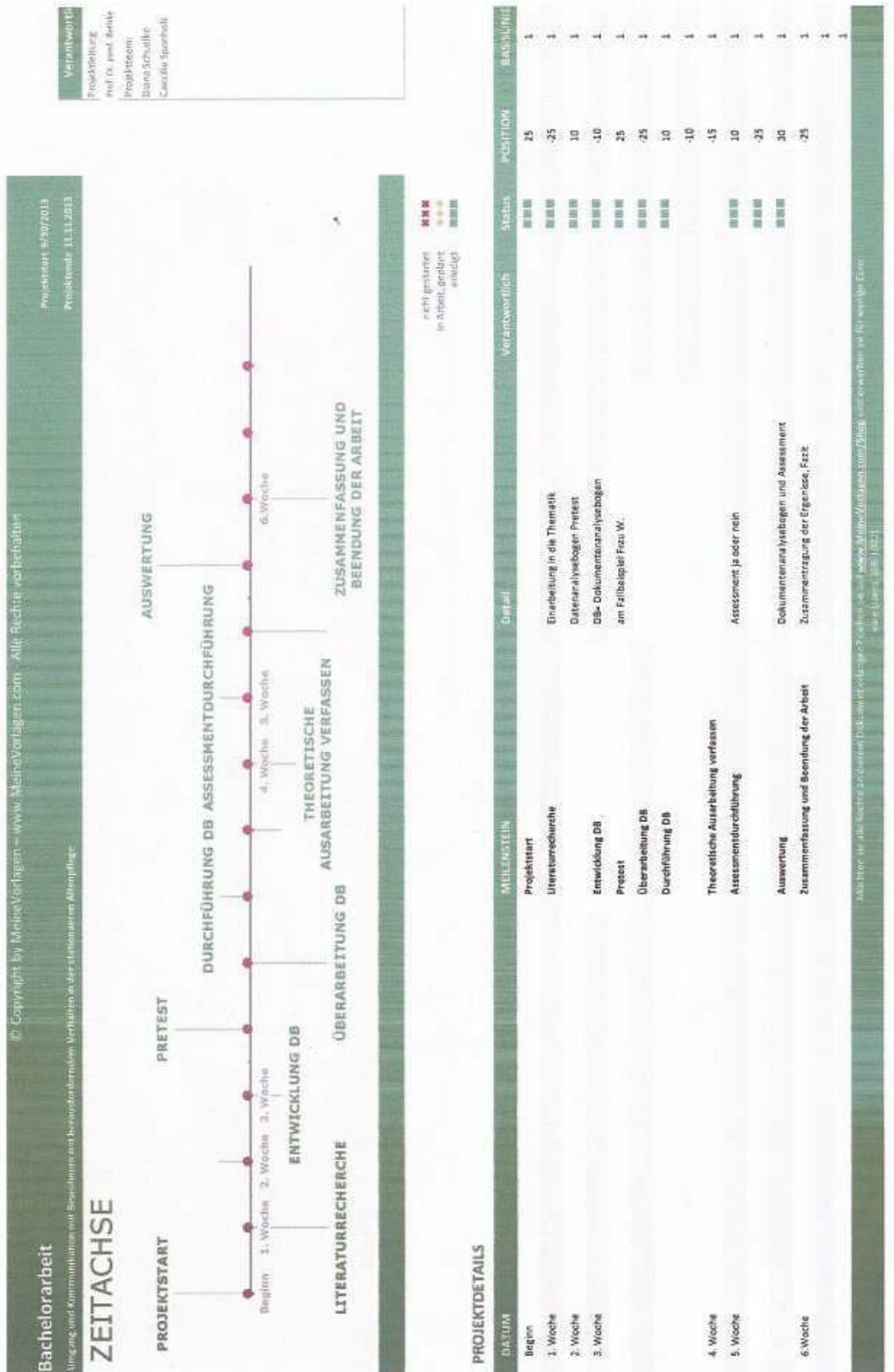
<sup>138</sup> Höwler, Elisabeth (2011) Seite 10

## **ANHANG**

Die Autoren dieser Arbeit entschieden sich die Dokumentenanalysebögen (Anhang 5, 8 und 9), aufgrund besserer Übersicht, auf eine CD- Rom zu legen, welche auf der Innenseite des Buchrückens zu finden ist.

- Anhang 1 ‚Meilensteinplanung‘
- Anhang 2 ‚Cohen Mansfield Skala‘
- Anhang 3 ‚BEHAVE AD‘
- Anhang 4 ‚PEA‘
- Anhang 5 ‚Dokumentenanalysebogen 1‘
- Anhang 6 ‚Dokumentenanalysebogen 2‘
- Anhang 7 ‚BESD‘
- Anhang 8 ‚ausgefüllter Dokumentenanalysebogen Haus A‘
- Anhang 9 ‚ausgefüllter Dokumentenanalysebogen Haus B‘
- Anhang 10 ‚erweiterte Cohen Mansfield Skala‘
- Anhang 11 ‚Auswertungstabelle‘

# Anhang 1 ‚Meilensteinplanung‘



## Anhang 2 ‚Cohen Mansfield Skala‘

### Cohen-Mansfield Skala (modifiziert)

Name : \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Datum der Erhebung: \_\_\_\_\_ Erhebung wurde durchgeführt von \_\_\_\_\_

Für jedes Verhaltensmerkmal soll die Auftretenshäufigkeit in den letzten 2 Wochen angegeben werden

	nie	Weniger als 1x pro Woche	1 x oder 2 x pro Woche	Mehr-mals in der Woche	1 x oder 2 x tägl.	Mehr-mals tägl.	Mehr-mals in der Std.
1. Schlagen (auch sich selbst)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Treten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Anfassen anderer (mit schmutziger Hand)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Stoßen (mit Gefahr von Stürzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Werfen mit harten Gegenständen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Beißen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Kratzen/Kneifen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Bespucken anderer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Sich selbst verletzen (heiße Getränke usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Zerreißen von Kleidungsstücken od. Zerstören des eigenen oder fremden Eigentums	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Sexuelle körperliche Annäherungsversuche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Eindringen in fremde Räume / Liegen in fremden Betten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Inadäquates Anziehen/Ausziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Gefährdung durch Weglaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Absichtlich fallen lassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Essen od. trinke ungeeigneter Substanzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Nahrungsverweigerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Urinieren/Einkosten in den Wohnräumen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Verstecken/Verlegen u./od. Sammeln von Gegenständen aus fremden Zimmern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Ausführen von Manierismen, Klopfen, Klatschen usw.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Intensive Beweglichkeit, extrem aufdringlich oder störend, verbal nicht beeinflussbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Anhaltendes Schreien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Abweichende Ausdrucksformen (Fluchen, verbale Aggressivität, wiederholte Fragen oder Klagen, ungewöhnliche Geräuschproduktion wie Stöhnen oder eigenartiges Lachen usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Gefährden anderer durch Fehlhandlungen (Zerren aus dem Bett durch Bettgitter usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Ständiges, nicht beeinflussbares Suchen nach Zuwendung oder Hilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausgeprägte Antriebsstörungen wie Apathie, ausgeprägtes Rückzugverhalten, „In sich gekehrtsein“ starke Antriebslosigkeit liegen vor.  nein  ja (kurz beschreiben)

## Anhang 3 ,BEHAVE AD‘

NAME: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ PERIOD: \_\_\_\_\_

### BEHAVIORAL PATHOLOGY IN ALZHEIMER'S DISEASE (BEHAVE-AD)<sup>1,2</sup>

[BASED UPON INFORMATION OBTAINED FROM CAREGIVER AND OTHER INFORMANTS]

INFORMANT: \_\_\_\_\_ RELATIONSHIP TO PATIENT: \_\_\_\_\_

#### PART 1: Symptomatology

(In preceding 2 weeks unless otherwise specified below)

Assessment Interval: \_\_\_\_\_ weeks

Circle the highest applicable severity rating [0 to 3] for each item. Each category of symptomatology [A to G] is scored independently.

#### A. Paranoid and Delusional Ideation

(a delusion is a false conviction, not a misidentification)

##### 1. "People are stealing things" delusion.

- (0) Not present.
- (1) Delusion that people are hiding objects.
- (2) Delusion that people are coming into the home and hiding or stealing objects.
- (3) Talking and listening to people coming into the home.

##### 2. "One's house is not one's home" delusion.

- (0) Not present.
- (1) Conviction that the place in which one is residing is not one's home  
(e.g., packing to go home, complaints while at home of "take me home").
- (2) Attempt to leave domiciliary to go home.
- (3) Violence in response to attempts to forcibly restrict exit.

##### 3. "Spouse (or other caregiver) is an imposter" delusion.

- (0) Not present.
- (1) Conviction that spouse (or other caregiver) is an imposter.
- (2) Anger towards spouse (or other caregiver) for being an imposter.
- (3) Violence towards spouse (or other caregiver) for being an imposter.

##### 4. Delusion of abandonment (e.g.: to an institution).

- (0) Not present.
- (1) Suspicion of caregiver plotting abandonment or institutionalization (e.g., on the telephone).
- (2) Accusation of a conspiracy to abandon or institutionalize.
- (3) Accusation of impending or immediate desertion or institutionalization.

<sup>1</sup> Adapted from Reisberg et al., "Behavioral symptoms in Alzheimer's disease: Phenomenology and treatment," *J. Clin. Psychiatry*, 1987; 48:5 (Suppl.), 9-15.

<sup>2</sup> © 1986 by Barry Reisberg, M.D. (all rights reserved).

5. Delusion of infidelity (social and/or sexual unfaithfulness).

- (0) Not present.
- (1) Conviction that spouse, children, and/or other caregivers are unfaithful.
- (2) Anger towards spouse, relative, or other caregiver for their infidelity.
- (3) Violence toward spouse, relative, or other caregiver for their infidelity.

6. Suspiciousness/Paranoia other than above.

- (0) Not present.
- (1) Suspiciousness (e.g., hiding objects which they may later be unable to locate or a statement such as "I don't trust you" ).
- (2) Paranoid (i.e., fixed conviction with respect to suspicions and/or anger as a result of suspicions).
- (3) Violence as a result of suspicions.

Unspecified? \_\_\_\_\_

Describe: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. Delusions (non-paranoid) other than above.

- (0) Not present.
- (1) Delusional.
- (2) Verbal or emotional manifestations as a result of delusions.
- (3) Physical actions or violence as a result of delusions.

Unspecified? \_\_\_\_\_

Describe: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**B. Hallucinations**

8. Visual hallucinations.

- (0) Not present.
- (1) Vague, not clearly defined.
- (2) Clearly defined hallucinations of objects and persons (e.g., sees other people at the table).
- (3) Verbal or physical actions or emotional responses to the hallucinations.

9. Auditory hallucinations.

- (0) Not present.
- (1) Vague, not clearly defined.
- (2) Clearly defined hallucinations of words and phrases.
- (3) Verbal or physical actions or emotional responses to the hallucinations.

10. Olfactory hallucinations.

- (0) Not present.
- (1) Vague, not clearly defined.
- (2) Clearly defined hallucinations (e.g., smells a fire or "something burning").
- (3) Verbal or physical actions or emotional responses to the hallucinations.

11. Haptic (sense of touch) hallucinations.

- (0) Not present.
- (1) Vague, not clearly defined.
- (2) Clearly defined hallucinations (e.g., "something is crawling on my body").
- (3) Verbal or physical actions or emotional responses to the hallucinations.

12. Other hallucinations.

- (0) Not present.
- (1) Vague, not clearly defined.
- (2) Clearly defined hallucinations.
- (3) Verbal or physical actions or emotional responses to the hallucinations.

Unspecified? \_\_\_\_\_

Describe: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**C. Activity Disturbances.**

13. Wandering (e.g., away from home or caregiver).

- (0) Not present.
- (1) Somewhat, but not sufficient as to require restraint.
- (2) Sufficient as to require restraint.
- (3) Verbal or physical actions or emotional responses to attempts to prevent wandering.

14. Purposeless activity (cognitive abulia).

- (0) Not present.
- (1) Repetitive, purposeless activity (e.g., opening and closing pocketbook, packing and unpacking clothing, repeatedly putting on and removing clothing, insistent repeating of demands or questions).
- (2) Pacing or other purposeless activity sufficient to require restraint.
- (3) Abrasions or physical harm resulting from purposeless activity.

15. Inappropriate activity.

- (0) Not present.
- (1) Inappropriate activities (e.g., storing and hiding objects in inappropriate places, such as throwing clothing in wastebasket or putting empty plates in the oven, inappropriate sexual behavior such as inappropriate exposure).
- (2) Present and sufficient to require restraint.
- (3) Present and sufficient to require restraint, and accompanied by anger or violence when restraint is used.

Unspecified? \_\_\_\_\_

Describe: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**D. Aggressiveness.**

16. Verbal Outbursts.

- (0) Not present.
- (1) Present (including unaccustomed use of foul or abusive language).
- (2) Present and accompanied by anger.
- (3) Present, accompanied by anger, and clearly directed at other persons.

17. Physical threats and/or violence.

- (0) Not present.
- (1) Threatening behavior.
- (2) Physical violence.
- (3) Physical violence accompanied by vehemence.

18. Agitation (other than above).

(e.g. non-verbal anger; negativity including refusal to bathe, dress, continue walking, take medications, etc. ; hyperventilation).

- (0) Not present.
- (1) Present.
- (2) Present with emotional component.
- (3) Present with emotional and physical component.

**E. Diurnal Rhythm Disturbances**

19. Day/Night disturbance.

- (0) Not present.
- (1) Repetitive waking during night ( except for purpose of toileting).
- (2) 50% to 75% of former sleep cycle at night.
- (3) Complete disturbance of diurnal rhythm (less than 50% of former sleep cycle at night).

**F. Affective Disturbance**

20. Tearfulness (or whimpering or other "crying sounds" ).

- (0) Not present.
- (1) Present.
- (2) Present accompanied by a clear affective component.
- (3) Present and accompanied by affective and physical component (e.g., wringing of hands or other gestures).

21. Depressed mood, other.

- (0) Not present.
- (1) Present (e.g., occasional statement "I wish I were dead," or "I'm going to kill myself," or "I feel like nothing," without clear affective concomitants).
- (2) Present with clear concomitants (e.g., thoughts of death).
- (3) Present with emotional and physical concomitants (e.g., suicidal gestures).

Unspecified? \_\_\_\_\_

Describe: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**G. Anxieties and Phobias**

22. Anxiety regarding upcoming events (Godot syndrome).

- (0) Not present.
- (1) Present with repeated queries and/or other activities regarding upcoming appointments and/or events (e.g., when are we going?).
- (2) Present and disturbing to caregivers.
- (3) Present and intolerable to caregivers.

23. Other anxieties.

(e.g., regarding money, the future, being away from home, health, memory, etc. ; or generalized anxiety such as thinking everything is "terribly wrong").

- (0) Not present.
- (1) Present.
- (2) Present and disturbing to caregivers.
- (3) Present and intolerable to caregivers.

Unspecified? \_\_\_\_\_

Describe: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

24. Fear of being left alone.

- (0) Not present.
- (1) Present with vocalized fear of being alone.
- (2) Vocalized and sufficient to require specific action on the part of caregiver.
- (3) Vocalized and sufficient to require patient to be accompanied at all times (e.g., patient must see the caregiver at all times).

25. Other phobias.

(e.g. fear of crowds, travel, darkness, people/strangers, bathing, etc.)

- (0) Not present.
- (1) Present
- (2) Present and of sufficient magnitude to require specific action by caregiver.
- (3) Present and sufficient to prevent patient activities.

Unspecified? \_\_\_\_\_

Describe: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

TOTAL SEVERITY SCORE: \_\_\_\_\_

**PART 2: Global Rating**

Circle one choice. Are the symptoms which have been noted of sufficient magnitude as to be:

- (0) Not at all troubling to the caregiver or dangerous to the patient.
- (1) Mildly troubling to the caregiver or dangerous to the patient.
- (2) Moderately troubling to the caregiver or dangerous to the patient.
- (3) Severely troubling to the caregiver or dangerous to the patient.

Symptom most troubling to caregiver

"With respect to the symptoms which have been noted, which is the biggest problem for you and/or other caregivers?" (More than one symptom can be listed, but please give numerical order.)

---

---

---

---

---

---

Clinician: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Comments: \_\_\_\_\_

---

---

# Anhang 4 PEA



G u t a c h t e n  
zur Feststellung  
der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI

MDK  
/Versicherter:

Gutachten vom:  
Geb.-Datum:

**Assesment**

Für die Bewertung, ob die Einschränkung der Alltagskompetenz auf Dauer erheblich ist, sind folgende Schädigungen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten maßgebend:		Ja	Nein
1.	Unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Wenlauf tendenz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährlichen Substanzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Tätlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	In situativen Kontext: Inadäquates Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Störung des Tag/Nacht-Rhythmus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Verkennen von Alltagssituationen und Inadäquates Reagieren in Alltagssituationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Zeitlich überwiegend Niedrigschlagenheit, Verzweifelt, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Arzahl

„Ja“ n den Bereichen 1 bis 9   
 „Ja“ n den Bereichen 10 bis 13

Die Alltagskompetenz ist erheblich eingeschränkt, wenn in wenigstens 2 Bereichen, davon mindestens einem aus dem Bereich 1 bis 9, dauerhafte und regelmäßige Schädigungen und Beeinträchtigungen oder Aktivitäten festgestellt werden.

**Ergebnis:**

Die Alltagskompetenz des Antragstellers im Sinne § 45a SGB XI ist erheblich eingeschränkt

Selt wann?.....  Ja  Nein

# Anhang 5 ,Dokumentenanalysebogen 1‘



G u t a c h t e n  
zur Feststellung  
der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI

MDK  
/Versicherter:

Gutachten vom:  
Geb.-Datum:

ICD-10				
ICD-10				

3.4 Pflegebegründende Diagnose(n) .....  
 weitere Diagnosen: .....

**3.5 Screening und Assessment zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz**

Erblich eingeschränkte Alltagskompetenz wird bereits festgestellt und besteht weiterhin  Ja  Nein  
 Liegt eine demenzbedingte Fähigkeitsstörung, geistige Behinderung oder psychische Erkrankung vor?  Ja  Nein

	unauffällig	auffällig
Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antriebsbeschäftigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gedächtnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tag/Nachtrythmus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wahrnehmung und Denken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunikator/Sprache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Situatives Anpassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Bereiche des Lebens wahrnehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Resultiert aus mindestens einer der in der Tabelle festgestellten Auffälligkeit regelmäßig und auf Dauer ein Beschäftigungs- und Betreuungsbedarf? Wenn „Nein“ Begründung: .....

**Erhebungsbogen zur Auswertung der Pflegedokumentation & Pflegeplanung bzgl. herausfordernden Verhaltens**

Erhebungsdatum:

Erhebungseinrichtung:

Erhebungsstation:

Name des Erhebenden:

Name des Bew.:

Geburtsdatum:

Betrachtungszeitraum (letzten 2 Wochen): vom

bis

→ bei häufig auftretenden gleichen Aussagen Dokumentationsdatum zuschreiben

Datum	Dokumentierender (Pflegefachkraft, Pflegehilfskraft, zusätzl. Betreuung,...)	Initiative/ Motivation (z.B. Engagement bei Beschäftigung)	Stimmung/ Gefühle	Reaktionen auf besondere Ereignisse (Besuche, Feste, Arzt,...)	Herausforderndes Verhalten (als dieses erfasst? Genauigkeit? Ursache erkannt?)	Vorgehen bzw. daraus resultierende Handlungen der doku- mentierenden Person	Übergabe der Information Ggf. Handlungsbe- sprechung	In Pflegeplanung verankert (Bedeutet erkannt und Handlung angepasst)

**Beurteilung von Schmerzen bei Demenz**

**Bewohner:** \_\_\_\_\_ **Stand:** \_\_\_\_\_  
**Geboren:** \_\_\_\_\_ **Vom:** \_\_\_\_\_ **HDZ:** \_\_\_\_\_  
**Wohnbereich:** \_\_\_\_\_

Erfassung:  a) Ruhesituation in Ruhe und aktiv  b) Aktivität  c) andere

	nein	ja	Punkte
<b>1. ATMUNG</b>			
Normal	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Gelegentlich angestrengt atmen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kurze Phasen von Hyperventilation	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
Lautstarkes, angestrengtes atmen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lange Phasen von Hyperventilation	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cheyne Stoke Atmung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>2. NEGATIVE LAUTÄUSSERUNG</b>			
Keine	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Gelegentlich stöhnen oder ächzen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sich leise negativ oder missbilligend äußern	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
Wiederholt beunruhigt rufen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Laut stöhnen oder ächzen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Weinen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>3. GESICHTSAUSDRUCK</b>			
Lächelnd oder nichts sagend	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Traurig	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ängstlich	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
Sorgenvoller Blick	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Grimassieren	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>4. KÖRPERSPRACHE</b>			
Entspannt	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Angespannt	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nervös hin und her gehen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nesteln	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Starr	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
Geballte Fäuste	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Angezogene Knie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sich entziehen, wegstoßen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schlagen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>5. TROST</b>			
Trösten nicht notwendig	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ablenkung oder beruhigen durch Stimme oder Berührung möglich	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1
Trösten, ablenken oder berühren nicht möglich	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Copyright by DGSS (2011) BESD erarbeitet durch den Arbeitskreis "Schmerz und Alter". (Sprecher PD Dr. med Matthias Schuler)

**Gesamtpunktzahl 1/10**  
(von maximal 10 möglichen Punkten)

## Cohen- Mansfield Skala

erweitert durch Diana Schülke und Cäcilie Sponholz

Bewohnername:

Geburtsdatum:

Erhebungsdatum:

Name des Erhebenden:

Erhebungszeitraum von:

bis:

(Betrachtungszeitraum sind rückblickend die letzten 2 Wochen)

Häufigkeit des auftretenden Verhaltens

Verhalten nach NDB- Modell	Nr.	Verhaltensart	nie	< 1x pro Wo.	1-2x pro Wo.	Mehr- mals in der Wo.	1-2x täglich	Mehr- mals täglich	Mehr- mals in der Std.
körperlich aggressiv	1	Schlagen (auch sich selbst)							
	2	Treten							
	3	Stoßen (mit Gefahr von Stürzen)							
	4	Werfen von Objekten							
	5	Beißen							
	6	Kratzen/ Kneifen							
	7	Bespucken anderer /ggf. Spiegelbild							
	8	Selbstverletzung (heiße Getränke, Katheter ziehen, selbst kneifen,...)							
	9	Zerstören von Gegenständen							
Zwischenergebnis									
körperlich nicht aggressiv	10	Gegenstände horten & verstecken							
	11	ziellooses Herumwandern							
	12	Eindringen in fremde Räume							
	13	Gefährdung durch Weglaufen							
	14	grundloses An- & Auskleiden							
	15	sexuelle körperl. Annäherungsversuche (absichtl. Berührungen am Gesäß der PP)							
	16	Akathisie (Sitzunruhe)							
	17	absichtlich fallen lassen							
	18	ständiges, nicht beeinflussbares Suchen nach Zuwendung und/oder Hilfe							
	19	ständiges, nicht beeinflussbares Suchen nach Personen (Mann, Kinder,...)							
Verhalten nach NDB- Modell	Nr.	Verhaltensart	nie	< 1x pro	1-2x pro	Mehr- mals	1-2x täglich	Mehr- mals	Mehr- mals in

				Wo.	Wo.	in der Wo.		täglich	der Std.
	21	Urinieren/ Einkoten in nicht dafür vorgesehene Räume (Blumentopf,...)							
	22	Nahrungsverweigerung							
	23	Essen/ Trinken ungeeigneter Substanzen							
	24	mit Lebensmitteln/Fäkalien schmieren oder "spielen"							
	25	Ausführen von Manierismen (Klopfen, Klatschen,...)							
Zwischenergebnis									
verbal aggressiv	26	verbale Aggressivität							
	27	anhaltendes Schreien							
	28	Beschimpfen/Fluchen							
Zwischenergebnis									
verbal nicht aggressiv	29	Jammern/ Klagen/ Reklamieren							
	30	verbale Rechthaberei							
	31	wiederholtes Fragen/ Klagen							
	32	Rufen							
	33	ungewöhnliche Geräuschproduktion(Stöhnen, Zunge schnalzen,...)							
	34	verbale sexuelle Anzüglichkeiten							
	35	wiederkehrende Lautbildung							
Zwischenergebnis									
passives Verhalten	36	Apathie							
	37	Antriebslosigkeit							
	38	gesteigertes Rückzugsverhalten							
	39	Insichgekehrtsein							
	40	gehäuftes Ablehnen von Integrationsangeboten							
Zwischenergebnis									
Endergebnis									

## Anhang 11

## Auswertungstabelle

NR	NDB Kategorien	CMAI erfasst	Pflege- dokumentation erfasst	Übereinstimmung
1	verbal- aggressiv	0	0	1
	verbal nicht aggressiv	1	0	0
	körperlich nicht aggressiv	1	1	1
	körperlich aggressiv	1	0	0
	passives Verhalten	1	1	1
2	verbal- aggressiv	0	0	1
	verbal nicht aggressiv	1	0	0
	körperlich nicht aggressiv	1	1	1
	körperlich aggressiv	0	0	1
	passives Verhalten	0	1	0
3	verbal- aggressiv	0	1	0
	verbal nicht aggressiv	0	0	1
	körperlich nicht aggressiv	1	0	0
	körperlich aggressiv	0	0	1
	passives Verhalten	0	1	0
4	verbal- aggressiv	1	0	0
	verbal nicht aggressiv	1	1	1
	körperlich nicht aggressiv	1	1	1
	körperlich aggressiv	1	1	1
	passives Verhalten	1	1	1
7	verbal- aggressiv	1	1	1
	verbal nicht aggressiv	1	0	0
	körperlich nicht aggressiv	1	1	1
	körperlich aggressiv	1	1	1
	passives Verhalten	1	1	1
8	verbal- aggressiv	1	1	1
	verbal nicht aggressiv	0	0	1
	körperlich nicht aggressiv	0	0	1
	körperlich aggressiv	1	1	1
	passives Verhalten	1	1	1
10	verbal- aggressiv	0	0	1
	verbal nicht aggressiv	0	0	1
	körperlich nicht aggressiv	1	1	1
	körperlich aggressiv	1	1	1
	passives Verhalten	1	1	1

17	verbal- aggressiv	1	1	1
	verbal nicht aggressiv	1	0	0
	körperlich nicht aggressiv	0	0	1
	körperlich aggressiv	1	1	1
	passives Verhalten	1	1	1
		26	23	30

## LITERATURVERZEICHNIS

## Internetquellen:

- Anslinger, Eva Maria (2011): Was lässt sich unter "herausforderndem Verhalten" verstehen?, URL: [http://www.alzheimer-warendorf.de/fileadmin/pdf/Handout\\_herausforderndes\\_Verhalten\\_Anslinger.pdf](http://www.alzheimer-warendorf.de/fileadmin/pdf/Handout_herausforderndes_Verhalten_Anslinger.pdf) (Stand: 18.10.2013)
- Bickel, Horst (2012) Das Wichtigste- die Epidemiologie von Demenz, URL: [http://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/FactSheet01\\_2012\\_01.pdf](http://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/FactSheet01_2012_01.pdf) (Stand 06.11.2013)
- Boes, Charlotte (o.J.): Assessments in der Versorgung von Personen mit Demenz, URL: [http://dzd.blog.uni-wh.de/files/2013/01/Assessments\\_DZD.pdf](http://dzd.blog.uni-wh.de/files/2013/01/Assessments_DZD.pdf) (Stand: 04.10.2013)
- o.V. (2010) Definition der Pflege- International Council of Nursing, URL: <http://www.dbfk.de/download/download/ICN-Definition%20der%20Pflege%20-%20ICN%20deutsch%20DBfK.pdf> (Stand 06.11.2013) Original unter: [www.icn.ch/definition.htm](http://www.icn.ch/definition.htm)
- o. V., WHO, DIMDI (1994 – 2013) Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification Version 2013, URL: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2013/> (Stand 06.11.2013)
- o.V. DocCheck Medical Services GmbH (2013) URL: DocCheckFlexikon, Online: <http://flexikon.doccheck.com/de/Spezial:Mainpage> (Stand 06.11.2013)
- o.V. (o.J.) Assessment, URL: <http://www.dict.cc/englisch-deutsch/assessment.html> (Stand: 18.10.2013)
- o.V. (o.J.) Dokumentenanalyse, URL: <https://www.fh-muenster.de/ibl/projekte/informationsportal/Dokumentenanalyse.php> (Stand: 25.10.2013)
- o. V. (o. J.) mögliche Klausurfragen, URL: [http://file1.npage.de/001603/23/download/aufbau\\_abbau\\_klausur\\_mit\\_antworten.pdf](http://file1.npage.de/001603/23/download/aufbau_abbau_klausur_mit_antworten.pdf) (Stand 07.11.3013)

- o.V. (o.J.) Original unter: URL: <http://www.carecloud.de/der-pflegeprozess-in-carecloud-und-seine-wurzeln/> (Stand 07.11.2013)
- Radzey, Beate; Kuhn, Christina; Rauh, Janthe; Heeg, Sibylle (2001) Qualitätsbeurteilung der institutionellen Versorgung und Betreuung dementiell Erkrankter, URL: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/PRM-24424-SR-Band-207.1.pdf> (Stand: 09.10.2013)
- Reuschenbach, Bernd (2006): Gütekriterien, URL: [www.pflegeassessment.de/guetekriterien.html](http://www.pflegeassessment.de/guetekriterien.html) (Stand: 21.10.2013)
- Reuschenbach, Bernd (2007): Pflegeassessment, URL: [www.pflegeassessment.de](http://www.pflegeassessment.de) (Stand: 21.10.2013)

#### **Buchquellen:**

- Bartholomeyczik, Sabine; Halek, Margareta (2009): Assessmentinstrumente in der Pflege; Hannover; Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH&Co. KG
- Claus, Susanne (2002) Das Menschenbild und Krankheitsverständnis in den Konzepten der Validation und des Dementia Care Mapping- Diplomarbeit, GRIN Verlag, Norderstedt
- Dibelius, Olivia; Maier, Wolfgang (2011) Versorgungsforschung für demenziell erkrankte Menschen- Health Service Research for People with Dementia, W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart
- Dornblüth, Otto (2002) Pschyrembel- klinisches Wörterbuch, 259. Auflage, Walter de Gruyter GmbH & Co. KG, Berlin
- Förstl, Hans (2001) Demenz in Theorie und Praxis, Berlin Heidelberg New York, Springer Verlag
- Georg, Jürgen; Frowein, Michael (1999): Pflegelexikon. Bern. Verlag Hans Huber

- Haberstroh, Julia; Neumeyer, Katherina; Pantel, Johannes (2011) Kommunikation bei Demenz- Ein Ratgeber für Angehörige und Pflegende, Berlin Heidelberg, Springer Verlag
- Haberstroh, Julia; Pantel, Johannes (2011) Kommunikation bei Demenz- TANDEM Trainingsmanual, Berlin Heidelberg New York, Springer Verlag
- Halek, Margareta; Bartholomeyczik, Sabine (2006) Verstehen und Handeln- Forschungsergebnisse zur Pflege von Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten, Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Hannover
- Heijkoop, Jaques (2011) Herausforderndes Verhalten von Menschen mit geistiger Behinderung- Neue Wege der Begleitung und Förderung, 5. Auflage, Juventa Verlag, Weinheim und München
- Höwler, Elisabeth (2008) Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz: Erleben und Strategien Pflegender, W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart
- Höwler, Elisabeth (2011) Biografie und Demenz- Grundlagen und Konsequenzen im Umgang mit herausfordernden Verhalten, W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart
- Isfort, Michael; Weidner, Frank (2001): Pflegequalität und Pflegeleistungen I. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (dip), Köln
- James, Ian Andrew (2012) Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz- Einschätzen, verstehen und behandeln, Detlef Rüsing (Hrsg), Hans Huber Verlag, Bern
- Kämmer, Karla (Hrsg.) (2008) Pflegemanagement in Altenpflegeeinrichtungen, 5. Auflage, Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Hannover
- Krohwinkel, Monika (2008) Rehabilitierende Prozesspflege am Beispiel von Apoplexiekranken- Fördernde Prozesspflege als System, 3. Auflage, Hans Huber Verlag, Bern

- Löser, Angela Paula (2004) Pflegekonzepte nach Monika Krohwinkel- Pflegekonzepte in der stationären Altenpflege erstellen: Schnell, leicht und sicher, 2. Auflage, Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Hannover
- Mehmecke, Sandra (2010) Effektivität von Validation bei herausfordernden Verhalten von demenziell erkrankten Menschen- eine Literaturstudie, GRIN Verlag, Norderstedt
- Schwarz, Günther (2012) Umgehen mit demenzkranken Menschen und herausforderndem Verhalten- Fachberatung Demenz, Evangelische Gesellschaft Stuttgart
- Sozialgesetzbuch (2011), 40. Auflage, Beck- Texte im dtv, München
- Tackenberg, Peter; Abt- Zegelin, Angelika (Hrsg.) (2001) Demenz und Pflege- Eine interdisziplinäre Betrachtung, 2. Auflage, Mabuse Verlag, Frankfurt am Main
- Wan- chung, Chen (2012) Alzheimer- Meine Vorbeugungsmaßnahmen, BoD Books on Demand, Norderstedt

## EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Hiermit versichere ich, Diana Schülke, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbstständig angefertigt, keine anderen, als die angegebenen Hilfsmittel genutzt und sowohl wörtliche, als auch sinngemäß entlehnte Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Die Arbeit hat in dieser oder ähnlicher Form noch keiner Prüfungsbehörde vorgelegen.

Neubrandenburg, 11.11. 2013

---

Unterschrift

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Hiermit versichere ich, Cäcilie Sponholz, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbstständig angefertigt, keine anderen, als die angegebenen Hilfsmittel genutzt und sowohl wörtliche, als auch sinngemäß entlehnte Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Die Arbeit hat in dieser oder ähnlicher Form noch keiner Prüfungsbehörde vorgelegen.

Neubrandenburg, 11.11. 2013

---

Unterschrift