

BACHELORARBEIT

Prävention und Deeskalation von herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz durch Kommunikation von Pflegefachpersonen

Vorgelegt am 31. Mai 2021
Von Kaja Deszczka

1. Prüferin: Katharina Straß
2. Prüferin: Katrin Behrens

**HOCHSCHULE FÜR ANGEWANDTE
WISSENSCHAFTEN HAMBURG**
Department Pflege und Management
Alexanderstraße 1
20099 Hamburg

Abstract

Hintergrund: Der demographische Wandel weist weltweit auf einen starken Anstieg der älteren Bevölkerung hin. Damit einhergehend wird auch die Zahl der Menschen mit einer Demenzerkrankung steigen, dies stellt die Gesellschaft vor Herausforderungen. Menschen mit Demenz weisen im Verlauf der Erkrankung, neben kognitiven und körperlichen Symptomen, auch behaviorale und psychologische Symptome, herausforderndes Verhalten genannt, auf. Diese Verhaltensweisen, insbesondere die veränderten Kommunikationsfähigkeiten, stellen einen erhöhten Anspruch sowie eine verstärkte Belastung für die Pflegefachpersonen dar. Eine angepasste Kommunikation könnte den Pflegefachpersonen einen verstehenden Zugang zu den Menschen mit Demenz verschaffen, um die Ursachen der Verhaltensweisen zu erfassen. Dieses wichtige pflegerische Handlungsfeld soll in dieser Arbeit näher beleuchtet und Konzepte sowie Ansätze der Prävention und Deeskalation von herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz untersucht werden.

Zielsetzung: Das Ziel dieser Arbeit ist es aufzuzeigen, welche anwendbaren Konzepte mit einem kommunikativen Ansatz es für Pflegefachpersonen gibt, herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz zu vermeiden oder bei Auftreten deeskalierend zu wirken.

Methode: Die Methode dieser Abschlussarbeit ist eine systematische Literaturrecherche auf den Datenbanken PubMed und CINAHL, welche mit der Handsuche durch weitere Studien, Empfehlungen und Standards erweitert wird.

Ergebnisse: Konzepte der Kommunikation mit Menschen mit Demenz sind vorhanden, diese sind jedoch nicht ausreichend erforscht. Studien haben gezeigt, dass der Fokus auf dem Verstehen des Verhaltens liegt, um mögliche unerfüllte Bedürfnisse zu ermitteln und individualisierte Maßnahmen anzuwenden.

Schlussfolgerung: Kommunikation mit Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten ist ein essenzielles Instrument der Beziehungsgestaltung sowie zum Verstehen der Verhaltensweisen nötig. Kommunikation als präventiver und deeskalierender Ansatz muss durch weitere Forschungen untersucht werden.

Schlüsselbegriffe:

Demenz, Herausforderndes Verhalten, Kommunikation, Pflegerische Konzepte
Dementia, challenging behaviour, BPSD, communication, nursing, concepts

Inhaltsverzeichnis

I.	Abkürzungsverzeichnis	IV
II.	Tabellenverzeichnis	IV
III.	Abbildungsverzeichnis	IV
1	Einleitung	1
1.1	Hintergrund der Arbeit	1
1.2	Zielsetzung und Aufbau der Arbeit	2
1.3	Methodik.....	3
2	Einführung in die Begrifflichkeiten.....	5
2.1	Demenz.....	5
2.1.1	Einteilung der Demenzen nach Ursachen	5
2.1.2	Symptome der Demenzen	7
2.1.3	Professionelle Pflege von Menschen mit Demenz.....	8
2.2	Herausforderndes Verhalten	9
2.2.1	Ursachen von herausforderndem Verhalten	11
2.2.2	Cohen-Mansfield-Agitation-Inventory.....	13
2.3	Prävention und Deeskalation bei Menschen mit Demenz	13
3	Kommunikation mit Menschen mit Demenz.....	14
3.1	Grundsätze in der Kommunikation mit Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten	15
3.2	Probleme in der Kommunikation mit Menschen mit Demenz.....	17
4	Ergebnisse.....	19
4.1	Allgemeine Handlungsempfehlungen.....	20
4.2	Kommunikative Konzepte der Prävention	23
4.2.1	Verstehende Diagnostik.....	24
4.2.2	Validation nach Naomi Feil.....	27
4.3	Kommunikative Konzepte zur Deeskalation in akuten psychiatrischen Krisen.....	29
5	Diskussion	31
6	Fazit.....	33
	Literaturverzeichnis	35
	Anhang.....	41

I. Abkürzungsverzeichnis

BASE- Programm - Behaviour Analytics & support Enhancement Programm

BPSD - Behaviorale und psychologische Symptome der Demenz

CHAT – Changing Talk Intervention

CMAI – Cohen-Mansfield-Agitation-Inventory

DNQP – Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege

HV – Herausforderndes Verhalten

MmD – Menschen mit Demenz

NBD-Modell – Need driven dementia compromised behaviour model

RKI – Robert Koch Institut

STA OP! - Stepwise multicomponent intervention

II. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Suchbegriffe der systematischen Literaturrecherche..... 4

Tabelle 2: Die häufigsten herausfordernden Verhaltensweisen 10

III. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Das NDB-Modell..... 12

Abbildung 2: Misslingende Kommunikation 19

1 Einleitung

Paul Watzlawick hat durch sein erstes Axiom „Man kann nicht nicht kommunizieren“ die Wichtigkeit und den Einfluss der Kommunikation benannt (Becker et al., 2018, S.27). In der vorliegenden Arbeit soll es um die Kommunikation von Pflegefachpersonen mit Menschen mit Demenz (MmD) und dem herausfordernden Verhalten (HV) gehen. Speziell sollen Ansätze beleuchtet werden, welche präventiv und deeskalierend auf das HV wirken. In diesem Kapitel wird zu Beginn der Hintergrund der Arbeit durch eine Problembeschreibung dargelegt, darauf folgt die Zielsetzung, die Fragestellung und der Aufbau der Arbeit. Am Ende dieses Kapitels wird das methodische Vorgehen dargestellt.

1.1 Hintergrund der Arbeit

Die demografische Entwicklung in Deutschland weist auf einen starken Anstieg der älteren Bevölkerung in den nächsten Jahren hin. Damit einhergehend steigt auch der Anteil der demenziell Erkrankten (Deutsche Alzheimer Gesellschaft, 2020, S.7). In Deutschland leben derzeit circa 1,6 Millionen MmD und nach gemeinsamen Schätzungen von der Weltgesundheitsorganisation und der Alzheimer´s Disease International haben weltweit circa 50 Millionen Menschen eine Demenzerkrankung (Deutsche Alzheimer Gesellschaft, 2020, S.1). Diese Entwicklung und deren Folgen stellen große Herausforderungen für die Gesellschaft dar und sind verstärkt ins öffentliche Bewusstsein gerückt. Dies ist eine neue Dimension für Pflege und Fürsorge, deren Bedeutung aufgrund des demografischen Wandels weiterwachsen wird (Bartholomeyczik et al., 2013, S.17).

Laut dem Robert-Koch-Institut (RKI) sind „Demenzerkrankungen [...] die häufigsten neuropsychiatrischen Erkrankungen im höheren Lebensalter und gehen mit erheblichen Belastungen für Betroffene und die Gesellschaft einher.“ (Robert-Koch Institut, 2015, S.412). Patient*innen mit Demenzerkrankungen weisen neben kognitiven Symptomen auch verschiedene behaviorale und psychologische Symptome auf, welche die Diagnosestellung, die Therapie sowie die Betreuung beeinträchtigen (Savaskan et al., 2014, S.135).

Die pflegerische Betreuung einer wachsenden älteren Bevölkerung, in welcher immer mehr Menschen an einer Demenzerkrankung leiden, wird demnach durch herausforderndes Verhalten wie Aggression, Agitation, Herumwandern, Zurückziehen und Stimmungsausbrüche erschwert (Williams & Herman, 2011, S.1).

Circa 70 Prozent aller MmD sind im Verlauf von HV betroffen (Niemann, 2016, S.42). Außerdem führen verhaltenspsychologische Symptome von MmD zu negativen gesundheitlichen Auswirkungen. Die MmD sind nach Kolanowski et al. (2017, S.1) einem teilweise unangemessenen Gebrauch von Antipsychotika ausgesetzt. In dieser Arbeit werden vordergründig die Wirkungen von nicht-medikamentösen Ansätzen erörtert. „Die veränderte Persönlichkeitsstruktur der Demenzkranken, ihr ‚herausforderndes Verhalten‘ wie auch die gestörte Kommunikationsfähigkeit stellen besondere Ansprüche an all diejenigen, die an der Versorgung und Betreuung demenzkranker Menschen beteiligt sind.“ (Bartholomeyczik et al., 2013, S.16-17).

Kommunikation wird als verstehender Zugang gesehen und als pflegerisch diagnostisches Mittel untersucht. Die verstehende Diagnostik ist nach Bartholomeyczik et al. (2006, S.61) ein

[...] Zugang zu einer Pflegesituation, in der Probleme nicht allein aus der objektivierenden Sicht der professionell oder privat Helfenden, sondern auch aus der der betreffenden Person definiert werden. [...] In Bezug auf Menschen mit einem Pflegebedarf aufgrund einer Demenz ist dieses Merkmal [...] noch stärker hervorzuheben. (Bartholomeyczik et al., 2013, S.61)

Durch die Ergründung der subjektiven Bedeutung des HV kann ein Verhalten, welches erstmal herausfordernd ist, als eines gedeutet werden, welches auf dem Gefühl des „nicht verstanden zu werden“ basiert (Bartholomeyczik et al., 2006, S.61).

Als Kommunikation werden Verhaltensweisen und Ausdrucksformen bezeichnet die Menschen bewusst und unbewusst nutzen um in Beziehung zueinander zu treten (Wilken, 2014, S.10). Es wird deutlich, dass ein erhöhter Forschungs- und Aufklärungsbedarf in diesem pflegerischen Handlungsfeld vorliegt. Die Autorin möchte in der vorliegenden Arbeit Konzepte aufzeigen, wo das HV durch Kommunikation und ein Verstehen des Verhaltens reduziert oder diesem vorgebeugt werden kann.

1.2 Zielsetzung und Aufbau der Arbeit

Das Ziel dieser Arbeit ist aufzuzeigen, welche anwendbaren Konzepte mit einem kommunikativen Ansatz es für Pflegefachpersonen gibt, HV bei MmD zu vermeiden oder bei Auftreten deeskalierend zu wirken. Daraus ergibt sich folgende

Forschungsfrage: Welche Konzepte mit kommunikativem Ansatz können Pflegefachpersonen zur Prävention und Deeskalation von herausforderndem Verhalten bei demenziell erkrankten Menschen anwenden? Die im Rahmen der Bearbeitung dieses patient*innennahen Themas gewonnenen Kenntnisse sowie die Erweiterung des Wissens haben eine hohe Relevanz für die pflegerische Praxis mit MmD.

Nachdem vorab der Hintergrund dieser Arbeit sowie die Zielsetzung dargelegt wurden, folgt die Beschreibung des methodischen Vorgehens. Zur Einführung in die Thematik erfolgt eine Begriffserklärung zum besseren Verständnis der Arbeit für die Leser*innen. Dabei werden die Demenzerkrankungen, Ursachen und Symptome der Demenzformen sowie der pflegerische Schwerpunkt bei MmD dargestellt. Darauf folgt die Beschreibung des HV, die Ursachen von HV und ein Assessmentinstrument zum besseren Verständnis sowie eine kurze Einführung in die Begrifflichkeiten der Prävention und Deeskalation. Der Fokus im dritten Kapitel liegt auf der Kommunikation bei MmD, Grundsätze in der Kommunikation mit MmD und HV sowie häufige Probleme in der Kommunikation mit MmD. Anschließend wird in einem Ergebnisteil auf die kommunikativen Konzepte zur Prävention und Deeskalation bei MmD und HV eingegangen. Die Ergebnisse der Konzepte werden in einem Diskussionsteil analysiert und interpretiert, abschließend folgt ein Fazit, in welchem wichtige Erkenntnisse zusammengefasst werden und ein Ausblick auf künftige Forschungsarbeiten gegeben wird.

1.3 Methodik

Um die Fragestellung dieser Arbeit evidenzbasiert zu beantworten, wurde im April 2021 in den Datenbanken PubMed und CINAHL eine systematische Literaturrecherche durchgeführt.

Die identifizierten Suchbegriffe (Tabelle 1) wurden in unterschiedlichen Kombinationen mit den Bool'schen Operatoren AND und OR kombiniert. Zusätzlich erfolgte eine Handsuche.

Kernbegriffe	Synonyme	Englisch
Menschen mit Demenz	Demenz	dementia
Herausforderndes Verhalten	Aggression, Verhaltenspsychologische Symptome	Challenging behaviour, aggressive behaviour, behavioural psychological symptoms, BPSD
Konzepte mit kommunikativem Ansatz	Interventionen, Methoden, Kommunikation, Leitlinien	intervention, methods, concept, guidelines, communication

Tabelle 1: Suchbegriffe der systematischen Literaturrecherche (eigene Darstellung)

Das Vorgehen bei der Durchsicht der gefundenen Literatur wurde anhand eines Flow Schemas abgebildet (siehe Anhang 1). Die Autorin hat die Literatur vorerst anhand des Titels, dann nach Sichtung des Abstracts und abschließend anhand des Volltextes ausgewählt.

Die Ein- und Ausschlusskriterien wurden ebenfalls vorab definiert. Alle eingeschlossenen Studien mussten einen Abstract enthalten, die verwendeten Suchbegriffe mussten im Titel oder im Abstract vorkommen. Außerdem wurden aus PubMed nur randomized controlled trials, reviews und systematic reviews eingeschlossen. Aus der Datenbank CINAHL wurden nur Artikel aus wissenschaftlichen Zeitungen verwendet. Nach einer ersten Sichtung der Literatur wurden durch den Bool'schen Operator NOT Begriffe wie music und aroma ausgeschlossen.

Es wurden nur Studien in englischer und deutscher Sprache berücksichtigt, welche zehn Jahre alt oder aktueller sind, um veraltete Pflegekonzepte oder Interventionen auszuschließen, welche heutzutage nicht mehr anwendbar sind. Es wurden nur Artikel ausgewählt, welche als Population Menschen mit einer diagnostizierten Demenz über 65 Jahre untersuchen. Nach Sichtung der Titel und Abstracts wurden außerdem Studien ausgeschlossen, die sich mit medikamentösen Interventionen, nicht-medikamentösen Therapien und Konzepten, wie zum Beispiel basale Stimulation, Musik-Therapie, Aromatherapie oder Tiertherapie beschäftigen. Außerdem wurde das Konzept des Roboter-Seehundes ausgeschlossen. Grund hierfür war der kommunikative Fokus dieser Arbeit. Viele Studien befassten sich mit individualisierten Aktivitäten zur Reduzierung von HV, diese wurden ebenfalls ausgeschlossen. Anschließend wurde die Recherche über eine Handsuche

erweitert. Die Quellen der gefundenen Studien wurden nach dem Schneeballverfahren nach relevanter älterer Literatur untersucht.

2 Einführung in die Begrifflichkeiten

Im Folgenden werden die Kernbegriffe dieser Arbeit näher beleuchtet. Dies dient dem besseren Verständnis.

2.1 Demenz

„Weg vom Geist‘ oder ‚ohne Geist‘ – so lautet die wörtliche Übersetzung des Begriffs `Demenz´ aus dem Lateinischen. Damit ist bereits das wesentliche Merkmal von Demenzerkrankungen beschrieben, nämlich die Verschlechterung bis hin zum Verlust der geistigen Fähigkeiten“ (Bundesministerium für Gesundheit, 2020, o.S.). Die Demenz wird in dem aktuellen Diagnosekatalog für Krankheiten (International Classification of Diseases) unter der Rubrik „Psychische und Verhaltensstörungen“ eingeordnet. Bei einer Demenzerkrankung handelt es sich um ein Syndrom, das als Folge einer meistens chronischen oder progressiven Krankheit des Gehirns auftritt (zu Bentheim, 2011, S.1). Der Begriff der Demenz fasst eine uneinheitliche Gruppe von Störungen zusammen, welche multifaktoriellen Ursachen unterliegen (Haberstroh et al., 2016, S.2). Das Demenzsyndrom basiert auf neurodegenerativen Prozessen, dessen Leitsymptomatik kognitive Veränderungen sind, „[...] allen voran ein Gedächtnisverlust verbunden mit weiteren Symptomen wie Stimmungsschwankungen, Desorientierung, herausfordernden Verhaltensweisen und Sprachprobleme.“ (Bartholomeyczik & Halek, 2017, S.51).

2.1.1 Einteilung der Demenzen nach Ursachen

Die Demenzformen werden anhand der Ursachen in die primären bzw. erstrangigen oder in die sekundären bzw. zweitrangigen Demenzen unterteilt (zu Bentheim, 2011, S.1). Sekundäre Demenzen treten aufgrund von anderen Organerkrankungen auf. Dieser Form liegt also immer ein exogener Faktor zugrunde. Dazu gehören beispielsweise Stoffwechselerkrankungen, Vitaminmangelzustände oder Vergiftungen durch Alkohol, Medikamente oder Ähnlichem. Diese Erkrankungen sind behandelbar und teilweise heilbar, wodurch ein Rückgang der typischen Demenzsymptome erreicht werden kann. Eine frühzeitige Diagnosestellung ist bei dieser Form wichtig und handlungsleitend. Etwa

zehn Prozent aller diagnostizierten Demenzen sind der sekundären Form zuzuordnen. Dadurch erschließen sich circa 90 Prozent, welche der primären Demenz untergeordnet sind (Bundesministerium für Gesundheit, 2020, o.S.). Den primären Demenzen liegen hirnrorganischen Ursachen zugrunde, diese werden erneut in unterschiedliche Formen eingeteilt. Die häufigste primäre neurodegenerative Demenzform ist die Alzheimer-Demenz, an welcher etwa 50-70 Prozent erkranken (Bartholomeyczik & Halek, 2017, S.51). Bei der Alzheimer-Demenz werden zerebrale Nervenzellen und die Nervenbahnen unumkehrbar zerstört. Durch das Absterben der Nervenzellen kommt es zu einer Abnahme der Hirnmasse, der sogenannten Hirnathrophie, sowie zu einer Abnahme der Vernetzungsdichte des Gehirns (Bundesministerium für Gesundheit, 2020, o.S.; Grond, 2014, S.4). Außerdem werden Eiweißplaques innerhalb der Nervenzellen oder zwischen den Nervenzellen sowie ein Mangel an Acetylcholin, ein wichtiger Neurotransmitter des Gehirns, beobachtet (Bundesministerium für Gesundheit, 2020, o.S.; zu Bentheim, 2011, S.1). Ursachen dieser Demenzform sind bis heute nicht ausreichend erforscht. Sich auf die genetische Komponente zu berufen, dass Alzheimer dominant vererbt wird, ist mit einem Nachweis von circa zwei Prozent als alleinige Ursache unzureichend (zu Bentheim, 2011, S.2).

Zu den primären Demenzformen gehört auch die vaskuläre, gefäßbedingte, Demenz mit circa 20 Prozent (Pawletko, 2004, S.11). Die vaskuläre Demenz kommt als Folge einer Durchblutungsstörung und dem damit einhergehenden Absterben von Nervengewebe zustande. Die Hauptursachen der vaskulären Demenz sind auf die Risikofaktoren der Arteriosklerose zurückzuführen, die da sind: Hypertonie, Diabetes mellitus, Hypercholesterinämie, Herzerkrankungen und Rauchen (Bundesministerium für Gesundheit, 2020, o.S.). Die beiden häufigsten Formen können auch zusammen als Mischform, als sogenannte „gemischte Demenz“, auftreten. Es gibt noch weitere seltenere primäre Demenzformen, welche gemeinsam mit der gemischten Demenz die übrigen circa 20 Prozent ausmachen (Pawletko, 2004, S.11). Weitere primäre Demenzformen sind die Lewy-Körperchen-Demenz und die Frontotemporale Demenz (Kastner & Löbach, 2018, S.9). Aktuell gibt es keine Therapiemöglichkeit zur Heilung der Demenzen. Durch medikamentöse Therapien kann der Verlauf der Erkrankung teilweise verlangsamt werden, jedoch sind auch diese Interventionen in der Wirksamkeit begrenzt. Umso wichtiger ist es, neben den medikamentösen Therapien, die nicht-medikamentösen

Interventionen und Therapieformen zu beachten und anzuwenden (Dressel & Lange, 2020, S.2).

2.1.2 Symptome der Demenzen

Die Demenzerkrankung ist kein einheitliches Krankheitsbild, sondern wie in Kapitel 2.1 beschrieben, ein klinisches Syndrom, was bedeutet, dass eine Reihe von Symptomen auf das Vorliegen einer chronischen Hirnschädigung hinweisen. Wichtig ist anzumerken, dass neben den unterschiedlichen Formen der Demenz, jede Demenzerkrankung im Verlauf und in der Symptomatik individuell zu unterscheiden ist (Haberstroh et al., 2016, S.3). Die Einteilung der Demenzsymptome erfolgt in fünf Hauptgruppen. Dazu zählen die kognitiven Symptome, psychische Störungen und Verhaltensänderungen bei MmD, Verhaltensänderungen wie HV, psychische Symptome sowie körperliche Symptome (Kastner & Löbach, 2018, S.10). Nicht alle Symptome treten gleichzeitig oder bei allen MmD auf, sie kommen unterschiedlich in den verschiedenen Demenzstadien vor. Herausgestellt werden an dieser Stelle drei der Hauptgruppen. Die Verhaltensänderungen im Sinne des HV werden in einem separaten Kapitel detailliert betrachtet.

Zu den kognitiven Symptomen der Demenz gehören neben Störungen des Gedächtnisses, der Merkfähigkeit, der Aufmerksamkeit und der Orientierung auch Einschränkungen von Urteilsvermögen und Problemlösungsfähigkeiten, Aphasien, Apraxien und Agnosien. Kognitive Symptome verschlechtern sich mit dem Verlauf der Krankheit progredient (Kastner & Löbach, 2018, S.11). Ein besonders gravierendes Symptom sind die zunehmenden Kommunikationsschwierigkeiten, „[...] das heißt der Austausch von Gedanken, Gefühlen, Wünschen und Vorstellungen“ (Haberstroh et al., 2016, S.11). Die psychischen Symptome verstärken sich nicht immer im Krankheitsverlauf, die Symptome können sich jedoch im Verlauf verändern oder zurückbilden. Ängste, Misstrauen, Furcht und Frustrationen, sowie Stimmungsschwankungen, Depressionen und Wahrnehmungsstörungen können als Form der psychischen Symptomatik bei einer Demenzerkrankung auftreten (Kastner & Löbach, 2018, S.14). Zu den körperlichen Symptomen gehören Antriebslosigkeit, Gangstörungen mit einer Sturzneigung und weitere motorische Störungen, sowie Schluckstörungen und daraus folgende Mangelernährungen und Harn- und Stuhlinkontinenz (Döbele & Schmidt, 2014,

S.10). Zusammenfassend lässt sich sagen, dass im Verlauf einer Demenzerkrankung die kognitiven sowie die körperlichen Symptome immer weiter zunehmen, sodass zunehmend Abhängigkeiten bei alltäglichen Verrichtungen entstehen (Sonntag & von Reibnitz, 2014, S.6).

2.1.3 Professionelle Pflege von Menschen mit Demenz

In vielen Fällen sind MmD im Verlauf der Erkrankung abhängig von professionell Pflegenden. Teilweise ist die Versorgung zu Hause, aufgrund von Überforderung der Angehörigen, nicht mehr möglich. Die professionelle Pflege von MmD kann zum einen durch die ambulante Pflege durchgeführt werden, aber auch in teilstationären Bereichen, Kurzzeitpflege-Einrichtungen, Wohngemeinschaften für MmD oder auch in vollstationären Langzeiteinrichtungen. MmD benötigen Unterstützung in den Bereichen der Grundpflege sowie in der Betreuung (Deutscher Ethikrat, 2012, S.40). Das allgemeine Ziel der professionellen Pflege von MmD ist das gleiche wie in jeder anderen pflegerischen Situation auch, die Unterstützung innerhalb „[...] eines Problemlösungs- und Beziehungsprozesses bei der Bewältigung des Alltags, beim Umgang mit Bedürfnissen und beim Streben nach Wohlbefinden, bei der Erhaltung, Anpassung oder Wiederherstellung von physischen, psychischen und sozialen Funktionen und beim Umgang mit existenziellen Erfahrungen.“ (Sauter & Ahrens, 2011, S.51). Bei der speziellen Versorgung von MmD spielt die Wiederherstellung von Fähigkeiten eine untergeordnete Rolle, das Augenmerk liegt hierbei darauf, das Wohlbefinden der Person zu fördern und dabei einen Ausgleich von Selbstbestimmung und pflegerischer Fürsorglichkeit zu schaffen (Bartholomeyczik & Halek, 2017, S.53).

Ein weiterer wichtiger Aspekt der professionellen Pflege ist die Beziehungsgestaltung. In dem Expertenstandard ‚Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz‘ des Deutschen Netzwerkes für Qualitätssicherung in der Pflege (DNQP), heißt es in der Zielsetzung: „Jeder pflegebedürftige Mensch mit Demenz erhält Angebote zur Beziehungsgestaltung, die das Gefühl, gehört, verstanden und angenommen zu werden sowie mit anderen Personen verbunden zu sein, erhalten oder fördern.“ (Blumenberg et al., 2018, S.31). Aus Sicht der demenziell Erkrankten zählen Beziehungen zu den Hauptfaktoren, die die Lebensqualität beeinflussen (Blumenberg et al., 2018, S.31). Laut dem Expertenstandard können „durch person-zentrierte Interaktions- und

Kommunikationsangebote [...] die Beziehung zwischen Menschen mit Demenz und Pflegenden [...] erhalten und gefördert werden.“ (Blumenberg et al., 2018, S.31). Der Kernaspekt in der Versorgung von MmD ist eine empathische Grundhaltung, durch welche versucht wird, das Verhalten des MmD zu verstehen, die Gefühle anzuerkennen und zu bestätigen. Die Grundzüge in der Versorgung haben sich von der früher empfohlenen Realitätsorientierung gegensätzlich entwickelt (Bartholomeyczik & Halek, 2017, S.53).

2.2 Herausforderndes Verhalten

Laut James (2013, S.23) wird das HV (engl.: behaviour that challenge) als Handlung definiert, welche das Wohlbefinden der Betroffenen beeinflusst, da diese für das Umfeld, in welcher die Handlung durchgeführt wird, eine physische oder psychische Beeinträchtigung darstellt.

Für den Begriff des HV gibt es in der deutsch- und englischsprachigen Literatur verschiedene Begriffe wie zum Beispiel Verhaltensstörungen, Verhaltenspsychologische Störungen und Verhaltensprobleme (Bartholomeyczik et al., 2006, S.13) oder challenging behaviour, behavioral psychological symptoms, behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD). Im Rahmen dieser Arbeit wird der Begriff des HV verwendet und im Folgenden näher beleuchtet. HV von MmD schließt eine Reihe von Verhaltensweisen ein „[...], die als störend, als belastend – eben als situativ herausfordernd empfunden werden.“ (Riedel & Linde, 2018 S.139). Diese komplexen Verhaltensweisen können nur schwer in Kategorien eingeordnet werden, denn sie entstehen in verschiedenen individuellen sozialen Verbindungen und sind immer vom Kontext abhängig (Riedel & Linde, 2018, S.139). Wie im Kapitel 2.1.2 beschrieben, sind Demenzerkrankungen neben kognitiven Störungen durch Veränderungen des Erlebens und Verhaltens charakterisiert. Menschen mit einer diagnostizierten Demenz zeigen teilweise ein Verhalten, welches Betroffene selbst und andere herausfordert. Zum HV gehören das Umherwandern, Schlafstörungen, Apathie, Agitiertheit, Verkennung, Rufen und Schreien, sexuelle Enthemmung, wahnhaftes Erleben sowie verbale und physische Aggressivität (Kastner & Löbach, 2018, S.13&16). In Tabelle 2 werden die häufigsten herausfordernden Verhaltensweisen, unterteilt in aggressive und nichtaggressive Formen, noch einmal detaillierter aufgezeigt.

Aggressive Formen	Nichtaggressive Formen
schlagen	Apathie
stoßen	Depression
grapschen	repetitive Geräusche
schubsen	repetitive Fragen
kneifen	merkwürdige Geräusche
kratzen	ständiges Bitten um Hilfe
beißen	exzessives Essen/Trinken
spucken	Hyperaktivität
würgen	Hin und her gehen (engl.: pacing)
an den Haaren ziehen	allgemeine Erregtheit
jemandem ein Bein stellen	anderen hinterhergehen/nachlaufen
mit Gegenständen werfen	unpassendes Entblößen von Körperteilen
mit dem Stock nach jemandem stoßen	öffentlich masturbieren
stechen	an unpassenden Orten urinieren
fluchen	herumschmieren
schreien	unpassender Umgang mit Gegenständen
rufen	Objekte auseinandernehmen
körperlich sexuell belästigen	Gegenstände horten
verbal sexuelle Avancen	absichtlich stürzen
selbstverletzende Handlungen	ungeeignete Substanzen essen
	sich widersetzen/verweigern
	Dinge verkennen

Tabelle 2: Die häufigsten herausfordernden Verhaltensweisen (eigene Darstellung nach James, 2013, S.25)

Der Begriff des HV impliziert einen Paradigmenwechsel im Verstehen des Verhaltens. Diese Bezeichnung weist keine negativen Bedeutungen oder Zuschreibungen auf, da die Ätiologie nicht zwingend bei dem MmD liegt (Höwler, 2011, S.16). Durch die Ergründung der subjektiven Bedeutung des HV kann ein Verhalten, welches erstmal herausfordernd ist, als ein Verhalten gedeutet werden, welches auf dem Gefühl des „nicht verstanden zu werden“ basiert (Bartholomeyczik et al., 2006, S.61) oder als „eine Reaktion auf eine Welt, die einem nicht mehr vertrauensvoll und verlässlich ist“ (Bartholomeyczik et al., 2006, S.14).

Diese Reaktionen können als Antwort auf die Umgebung des Betroffenen gesehen werden, in welcher die Person zunehmend Orientierungsschwierigkeiten hat, sich nicht wohlfühlt, Angst oder Kommunikationsschwierigkeiten hat, bzw. sich nicht

mitteilen kann oder sich über- oder unterfordert fühlt (Niemann, 2016, S.42). Wenn diese Verhaltensweise nicht richtig gedeutet oder verstanden werden und durch Interventionen verhindert und vermieden werden, erfahren MmD eine Verletzung ihrer Selbstbestimmtheit. Daraus kann ein Wille entstehen, die verlorene Selbstbestimmung wieder zu erlangen, welcher sich durch Angst, Enttäuschung oder Aggressionen widerspiegeln kann (Bartholomeyczik et al., 2006, S.14). Gegensätzlich zu der medizinischen Ansicht, das HV als ein behandlungsbedürftiges Symptom aufzufassen, liegt der Fokus aus pflegerischer Sicht darin, die zugrundeliegenden Bedürfnissen und Motivationen der Verhaltensweisen zu erkennen (Bartholomeyczik & Halek, 2017, S.55). Cohen-Mansfield hat diese Verhaltensweise in vier Kategorien eingeteilt. Zum einen gibt es das physisch aggressive Verhalten, worunter zum Beispiel das Schlagen gefasst wird. Dem gegenüber gestellt gibt es das physische nicht-aggressive Verhalten, wozu das ziellose Umherwandern zählt. Das Schreien wird beispielsweise in die Kategorie des verbal aggressiven Verhaltens eingeordnet. Die Verweigerung ist ein Beispiel für das verbale nicht-aggressive Verhalten (Cohen-Mansfield (1999) in Höwler, 2008, S.19).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das HV nach heutigem Erkenntnisstand nicht nur im Zusammenhang mit dem demenziell bedingten zerebralen Abbau gesehen wird, sondern auch und vor allem als ein Kommunikationsversuch, wenn andere Kompetenzen demenzbedingt verloren gehen (Steinmetz, 2016, S.60).

2.2.1 Ursachen von herausforderndem Verhalten

„Psychische und Verhaltenssymptome sind in ihrer Ursache multifaktoriell“ (DGPPN & DGN, 2016, S.67). Zur Beschreibung und Erklärung von HV bei MmD, sowie für die Ursachenforschung des jeweiligen Verhaltens, kann das Need driven dementia compromised behavior model (NDB-Modell), auch bedürfnisorientiertes Verhaltensmodell bei Demenz, herangezogen werden (Bartholomeyczik et al., 2006, S.35). Grundlegend ist das Verständnis, dass das Verhalten immer einen bestimmten Zweck erfüllt, um mit einer individuellen Situation umzugehen (Feilbach, o. J., S.2). Es ist essenziell, Zeichen und auslösende Faktoren zu erkennen, um präventiv im Vorfeld zu handeln. Um diese Zeichen zu deuten ist eine intensive Beobachtung gefordert, sowie Kenntnis über die Biografie und Gewohnheiten der Person (Niemann, 2016, S.46). Dieses Modell gibt wesentliche

Anregungen, wie sich dem Verstehen des Verhaltens systematisch genähert werden kann und bietet Unterstützung bei der Strukturierung von beeinflussenden Hintergrund- und situationsbedingten Faktoren des Verhaltens (Bartholomeyczik et al., 2006, S.67).

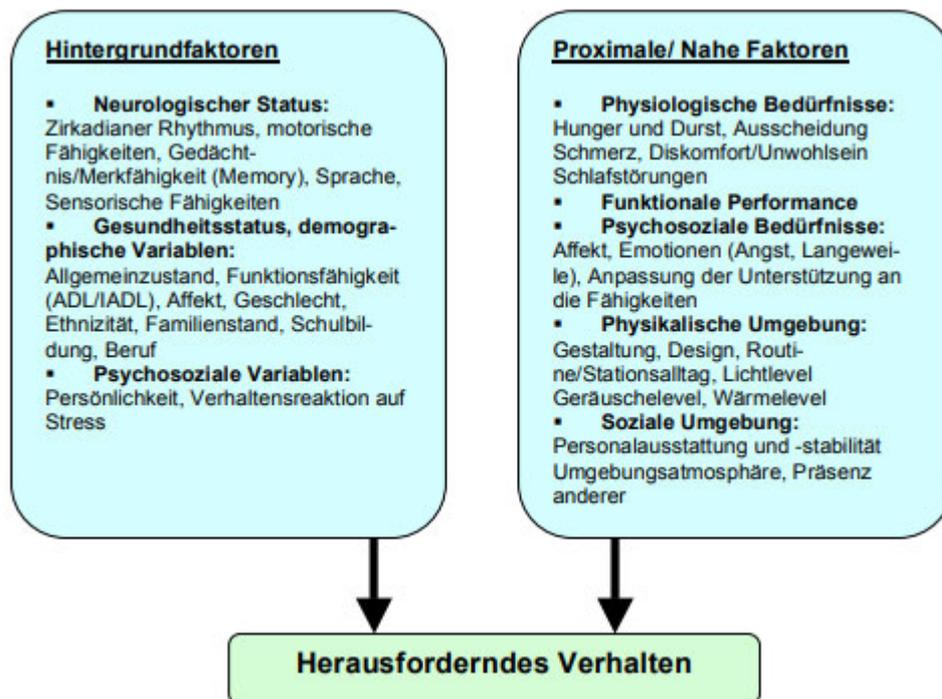


Abbildung 1: Das NDB-Modell (Bartholomeyczik & Halek, 2010, S.96)

Wie in Abbildung 1 zu sehen ist, kann das HV nach dem NDB-Modell mit zwei Faktoren, den Hintergrundfaktoren und den proximalen Faktoren, begründet werden. Die Hintergrundfaktoren, dazu zählen der neurologische Status, der Gesundheitsstatus, die demographischen sowie psychosozialen Variablen, sind kaum durch pflegerische Interventionen beeinflussbar. Sie sind aber für Risikoermittlungen hilfreich. Außerdem gibt es die sogenannten nahen, proximalen Faktoren, welche das HV hervorrufen können. Zu diesen Faktoren zählen zum Beispiel physiologische Bedürfnisse wie Hunger und Durst, funktionale Bedürfnisse, psychosoziale Bedürfnisse im Sinne von Emotionen, Umgebungsfaktoren wie Licht und Geräusche sowie die soziale Komponente, welche durch die Personalstabilität und die Atmosphäre geprägt wird (Bartholomeyczik et al., 2006, S.16). Die Ursache für das HV kann all das sein, was in diesem Moment die körperliche oder psychische Situation des MmD negativ beeinflusst (Kojer & Gutenthaler, 2016, S.28).

2.2.2 Cohen-Mansfield-Agitation-Inventory

Im Zusammenhang mit dem HV, möchte die Autorin das Cohen-Mansfield-Agitation-Inventory (CMAI) kurz beleuchten. Das CMAI wurde von Cohen Mansfield für die „[...] Erfassung agitierten Verhaltens in Pflegeheimen für Forschungszwecke konzipiert, [...].“ (Bartholomeyczik et al., 2006, S.78). Das CMAI beinhaltet eine Skala zur Beurteilung der Verhaltensauffälligkeiten (Schmidt & Döbele, 2016, S.10); es wird heute in der Forschung sowie in der klinischen Praxis verwendet (Bartholomeyczik et al., 2006, S.78). Die Skala ist ein Fremdbeurteilungsinstrument und basiert auf Beobachtungen. Die Bewertung bezieht sich auf das beobachtete agitierte Verhalten der letzten zwei Wochen durch Pflegefachpersonen. Das CMAI liegt in unterschiedlichen abgeänderten Versionen vor, diese unterscheiden sich hauptsächlich in der Anzahl der zu beurteilenden Verhaltensweisen oder Items, welche durch eine Häufigkeitsskala bewertet werden (Bartholomeyczik et al., 2006, S.78). Das CMAI umfasst und bedient nicht all das HV und kann demnach nur einen Teil der strukturierten Erfassung abbilden. Wesentlich ist hier anzumerken, dass die Ursachen in diesem Instrument keinen Platz finden und nicht abgebildet werden (Bartholomeyczik et al., 2006, S.79). Das CMAI kann für eine explizite, wertneutrale Beschreibung des Verhaltens in Bezug auf die Form, die Häufigkeit und Ausprägung sowie das Vorkommen genutzt werden (Höwler, 2008, S.122).

2.3 Prävention und Deeskalation bei Menschen mit Demenz

In der vorliegenden Arbeit sollen präventive und deeskalierende Methoden und Konzepte der Kommunikation aufgezeigt werden.

Prävention in diesem Zusammenhang meint, das HV zu vermeiden oder Risikofaktoren, welche dieses Verhalten begünstigen, zu verringern (Bundesministerium für Gesundheit, 2019, o.S.). Da präventive Interventionen nicht immer ausreichen und auch unvorhersehbare Verhaltensweise auftreten können, muss die Deeskalation in diesem Rahmen ebenfalls beleuchtet werden. In einem Praxisleitfaden zum Umgang mit Gewalt und Aggression in den Gesundheitsberufen wird die Deeskalation als „eine Maßnahme, welche die Entstehung oder die Steigerung von Gewalt und Aggression erfolgreich verhindern kann“ definiert (Wesuls et al., 2008, S.19). Ziel einer Deeskalationsmaßnahme ist es, aggressionsbedingte, physische und psychische Schädigungen zu vermeiden (Wesuls et al., 2008, S.19). Deeskalierende Interventionen sollen dabei helfen, dass

das HV nicht verstärkt wird und die Auswirkungen dieser Verhaltensweisen minimiert werden (Feilbach, o. J., S.1). Sobald es zu einer kritischen Gegebenheit kommt, sollen deeskalierende Interventionen diese Situationen abmildern. Auch hierbei spielt die Beobachtung eine wichtige Rolle, schon bei ersten Anzeichen von Gereiztheit, Angespanntheit sowie Unruhe- oder -mut sollte deeskalierend gehandelt werden (Dauber & Pester, 2014, S.39).

3 Kommunikation mit Menschen mit Demenz

Kommunikation bedeutet viel mehr als nur Worte. Haberstroh et al. (2016, S.28) beleuchten ebenfalls das erste Axiom von Paul Watzlawick „Man kann nicht nicht kommunizieren“ und schreiben, „[...] dass auch ein `Sich-Wegdrehen´ oder ein `Nicht-Antworten´ eine Information transportiert“ (Haberstroh et al., 2016, S.28). Kommunikation findet verbal oder nonverbal statt.

Viele Aspekte der Kommunikation gelingen mit dem Beginn der Demenzerkrankung nicht mehr fehlerfrei. Eigenschaften des Gehirns zum Empfangen, Verarbeiten und Reagieren von und auf Nachrichten sind im Verlauf zunehmend beeinträchtigt. Zudem nimmt auch die Sprachfähigkeit bezogen auf den Inhalt der Botschaften im Verlauf zunehmend ab. Beziehungsaspekte der Kommunikation werden weiterhin wahrgenommen (Pape-Raschen, 2017, S.21). „Das heißt: *Was* gesagt wird, ist nicht mehr so entscheidend wie das *Wie*.“ (Pape-Raschen, 2017, S.21). Die Stärken der MmD liegen in der nonverbalen Kommunikation und auf der Beziehungsgestaltung, diese Fähigkeiten bleiben bis in späte Stadien der Erkrankung erhalten (Haberstroh et al., 2016, S.34). Grundlegend gilt es in der Kommunikation mit MmD zu beachten, dass die Personen ihre Probleme und Bedürfnisse nicht mehr auf üblichem Wege äußern können. Daraus kann eine Veränderung im Verhalten resultieren, um Aufmerksamkeit zu erhalten (Haberstroh et al., 2016, S.81). Zusammenfassend gilt es zu betonen, dass die Veränderungen der Kommunikationskompetenzen die sozialen Interaktionen und die Dialoge, sowohl für die Betroffenen selbst, als auch für das betreuende soziale Umfeld erschweren (Steinmetz, 2016, S.59). Für die professionelle Pflege ist es daher von hoher Bedeutung, Kommunikation mit all den dazugehörigen Bereichen und Aspekten zu kennen und zu nutzen, um Kommunikationsstörungen zu vermeiden und die gelungene Kommunikation zu fördern.

„Für den Pflegeprozess ist eine reflektierte und wissenschaftlich fundierte Kommunikation die Grundlage; eine nicht gelingende Kommunikation kann den Behandlungserfolg oder die berufliche Akzeptanz gefährden.“ (Elzer et al., 2007, S.38).

3.1 Grundsätze in der Kommunikation mit Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten

In Abbildung 1, Kapitel 2.2.1, dem NDB-Modell, sind die sozialen Faktoren den einflussbaren Faktoren untergeordnet, welche das HV bei MmD auslösen kann. Dazu zählt auch die Kommunikation. Die Erkenntnis, dass die Kommunikation in direktem Zusammenhang mit dem HV steht, ist wichtig und essenziell für die Kommunikation bei HV (Williams et al., 2017, S.707).

Wesentlicher Bestandteil bei der Kommunikation mit MmD und HV ist das professionelle Wissen über die demenziell bedingte Beeinträchtigung der Kommunikationskompetenzen. Das Berücksichtigen dieser Einschränkungen und Schwierigkeiten gilt es zu beachten, denn dies ist erforderlich für eine gelungene Kommunikation, um die MmD nicht zu überfordern oder in unangenehme Situationen zu bringen. Zu beachten gilt es aber, dass defizitorientierte Ansätze zu einer Unterforderung der Betroffenen führen können und noch bestehende Fähigkeiten nicht erkannt und gefördert werden. Daraus erschließt sich, die kommunikativen Ressourcen der Betroffenen in den Fokus zu stellen, damit auf dieser Basis die Beziehungsgestaltung und Kommunikation stattfinden kann (Steinmetz, 2016, S.60). Es gilt also in der Kommunikation mit MmD die Stärken, welche sich in diesem Fall auf der nonverbalen Ebene, sowie auf der Beziehungsebene befinden, zu nutzen. Die Betroffenen besitzen, auch in späteren Stadien der Erkrankung, die Kompetenzen zum Senden und Empfangen von Informationen mithilfe von nonverbalen Kommunikationsmethoden. So kann es demnach sein, dass ein MmD den Inhalt eines Satzes nicht verstehen kann. Wenn dieser jedoch durch Mimik, Gestik und dem passenden Tonfall gesendet wird, kann der MmD verstehen, was der*die Gegenüberstehende kommuniziert hat. Die besondere Kompetenz der Betroffenen liegt auf dem Verstehen und Interpretieren auf der Beziehungsebene, „[...] das, was zwischen den Zeilen steht“ (Haberstroh et al., 2016, S.34). Die Ressourcen der MmD können und sollten passend und zielgerichtet genutzt werden, um Misserfolgen in der Kommunikation vorzubeugen

und Erfolge zu schaffen (Haberstroh et al., 2016, S.34). Im Umgang mit MmD und HV gewinnt die personenzentrierte Haltung an Bedeutung. Im Kontext mit der personenzentrierten Haltung kann die klientenzentrierte Psychotherapie nach Carl Rogers hilfreich sein. Die drei Merkmale Empathie, Akzeptanz und Kongruenz werden hierbei in den Mittelpunkt gestellt (Welling, 2004, S.2).

Weiterhin kann im kommunikativen Umgang mit demenziell Erkrankten Menschen mit HV die Verständnisorientierung beleuchtet werden. Die Verständnisorientierung hat den Anspruch auf Verständlichkeit, Wahrheit, Wahrhaftigkeit und Richtigkeit. Dazu gehört zum Beispiel der Verzicht von Sprachbarrieren und Herrschaftssprachen, gleiche Wissensgrundlagen über Gegenstandsbereiche des Gesprächs, Echtheit, ohne den Gesprächspartner zu täuschen sowie Diskussionen auf Basis von anerkannten gesellschaftlichen Werten und Normen (Elzer et al., 2007, S.47-48). Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (o.J., o.S.) empfiehlt im Umgang mit MmD grundlegende Hilfestellungen, welche auch hinsichtlich der Kommunikation nützlich sind und beachtet werden sollten. Zum einen muss die persönliche Würde gewahrt werden, die MmD sollten auch trotz ihrer Krankheit angenommen werden. Dabei sollen die Bedürfnisse, Wünsche und die eigene Realität der Betroffenen beachtet und wahrgenommen werden. Außerdem sollte die Eigenständigkeit aufrechterhalten werden, um Selbstachtung, Sicherheit und Lebensqualität zu erhalten. Die Ressourcen sollen gefördert und genutzt werden, dabei ist Geduld von den betreuenden Personen gefordert. Es ist zu empfehlen, den Betroffenen Orientierungshilfen im Bereich der Alltagsbewältigung anzubieten. Dazu zählen zum Beispiel gleichbleibende Tagesabläufe, Gewohnheiten beizubehalten und lesbare Uhren und Kalender anzubringen. Im Rahmen der Kommunikation gibt die Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (o.J., o.S.) folgende Hilfestellungen: Die Sicherstellung des Blickkontaktes mit dem MmD, klare und kurze Redeweise, das Stellen von einfachen Fragen, Fragen mit einer Auswahl an Antworten, Worte mit Gesten und Berührungen verbinden, Zurechtweisungen und Kritik vermeiden, sowie das Wahre und Erkennen der subjektiven Innensicht des MmD. Beim Auftreten von HV ist es wichtig, die beeinflussenden Faktoren zu erkennen und zu beseitigen. Dabei ist es hilfreich, ruhig und sanft zu bleiben und auf den emotionalen Zustand einzugehen. Zusätzlich spielt die Beschäftigung im Umgang mit demenziell erkrankten Menschen eine wichtige Rolle, wenn diese an die Biografie angepasst werden, können dies auch eine Basis für Gespräche

darstellen (Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V., o.J., o.S.). Insgesamt ist die Kommunikation mit MmD an das Krankheitsstadium angepasst. So sollten Pflegefachpersonen in einem frühen Stadium der Demenzerkrankung orientierende, aber keine korrigierenden Informationen in die Kommunikation einbeziehen. In dem mittleren Stadium liegt der Fokus auf der emotionalen Ebene, beispielsweise durch die Validation. In späteren Stadien sollte vermehrt nonverbal kommuniziert werden (Schmidt, 2015, S.108). Abschließend muss erwähnt werden, dass jede Kommunikations- und Betreuungssituation einzigartig ist und individuell betrachtet werden muss. Aufgezeigte Stärken und Schwächen von MmD in dieser Arbeit dienen als Leitlinie, anhand welcher das Verständnis für den MmD geprägt und entwickelt werden soll. Es ist wichtig, dass die betreuenden Pflegefachpersonen unvoreingenommen in erste Kommunikationssituationen gehen, da jeder Mensch über eigene, individuelle Schwächen und Stärken verfügt. Diese gilt es durch professionelle Beobachtungen zu erkennen, um dann im weiteren Verlauf Stärken zu fördern und zu nutzen und Schwächen zu umgehen (Haberstroh et al., 2016, S.35).

„Aufgrund einer bedingten Adaptionfähigkeit und Verhaltensplastizität bei Personen mit demenziell Veränderungen sollte die Initiative zu einem adäquaten Umgang stets von Personen ohne kognitive Einschränkung (hier Pflegende) ausgehen.“ (Höwler, 2008, S.20).

3.2 Probleme in der Kommunikation mit Menschen mit Demenz

Die Kommunikation ist ein grundlegendes Bedürfnis. Im Verlauf der Erkrankung werden die kommunikativen Fähigkeiten zunehmen weniger. Angefangen mit einzelnen Begrifflichkeiten, welche den Betroffenen entfallen oder Fragen über Unternehmungen vom Vortag, an welche sich die Betroffenen nicht erinnern können, bis hin zu Schwierigkeiten oder gänzlichem Kompetenzverlust beim Verstehen oder Formulieren von Worten und Sätzen. Auf nicht gelungene Gespräche und Misserfolge im Kontaktaufbau folgt häufig eine Frustration, sowie ein sozialer Rückzug von der Außenwelt (Haberstroh et al., 2016, S. 11).

In einer Studie von Wang et al. (2013, S.101-102) wurden die Schwierigkeiten der Pflegefachpersonen in der Kommunikation mit MmD aufgezeigt. Der Bereich `different language` umfasst die ungleiche Sprache, damit ist gemeint, dass teilweise ein wechselseitiges Unverständnis vorliegt. Zu diesem

Themenschwerpunkt gehört der Unterpunkt `repetitive response´, dieser umfasst das Problem, dass die befragten Pflegefachpersonen und die MmD teilweise Verhaltensweise wiederholen. Wenn die Betroffenen sich verbal- oder nonverbal durch Verhaltensweise ausdrücken, können Pflegefachpersonen die Hintergründe dieses Verhaltens nicht interpretieren und erkennen. Durch verschiedene Interventionen wird dann teilweise versucht, auf das Verhalten zu reagieren, der MmD reagiert auf diese Maßnahmen eventuell nicht und wiederholt die Verhaltensweise, um sich erneut mitzuteilen. Ein weiterer Unterpunkt, `lack of language consensus´, bezieht sich auf das Problem, wenn beide Gesprächsparteien die eigenen Absichten beibehalten und es somit keinen Sprachkonsens gibt. Überzeugung, Beratung oder Realitätsklärungen führen meistens zu einer Fortsetzung der Verhaltensweise, da der MmD teilweise nicht in der Lage ist, das Gesprochene auf der Inhaltsebene zu verstehen. Der zweite Bereich `blocked message´ bezieht sich darauf, dass die Pflegefachpersonen die Bedeutung der Verhaltensweise zum Teil nicht verstehen oder die Innensicht des MmD nicht erkennen. Dieser Bereich unterteilt sich erneut in Subthemen, `difficulty in accessing emotions´ und `difficulty in understanding needs´, welche sich auf die Schwierigkeiten beziehen, Emotionen und Bedürfnisse zu erkennen und individuell darauf einzugehen (Wang et al., 2013, S.101-102).

Für MmD ist es schwierig, sich eigene Konzepte zu überlegen, sowie die Konzepte der anderen zu verstehen. Außerdem fügen sich die Gedanken nicht zusammen und ergeben teilweise keinen Sinn für die Betroffenen, diese Gedankenstücke, welche teilweise nicht zusammenhängen, verwirren und verunsichern die MmD. Diese Situationen führen zu Problemen „[...] beim logischen Denken, beim Schlussfolgern und beim Treffen von Entscheidungen, also bei der eigenen Konzeptbildung.“ (Gröning, 2012, S.42). Häufig werden die Schwierigkeiten in der Kommunikation durch das Problem verursacht, dass die MmD Erinnerungen und die gedanklichen Bilder nicht abrufen können. Das Verhalten und die Kommunikationsversuche sind demnach eine Methode, um in die durcheinander gebrachten Erinnerungen und Bilder eine Ordnung zu bringen (Gröning, 2012, S.43).

„Ausgerechnet Kommunikation und soziale Aktivitäten sind es aber, aus denen Menschen mit Demenz maßgeblich ihr Wohlbefinden und ihre Lebensqualität schöpfen.“ (Haberstroh et al., 2016, S.11).

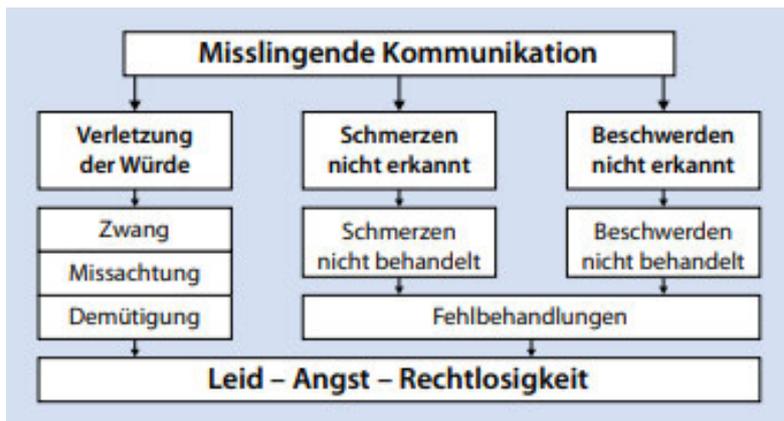


Abbildung 2: Misslingende Kommunikation (Kojer, 2016, S.15)

In Abbildung 2 werden die Folgen einer misslungenen Kommunikation bei MmD aufgezeigt. Eine nicht gelungene Kommunikation kann zum einen die Würde des Betroffenen verletzen, zum anderen können Schmerzen oder andere Beschwerden teilweise nicht erkannt werden. Bei einer misslungenen Kommunikation zwischen dem Pflegepersonal und dem MmD kommt es teilweise aufgrund von Hilflosigkeit zu ungewollter Gewalt, Zwang, Demütigung oder Missachtung. Der MmD wird also in seiner*ihrer Würde verletzt, dies wiederum führt zu Leid, Angst und Rechtlosigkeit. Unerkannte Schmerzen und anderen Beschwerden werden dann nicht behandelt, es kann zu Fehlbehandlungen führen, welche ebenfalls in Leid, Angst und Rechtlosigkeit münden. Wenn Beschwerden oder Schmerzen behandelt oder behoben werden, nimmt das HV häufig ab. Sobald die Beschwerden nicht behandelt oder behoben werden, kann das HV sich verstärken und häufig wiederkehren. Wenn das HV, zum Beispiel Schreien, Unruhe oder ablehnende Verhaltensweisen, über einen langen Zeitraum anhält, wird versucht, dieses Verhalten, anstatt der eigentlichen Ursache, zu beheben oder zu behandeln. Folglich müssen die MmD Fehlbehandlungen erleben, welche neue Beschwerden auslösen. So beginnt ein Teufelskreis, ausgelöst durch eine misslungene Kommunikation (Kojer, 2016, S.14-15).

4 Ergebnisse

Die im Rahmen der systematischen Literaturrecherche identifizierten Handlungsempfehlungen und Konzepte werden im Folgenden differenziert dargestellt. In diesem Kapitel sollen vorab allgemeine wissenschaftliche Erkenntnisse im Bereich der Kommunikation mit MmD und dem HV dargelegt

werden. Darauffolgend werden zwei ausgewählte kommunikative Konzepte sowie die Deeskalationsmaßnahmen dargestellt und näher beleuchtet.

4.1 Allgemeine Handlungsempfehlungen

In diesem Kapitel folgen kommunikative Ansätze, Empfehlungen und Programme, welche allgemein im kommunikativen Umgang mit MmD und HV betrachtet werden müssen.

Allgemeine Handlungsempfehlungen im Bereich der pflegerischen Interventionen bei MmD und HV im Sinne von inadäquater Vokalisation sind ruhige und nicht hastige Annäherungen, eine beruhigende Stimme, Augenkontakt und die non-verbale Kommunikation, das Erklären von Handlungen, der Verzicht auf ein Werten der Gedanken und Gefühle und das Schaffen einer ruhigen Atmosphäre (Savaskan et al., 2014, S.139).

In dem systematischen Review von Testad et al. (2014) wurden personalisierte psychosoziale Interventionen bei MmD und HV in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen untersucht. Dabei wurde die Reminiscence therapy, auch Erinnerungstherapie, personalisierte Musiktherapie, Aktivitäten mit oder ohne soziale Interaktion, die Validationstherapie, personalisierte körperliche Aktivitäten und das personenzentrierte Pflegetraining und Praxisentwicklung untersucht. Da es in dieser Arbeit nur um Ansätze mit einem kommunikativen Hintergrund geht und die Validation in einem separaten detaillierten Kapitel betrachtet wird, soll hier die Erinnerungsarbeit betrachtet werden. Die beste Evidenz hat die Erinnerungsarbeit, diese verbessert die Stimmung und reduziert depressive Symptomatiken. In einer randomisierten kontrollierten Studie von Nakanishi et al. (2018, S.495, 497, 501) wird die Effektivität eines psychosozialen Verhaltensmanagement-Programms bei MmD im häuslichen Setting untersucht. In diesem Rahmen wurde das Behaviour Analytics & support Enhancement Programm (BASE-Programm) für professionelle Pfleger entwickelt. Im Mittelpunkt dieser Studie stehen die Auswirkungen des Base-Programms auf das HV von den MmD. Das BASE-Programm besteht aus drei wesentlichen Bestandteilen. Zum einen aus einer zweitägigen Fortbildung, einem webbasierten Tool sowie einem professionsübergreifendem Diskussionstreffen. Die Fortbildung beinhaltet neben den theoretischen Grundlagen der Demenzerkrankungen, das HV als ein Kommunikationsversuch von unbefriedigten Bedürfnissen, Assessmentinstrumente für HV, sowie das Ermitteln von

unbefriedigten Bedürfnissen und den folgenden Interventionsplänen. Das webbasierte Tool stellt ein Online Überwachungs- und Bewertungssystem für regelmäßige Messungen von HV dar. In den professionsübergreifenden Treffen wurde das HV evaluiert, unbefriedigte Bedürfnisse herausgearbeitet, sowie ein individueller Interventionsplan erstellt. Insgesamt wurde in der Studie eine signifikante Reduktion von HV bei der Interventionsgruppe gemessen. Die Kombination aus der Fortbildung, das stetige Messen des HV und der Fokus auf HV als Kommunikationsversuch von unbefriedigten Bedürfnissen, ist effektiv im Umgang mit HV und MmD im häuslichen Setting. Die Autorin zieht diese Studie heran, da der Zugang und das Verständnis des HV hier besonders präsent ist und als effektiv bewertet wird. In einer weiteren randomisierten kontrollierten Studie von Halek et al. (2020, S.1,11) wurden zwei spezialisierte Demenz-Fallkonferenzen untersucht, WELCOME-IdA und WELCOME-NEO. Diese Studie zeigte keine klinisch relevante Reduktion oder Prävention von HV bei MmD. Trotz dessen konnten in dieser Studie Indikationen aufgezeigt werden, dass Fallkonferenzen Verhaltensweisen wie Apathie, Halluzinationen, Enthemmungen und Schlafstörungen beeinflussen und die Lebensqualität steigern können. Auch in der Empfehlung zur Diagnostik und Therapie der behavioralen und psychologischen Symptome der Demenz von Savaskan et al. (2014, S.139) wird trotz fehlender Evidenz für die Wirksamkeit von Fallgesprächen dazu geraten. Gründe dafür sind etwa die Verbesserung der Bezugspersonenarbeit, der Informationsaustausch, die Verbesserung der Zielvereinbarungen, sowie die Abstimmung von Interventionen. In einem weiteren systematischen Review von Reuther et al. (2012, S.1891, 1894, 1901), in welchem sieben Studien einbezogen wurden, werden die Auswirkungen von Fallkonferenzen auf MmD und HV in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen aufgezeigt. In diesem Zusammenhang soll die Fallkonferenz als eine zielorientierte, systematisch definierte Methode gesehen werden, mit welcher das professionelle Team sich austauschen kann und professionelle Meinungen zu einem bestimmten Pflegeproblem diskutiert und besprochen werden können. Insgesamt konnten vier Studien einen positiven Effekt auf das HV zeigen, zwei weitere zeigten eine Reduktion des Psychopharmaka-Gebrauchs. Insgesamt lässt sich sagen, dass Fallkonferenzen als ein Instrument genutzt werden können, um schwierige Situationen und HV zu verstehen. Fallkonferenzen können dem professionellen Pflegeteam dabei helfen, sich kritisch mit wiederkehrenden Pflegeproblematiken

auseinanderzusetzen, diese zu analysieren und kreative Lösungsansätze zu entwickeln. Fallkonferenzen können, mit guter Vorbereitung, Einführung und Unterstützung, als ein kommunikatives Tool zur Reduktion, Deeskalation oder Prävention von HV gesehen werden. Auch dieses Review zeigt ein Forschungsdefizit in diesem Bereich auf und weist darauf hin, dass qualitativ hochwertige Studien mit längeren Interventionszeiten erforderlich sind.

Durch die systematische Literaturrecherche wurde das Konzept „Grip von Challenging behaviour“ von Zwijsen et al. (2014, S.531e1-531e7) herausgearbeitet. Die Annahme, dass die Verwendung des Konzeptes zu einer Verringerung des HV von MmD führt, wurde mit einer randomisiert kontrollierten Studie untersucht. Das Konzept beinhaltet eine detaillierte Handlungskette zum Umgang beim Auftreten von HV: Erkennung des HV, die Analyse, eine passende Behandlung und die Evaluation. Die Interventionsgruppe, welche das Programm acht Monate anwandte, konnte eine signifikante Abnahme des HV, geringer als von den Autor*innen erwartet, gegenüber der Kontrollgruppe zeigen. Insgesamt waren nicht alle Effekte statistisch signifikant. Durch weitere Analysen konnte die Abnahme einzelner klinisch relevanter Verhaltenssymptome durch die Anwendung des Programms, besonders im Bereich der Wahnvorstellungen, Depressionen, Apathie und Enthemmung dargestellt werden. In der Kluster randomisierten kontrollierten Studie von Pieper et al. (2016, S.264, 267) wurden die Effekte der „stepwise multicomponent intervention“ (STA OP!) untersucht. Diese Intervention beinhaltet eine detaillierte Beschreibung der vorzunehmenden Schritte bei Auftreten von HV und ein abgestimmtes Protokoll, welches das multidisziplinäre Team führen muss. Vor Beginn der Intervention erhielten alle Teammitglieder*innen ein Training, in welchem das Protokoll und die Arbeitsweise der einzelnen Schritte erarbeitet wurde. Außerdem sollen die Einschätzungsfähigkeiten, im Hinblick auf unerfüllte Bedürfnisse verstärkt werden. Insgesamt konnte durch das STA OP! eine Verbesserung der neuropsychiatrischen Symptome, besonders Unruhen und Depressionen, gezeigt werden. Durch die individuellen Interventionen, welche strukturiert und schrittweise auf die psychosozialen und physischen unerfüllten Bedürfnisse konzentriert sind, ist dieses Instrument wirksam und kann im Umgang mit HV, ohne die Zunahme von Psychopharmaka, hilfreich sein. In einer weiteren Kluster-randomisiert-kontrollierten Studie von Williams et al. (2017, S.707, 708, 714) wurde der Gebrauch der Elderspeak-Kommunikation in Beziehung zu

herausfordernden Verhaltensweisen untersucht. Elderspeak ist ein Kommunikationsstil, welcher von jungen Menschen in der Kommunikation mit älteren Erwachsenen verwendet wird. Dieser Kommunikationsstil beinhaltet ein vereinfachtes Vokabular und eine vereinfachte Grammatik, verkürzte Sätze, eine verlangsamte Sprache, erhöhte Tonhöhen und Lautstärke, sowie intime Begriffe der Zärtlichkeit. Diese Kommunikation kann zu einem verminderten Selbstwertgefühl, zu Depressionen, zu einem sozialen Rückzug oder HV führen. Die Mitarbeiter*innen aus der stationären Langzeitversorgung erhielten ein Kommunikationstraining (Changing Talk (CHAT)), um den Einsatz von Elderspeak zu reduzieren. Die CHAT-Intervention soll das Pflegepersonal in der Kommunikation mit älteren Menschen stärken und auf mögliche negative Auswirkungen aufmerksam machen, um dadurch eine effektivere Kommunikation zu erzielen. Die Studie bestätigte, dass eine Verringerung des Elderspeak-Kommunikationsstils zu einer Verringerung von HV führt. Dieses Ergebnis beleuchtet die wichtige Bedeutung von Kommunikation in der Demenzversorgung als einen nicht-medikamentösen Ansatz für den Umgang mit HV bei MmD.

Insgesamt muss erwähnt werden, dass die meisten kommunikativen Ansätze, die Herangehensweisen der Pflegefachpersonen, bezüglich des HV, beleuchten. Überwiegend werden die Konzepte und Programme durch eine Fortbildung in die Settings implementiert, in welchen der Schwerpunkt auf dem HV und den zugrundeliegenden unbefriedigten Bedürfnissen liegt.

4.2 Kommunikative Konzepte der Prävention

In diesem Kapitel werden die Konzepte mit einem kommunikativen Ansatz in der Arbeit mit MmD und HV dargestellt. Hierbei möchte die Autorin sich auf zwei präventive Konzepte begrenzen, um diese, dem Umfang der vorliegenden Arbeit entsprechend, genauer zu beleuchten.

Zu den bekannten und weitverbreiteten kommunikativen Konzepten gehören die Verstehende Diagnostik, die Validation nach Naomi Feil, die integrative Validation nach Nicole Richard, die Personenzentrierte Pflege nach Tom Kitwood, die Erinnerungspflege und die Biographiearbeit. Im Zusammenhang mit den anwendbaren kommunikativen Konzepten muss die Bezugspflege als Basis für die Versorgung von MmD kurz betrachtet werden. Für Betroffene ist es, besonders im Krankenhaus, bedeutsam, die Anzahl der betreuenden Personen so gering wie

möglich zu halten. Die Situation, in welcher Betroffene sich teilweise befinden, ist ohnehin sehr belastend und sollte nicht durch verschiedene Anforderungen oder Kommunikations- und Interaktionsstile verschärft werden. Kontinuität ist in der Betreuung von MmD ein stabilisierender Faktor, welcher gewahrt werden sollte (Kastner & Löbach, 2018, S.124).

Im Folgenden wird die Verstehende Diagnostik als ein wesentlicher Bestandteil und als Basis in der Kommunikation mit MmD und HV beleuchtet. Außerdem wird die Validation nach Naomi Feil, speziell in Bezug auf den wertschätzenden Umgang mit HV, dargestellt.

4.2.1 Verstehende Diagnostik

Ein grundlegender Ansatz im Umgang mit MmD und HV ist die Verstehende Diagnostik. In den Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe des Bundesgesundheitsministeriums, sind sieben Empfehlungen entwickelt wurden, deren Basis die Verstehende Diagnostik darstellt. Bevor näher auf diese eingegangen wird, möchte die Autorin drei Beispiele anbringen, um zu verdeutlichen, warum HV in bestimmten Situationen entsteht und warum es so wichtig ist, dieses zu verstehen. Durch diese Beispiele möchte die Autorin dem verstehenden Ansatz mehr Bedeutung zuschreiben. HV kann als ein Versuch gesehen werden, ein Bedürfnis zu erfüllen. Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn ein MmD ein Fenster einschlägt, um die Pflegeeinrichtung zu verlassen und im Garten spazieren gehen zu dürfen. HV kann auch als ein Mittel gesehen werden, ein Bedürfnis zu erfüllen, zum Beispiel das Urinieren in ein Waschbecken, um den Blasendruck zu erleichtern. Außerdem kann HV als ein Mitteilen von Frustration gesehen werden, wenn ein Bedürfnis nicht erfüllt wird. Beispielweise schlägt ein MmD die Pflegefachperson, welche darauf besteht, dass der MmD zu Bett geht, obwohl dieser gerade interessiert Fernsehen sieht (James, 2013, S.100). Diese Beispiele sind nur wenige von vielen, sie sollen dazu dienen, die verstehende Diagnostik greifbarer zu machen. Die Vielzahl von kognitiven Abbauprozessen kann auch zu Einschränkungen in den Kommunikationsfähigkeiten führen, daher suchen die MmD nach Alternativen, ihre Bedürfnisse zum Ausdruck zu bringen. Die Verstehende Diagnostik greift diese Kompensationsform auf und geht davon aus,

dass hinter jeder Verhaltensweise Gründe liegen, welche es zu erkunden bedarf (Hardenacke et al., 2011, S.103).

Nach Bartholomeyczik et al. (2006, S.35) sind die genaue Beschreibung der Verhaltensweisen sowie die Entstehungsbedingungen, unter Berücksichtigung der verbalen- und nonverbalen Äußerung, elementar für den pflegerischen Umgang mit MmD und HV. Das NDB-Modell kann als ein Hilfsmittel und Denkhinweis für die verstehende Diagnostik gesehen werden (Bartholomeyczik et al., 2006, S.15,17). In der verstehenden Diagnostik werden die Perspektiven des MmD in den Fokus des Pflegeprozesses gebracht. Ein Zugang zu einer pflegerischen Situation durch die verstehende Diagnostik sieht zum Beispiel HV nicht nur aus der objektiven Sicht der Pflegefachperson, sondern bezieht sich auch auf die Sicht der betroffenen Person. Dieser Ansatz bzw. diese Herangehensweise, das Zusammenführen von fachlicher Sicht und der Sicht der Person mit einem Pflegebedarf, ist Bestandteil jeder Pflegediagnostik und -entscheidung. Im Zusammenhang mit einer Demenz muss dieser Ansatz näher beleuchtet werden. Wie bereits im Kapitel 2.1.2 und 2.2 erläutert, kommt es aufgrund von kognitiven Abbauprozessen und dem Verlust von Erinnerungsfähigkeiten zu häufig weit auseinandergehenden Sichtweisen zwischen dem MmD und den Pflegefachpersonen und aufgrund dessen zu Schwierigkeiten in der Beziehungsgestaltung. Die Sicht des MmD zu betrachten und dessen Verhaltensweise bezüglich subjektiver Ansichten zu hinterfragen, kann dem Verhalten eine neue Bedeutung zuschreiben. Dies kann auch als Reaktion gesehen werden, nicht verstanden zu werden (Bartholomeyczik et al., 2006, S.61). Der Sinn des Verhaltens „[...] kann sich als Reaktion auf die gegenwärtige Interaktion und Umgebung und im Kontext biografisch verankerter Sinnbezüge von Lebensentwürfen, bedeutsamen und kritischen Lebensereignissen in vielen Fällen erschließen.“ (Bartholomeyczik et al., 2006, S.61).

Die verstehende Diagnostik setzt sich aus mehreren Schritten zusammen: Es beginnt mit einer Beobachtung und der daraus folgenden wertneutralen Beschreibung des Verhaltens. Anschließend soll das Verhalten analysiert werden, und es folgt eine Festlegung und Diskussion der individuellen Interventionen. Nach der Durchführung der Interventionen folgt die Evaluation des Prozesses (Bartholomeyczik et al., 2006, S.35). Diese Schritte beschreiben, wie die Analyse der Verhaltensweisen und die Suche nach den auslösenden Faktoren zu gestalten ist. Die Verstehende Diagnostik hat zum Ziel, den analytischen Prozess in den

Mittelpunkt zu stellen und zu verstehen, welche Botschaft hinter einzelnen herausfordernden Verhaltensweisen stecken. Dies muss nach Halek ein Kernanliegen in der Versorgung von MmD sein (Halek, 2019, S.62). Pflegefachpersonen müssen, um den Prozess der verstehenden Diagnostik anzuwenden, über vielfältige Kompetenzen verfügen. Zunächst müssen sie über die theoretischen Grundlagen der Demenzformen und die Ursachen der damit einhergehenden Verhaltensänderungen verfügen. Die Kompetenz, das Verhalten und die Situationen systematisch zu beobachten und einzuschätzen, sowie wichtige Informationen herauszufiltern, zu erfassen und zu analysieren, sind unabdingbar im Umgang mit MmD. Die Pflegefachpersonen sollten die Fähigkeiten besitzen, Wahrnehmungen und Situationen zu reflektieren, verstehende Ansätze zu formulieren, sowie kreativ an der Interventionsplanung mitzuwirken und diese umzusetzen (Halek, 2019, S.64).

Der Prozess der verstehenden Diagnostik ist auf die Mehrperspektivität angewiesen, also auf die Teilnahme von Menschen, die am Pflegegeschehen regelmäßig beteiligt sind und die betroffene Person gut kennen (Bartholomeyczik et al., 2006, S.61). Durch die Multi- oder Mehrperspektivität und den Austausch der gewonnenen Informationen kann ein gemeinsames Verständnis im Team entwickelt werden. In diesem Zusammenhang bieten sich Fallbesprechungen als ein hilfreiches Instrument an. Fallbesprechungen bieten einen Raum für die Informationssammlung, für Reflexionen, Besprechung von Problemen, Situationsbewertungen, sowie für das Ergründen von Verhaltensweisen und darauffolgenden Vereinbarungen für den künftigen Umgang (Halek, 2019, S.63). Die Kernelemente der verstehenden Diagnostik, in chronologischer Reihenfolge, sind folgende: Das Einnehmen der Perspektive des MmD, der Versuch das Verhalten zu verstehen, verhaltenserklärende Aspekte einbeziehen, individuelle Verhaltensbeobachtungen objektivieren und diese als Basis für eine Handlungsplanung verwenden, sowie eine abschließende Formulierung der Verstehens-Hypothesen (Halek et al., 2017, S.8).

Zusammenfassend kann man also sagen, dass das Verstehen einer Verhaltensweise ermöglicht, individuelle Prioritäten zu setzen und passende Interventionen einzuleiten (Bartholomeyczik et al., 2006, S.61). Zusätzlich ist die Verstehende Diagnostik von HV eine elementare Voraussetzung für einen personenzentrierten Umgang mit MmD (Halek, 2019, S.64).

4.2.2 Validation nach Naomi Feil

In den Rahmenempfehlungen vom Bundesgesundheitsministerium wird für die Arbeit mit MmD und HV, besonders in der Kommunikation, eine validierende, wertschätzende Grundhaltung empfohlen (Bartholomeyczik et al., 2006, S.87). In diesem Kapitel soll auf die Validation von Naomi Feil eingegangen werden. Der Vollständigkeit halber muss erwähnt werden, dass es auf Grundlage dieser Validationsform noch abgeänderte Formen wie zum Beispiel die integrative Validation von Nicole Richard gibt.

Die Validation wurde von der amerikanischen Sozialarbeiterin Naomi Feil gebildet. Übersetzt bedeutet Validation etwa 'Wertschätzung' oder 'Etwas für gültig erklären'. Die Basis der Validation liegt auf einem empathischen und verständnisvollen Ansatz und ist eine anerkannte Methode in der Kommunikation mit desorientierten Menschen. In der Validation wird das Individuum ganzheitlich betrachtet (Schmidt & Döbele, 2016, S.126). „Indem man 'in die Schuhe' eines anderen Menschen schlüpft und 'mit seinen Augen sieht', kann man in seine Welt vordringen und die Gründe für ein manchmal seltsames Verhalten enträtseln.“ (Schmidt & Döbele, 2016, S.126). Der Validationsbegriff von Naomi Feil meint die Ernsthaftigkeit, Akzeptanz, das Annehmen der Gefühle des MmD, ohne diesen zu bewerten oder zu verbessern (Scheichenberger & Scharb, 2018, S.12). In der Validation nach Feil gibt es drei wesentliche Grundhaltungen/-prinzipien, Akzeptanz, Empathie und Kongruenz (Kojer et al., 2007, S.433).

Diese Betreuungsform basiert auf der Grundannahme, dass jeder Mensch, einbezogen auch der alte und verwirrte Mensch, wertvoll ist. Jedes Verhalten der MmD obliegt einem Grund und die Pflegefachpersonen müssen durch Einfühlungsvermögen die Ursachen der Verhaltensweisen ergründen (Gatterer & Croy, 2007, S.262). Durch Einfühlungsvermögen kann der*die Validationsanwender*in in die Erlebniswelt der desorientierten Person, hier der MmD, vordringen. „Einfühlungsvermögen [...] schafft Vertrauen. Vertrauen schafft Sicherheit, Sicherheit schafft Stärke – Stärke stellt das Selbstwertgefühl wieder her, Selbstwertgefühl verringert Stress.“ (Feil & Klerk-Rubin, 2017, S.15). Durch das Aufgreifen der Signale, welche die Betroffenen senden, und das Formulieren dieser in Worte, wird validiert und die Betroffenen erhalten die Würde zurück (Feil & Klerk-Rubin, 2017, S.15). Validation ist auch ein Prozess, durch welchen MmD verbal und nonverbal kommunizieren können, unabhängig davon, ob die Betroffenen gerade in

Gedanken sind oder was sie bewegt. Ziel der Validation ist es, die Betroffenen in jeder Situation zu begleiten. Ob ein Mensch an einer unvollendeten Lebensaufgabe arbeitet, eine Krise durchlebt oder glücklich an einer Aufgabe sitzt, sollte die Pflegefachperson ihm in seiner Realität begegnen, sodass dieser nicht allein ist. Desorientierte und sehr alte Menschen erwidern die Validation und es erfolgen langsam Veränderungen im Verhalten. Dazu gehören laut Feil & Klerk-Rubin (2017, S.57), neben einer aufrechteren Sitzhaltung, geöffneten Augen und einer verstärkten sozialen Kontrolle, die Abnahme von Schreien, Auf-und-ab-Gehen und Schlagen, es tritt weniger Wut und Angst auf und das verbale und nonverbale Ausdrucksvermögen nimmt zu. Zusätzlich kann das Wohlbefinden und das Selbstwertgefühl gesteigert werden.

Um diese Ziele zu erreichen, müssen die Validationstechniken dem Individuum angepasst werden. Nach Feil und Klerk-Rubin (2017, S.67) werden die Menschen entsprechend ihrer Verwirrtheit in Validationsstadien eingeteilt. Die Phase I ist die mangelhafte Orientierung (malorientation), in welcher die Betroffenen teilweise orientiert sind, aber unglücklich, die Phase II ist die Zeitverwirrtheit (time confusion), die Betroffenen erleben einen Verlust der kognitiven Kompetenzen, sowie die Orientierung auf der zeitlichen Ebene. Weiterhin gibt es die Phase III, sich wiederholende Bewegungen (repetitive motion), sowie die Phase IV, das Vegetieren (vegetation), der totale Rückzug nach Innen. Eine gelungene Validierung kann nur erfolgen, wenn die Phase der Betroffenen bekannt ist. Die Realität des Betroffenen wird zu jeder Zeit wertgeschätzt und anerkannt, auch bei HV muss sich empathisch in den MmD hineinversetzt werden. Demnach sind Gelassenheit und Geduld des Pflegefachpersonals wertvolle Kompetenzen in der Validation bei MmD und HV (Pape-Raschen, 2017, S.34).

Validation kann verbal und nonverbal ausgeübt und angewendet werden. Verbale Validation beinhaltet zum Beispiel das aktive Zuhören, die Identifikation von bevorzugten Worten, das Eingehen auf bevorzugte Sinne, die Verwendung von Fragen mit ‚wer‘, ‚was‘, ‚wo‘, ‚wie‘ und ‚wann‘, anstelle von ‚warum‘, das Wiederholen von Schlüsselworten, Zusammenfassen, Gegenteile anbieten, Extreme anwenden und das Finden von gemeinsamen Lösungen. In der nonverbalen Validation geht es auch um Konzentration, die eigenen Gefühle zurückzulassen und die Gefühle des Gegenübers zu beobachten, gefühlvolles Ansprechen von Dingen, das Spiegeln von Bewegungen und der körperliche Kontakt durch Berührungen

(Gatterer & Croy, 2007, S.263). Besonders wichtige Kommunikationsmethoden in der Validation sind der Blickkontakt und die Berührungen. Es ist demnach zum Beispiel wichtig, dass die Pflegefachperson nach der Ansprache auf einen Laut der Präsenz oder den Blickkontakt wartet. Je weiter die Demenzerkrankung voranschreitet, desto wichtiger werden, neben den Berührungen und dem Blickkontakt, die liebevolle Stimme und die Vermittlung von Sicherheit (Pape-Raschen, 2017, S.33-34).

Die Validation kommt häufig in Kombination mit anderen Pflegemethoden vor, es ist auch davon auszugehen, dass eine solche Herangehensweise positive Erfolge in der Versorgung von MmD und HV bringen kann (Bartholomeyczik et al., 2006, S.92). In einem systematischen Review von Nocon et al. (2010, S.188) wurden verschiedene pflegerische Betreuungskonzepte untersucht, neben der Validation wurde die multisensorische Stimulation, die Realitätsorientierungs- und die Reminiszenz-Therapie betrachtet, insgesamt wurden 14 Publikationen von insgesamt 1658 verwendet, davon beziehen sich drei auf die Validationstherapie. Basierend auf der derzeitigen Studienlage, müssen die teilweise positiven Effekte der Validation, weiter untersucht und betrachtet werden, dabei sollten unspezifische Effekte von Interventionen bedacht werden, um stärkere Evidenzen für die Validation zu erschaffen (Nocon et al., 2010, S.188).

Abschließend und zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Kernkomponente der Validation, die Überzeugung ist, dass jede Verhaltensweise einen Grund und eine Bedeutung hat. „Pflegerische müssen sich in der Kunst üben, diese Bedeutungen zu verstehen. Der Kern der validierenden Haltung ist Anerkennung und Bestätigung von Gefühlen und damit die Bereitschaft, sich in die innere Welt der Menschen mit Demenz zu begeben.“ (Bartholomeyczik et al., 2006, S.87).

4.3 Kommunikative Konzepte zur Deeskalation in akuten psychiatrischen Krisen

Im Bereich der Deeskalation gibt es in der aktuellen Forschung und Wissenschaft deutlich weniger Konzepte und Empfehlungen als im Bereich der präventiven Zugänge. Die Wichtigkeit wurde auch in den `Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe´ des Bundesministeriums für Gesundheit aufgezeigt. In den Rahmenempfehlungen heißt es „Das pflegerische Handeln in akuten

psychiatrischen Krisen von Demenzkranken“. In akuten Situationen durch Wahn, Panikattacken, Halluzinationen und bei aggressivem Verhalten empfehlen Bartholomeyczik et al. (2006, S.120) einen wertschätzenden und akzeptierenden Umgang. Pflegefachpersonen sollten in solch einer Situation das verhaltensaushlösende Gefühl in den Fokus stellen, um die Betroffenen auf andere Gedanken zu bringen, ohne die Realität des MmD abzuändern. Deeskalationstechniken sollten im Umgang mit zum Beispiel aggressivem Verhalten angewendet werden. Freiheitsentziehende Maßnahmen sollen vermieden und immer als allerletzte Methode abgewogen werden (Bartholomeyczik et al., 2006, S.120). Laut dem National Institute for Health and Care Excellence (2015, S.20) sollten in jedem Setting, in welchem strenge Interventionen angewendet werden könnten, Organisationen aus dem Gesundheits- und Sozialsektor Schulungen anbieten, in welchen auch die Menschenrechte thematisiert werden.

Deeskalierende Kriseninterventionen sollten durch einen verstehenden Zugang zu einer emotionalen Entlastung führen. Diese Art des Zugangs ist, wie bereits in dem vorangegangenen Kapitel erwähnt, ein wichtiger Bestandteil der personenzentrierten Betreuung von MmD. Die Kommunikation der professionell Pflegenden kann krisenfördernd oder deeskalierend sein. Demnach ist es besonders wichtig, die kommunikativen Kompetenzen des Pflegefachpersonals auszuprägen und zu betrachten, da die Entwicklung eskalierender Situationen auch hier der Kommunikation zugrunde liegen kann (Bartholomeyczik et al., 2006, S.123). Schulungen für Pflegefachpersonen sollten eingesetzt werden, um Krisen zu vermeiden oder zu minimieren. Der Inhalt der Schulungen sollte das Personal dazu befähigen, einen personenzentrierten und wertebasierten Ansatz im pflegerischen Kontext zu entwickeln. Es sollte außerdem ein Bewusstsein für den Zusammenhang von psychischen Gesundheitsproblemen, Gewalt und Aggression geschaffen werden. Weiterhin sollten Kompetenzen für die Evaluation eines Verhaltens unter Beachtung der psychischen, physischen, ökologischen, sozialen, kommunikativen und konstitutionellen Verhaltensfaktoren vermittelt werden. Insgesamt sollten Methoden und Techniken gelehrt werden, um Krisen abzuwenden und beim Auftreten deeskalierend zu handeln. Ein wichtiger Faktor, wenn deeskalierende Maßnahmen nicht wirksam sind, ist es, die restriktiven Interventionen zum Fremd- und Eigenschutz sicher und richtig durchführen zu

können. Abschließend sollten die Pflegefachpersonen die Fähigkeiten zur Durchführung einer Nachbesprechung unmittelbar nach akuten psychiatrischen Krisen vermittelt bekommen (National Institute for Health and Care Excellence, 2015, S.22-23). „Viele Krisen [...] kündigen sich an oder werden durch zusätzliche Stressoren [...] in ihrer Entstehung begünstigt. Dies zu erkennen und frühzeitig im Sinne der Vermeidung von Krisen zu intervenieren, muss Ziel pflegerischen Handelns im multidisziplinären Team sein.“ (Bartholomeyczik et al., 2006, S.124). In einem Interventions-Review von Spencer et al. (2018, S.1;16) wird ein Forschungsdefizit im Bereich der deeskalierenden Interventionen und Techniken herausgearbeitet. Außerdem zeigt das Review die mangelnde Evidenz von deeskalierenden Techniken auf. Es bedarf qualitativ hochwertige Forschungen, um die Wirksamkeit der deeskalierenden Interventionen für Pflegefachpersonen in der Arbeit mit MmD zu überprüfen.

5 Diskussion

In diesem Kapitel möchte die Autorin die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit noch einmal zusammenfassen, interpretieren und einen Blick auf die bestehende Forschung und Empfehlungen für weiterführende Forschungen geben. Die Leitfrage dieser Arbeit lautete: Welche Konzepte mit kommunikativem Ansatz können Pflegefachpersonen zur Prävention und Deeskalation von herausforderndem Verhalten bei demenziell erkrankten Menschen anwenden?

Die vorab dargestellten Ergebnisse haben viele Gemeinsamkeiten. Im Base-Programm, im Grip on Challenging behaviour Konzept, im STA OP! sowie im CHAT werden die Konzepte oder Interventionen immer durch ein Training oder eine Fortbildung implementiert. Diese Trainingseinheiten oder Fortbildungen beschäftigen sich in allen vier Studien, neben der Einarbeitung in das jeweilige Konzept, inhaltlich immer mit dem HV als ein Kommunikationsversuch, unerfüllte Bedürfnisse oder andere Empfindungen mitzuteilen (Nakanishi et al., 2018, S.495; Pieper et al., 2016, S.264; Williams et al., 2017, S.710; Zwijsen et al., 2014, S.531e3). Die Autorin möchte in diesem Zusammenhang, die Wichtigkeit der Auseinandersetzung mit HV und den Entstehungsprozessen beleuchten. Um kommunikative Konzepte und Programme im Umgang mit MmD und HV zu implementieren, ist es von hoher Bedeutung und Wirksamkeit das Pflegefachpersonal in diesem Bereich vorab zu schulen.

Außerdem wurden Fallbesprechungen als eine Intervention im Umgang mit HV und MmD auch in zwei Studien und in einem systematischen Review beleuchtet. Halek et al., (2020, S.11) und Savaskan et al. (2014, S.139) können keine klinisch relevante Reduktion oder Prävention von HV bei MmD aufzeigen. Die Empfehlung der Anwendung von Fallbesprechungen wird jedoch weiterhin aufrechterhalten und in dem systematischen Review von Reuther et al. (2012, S.1901) wurde die Wirksamkeit von Fallbesprechungen im Umgang mit HV gezeigt. Es ist anzumerken, dass es auch in diesem Bereich ein erhebliches Forschungsdefizit gibt, und hoch qualitative Studien mit längeren Interventionszeiträumen und einheitlichen Messinstrumenten benötigt werden. „Um Fallbesprechungen effektiv und effizient einsetzen zu können, ist in Aus-, Fort- und Weiterbildung darauf zu achten, dass die kommunikativen Kompetenzen pflegerischer Fachpersonen besonders gefördert werden.“ (Bartholomeyczik et al., 2006. S.73).

Ein weiteres wesentliches Ergebnis von hoher Bedeutung, ist die Empfehlung zur Anwendung von Assessmentinstrumenten zur Erfassung von HV und zur Überprüfung der Wirksamkeit von angewandten Konzepten und Interventionen. Durch die Erfassung des HV, rückt dieses in den Vordergrund und wird greifbarer, sodass die Auseinandersetzung und die Ergründung der Verhaltensweisen unausweichlich werden.

Die Validation, ein wesentlicher Bestandteil im Umgang mit MmD und HV, wird durch die Rahmenempfehlungen des Bundesministeriums für Gesundheit dargelegt und für den Umgang mit HV empfohlen, jedoch sind auch hier die Forschungsergebnisse nicht eindeutig positiv. Es bedarf Forschungen in der Validation mit einheitlichen Anwendungsvorgehen und Zielgruppen (Bartholomeyczik et al., 2006, S.91). Die Verstehende Diagnostik stellt einen wesentlichen Zugang zu dem HV dar und kann zum präzisen und professionellen Verstehen der Verhaltensweisen beitragen.

Die Autorin sieht ein hohes Potenzial in der Kombination der verstehenden Diagnostik und der Validation, sowie der Integration dieser Ansätze in andere einrichtungsspezifische Konzepte.

In der aktuellen Literatur wurden durch die Autorin wesentlich mehr präventive als deeskalierende Ansätze gefunden. Wenn präventive Maßnahmen wirksam sind, müssen deeskalierende Ansätze nicht angewendet werden. Insgesamt sieht die Autorin den Fokus auch in der Prävention. Hinsichtlich der Lebensqualität von MmD,

sollte das HV gar nicht erst zu einer Eskalation führen, die Gründe des Verhaltens, und eventuelle unbefriedigte Bedürfnisse, müssen durch das Pflegefachpersonal frühzeitig und im besten Fall vor der Eskalation erkannt und behandelt werden. Wenn es zu akuten psychiatrischen Krisen kommt, können deeskalierende Ansätze zur Anwendung kommen, aber auch präventive Ansätze, wie zum Beispiel die Validation, kann in solchen Situationen als deeskalierendes Instrument angewendet werden.

Abschließend ist es von Bedeutung zu erwähnen, dass alle Konzepte und Interventionen sowohl personal- als auch zeitintensiv sind. Sie stellen hohe Anforderungen an das Pflegefachpersonal dar. Auch aufgrund des zunehmenden Personalnotstandes in der stationären Altenpflege und durch die Zunahme von Pflegenden mit einem geringeren Qualifikationsniveau, stellt die Umsetzung und Implementierung der Konzepte und Interventionen vor eine große Herausforderung (Palm et al., 2013, S. 350).

In der Literatur wird mehrheitlich das Verstehen des HV als der effektivste Ansatz zum Management, zur Reduzierung, Prävention und Deeskalation von HV beleuchtet. Es geht also weniger um detaillierte und konkrete Kommunikationshinweise, sondern mehr um die Herangehensweise und das Verständnis. Insgesamt gibt es auf vielen kommunikativen Ebenen im Umgang mit MmD und HV ein Forschungsdefizit, diese bedarf es zu beheben, um diesem Gebiet in seiner Wirksamkeit und der wichtigen Bedeutung gerecht zu werden.

6 Fazit

Aufgrund der Tatsache, dass die Anzahl der MmD und das damit verbundene HV stetig steigt, ist eine Bearbeitung und eine Auseinandersetzung mit dieser Thematik unabdingbar. Das Bundesministerium für Gesundheit hat durch die Rahmenempfehlungen zum Umgang mit HV bei MmD in der stationären Altenhilfe von Bartholomeyczik et al. (2006) schon vor etwa fünfzehn Jahren einen wesentlichen Grundbaustein gelegt. In dieser Arbeit wurde der Umgang mit HV und MmD durch das Pflegefachpersonal auf der kommunikativen Ebene betrachtet. Es ist essenziell anzumerken, dass es neben kommunikativen Ansätzen noch viele weitere Therapieansätze im Umgang mit HV gibt, diese sollten auch weiterhin in der Forschung beleuchtet und untersucht werden. Bedeutung kommt in diesem Zusammenhang der Kommunikation als Instrument der Beziehungsgestaltung und

zum Verstehen des HV zu. Ohne verbale oder nonverbale Kommunikation ist es für das Pflegefachpersonal unmöglich, das HV zu ergründen und individuelle Interventionen oder Maßnahmen einzuleiten, um bestimmte Bedürfnisse zu erfüllen. Die Autorin zeigte neben der Wirksamkeit von Fallbesprechungen und Handlungsempfehlungen im kommunikativen Management von HV, die Verstehende Diagnostik, die Validation von Naomi Feil sowie weitere deeskalierende Interventionen für Krisensituationen auf. Trotz fehlender Evidenz sind die Verstehende Diagnostik sowie die Validation als wesentliche pflegerische Aufgaben anzusehen und zu empfehlen. Primär haben alle hier aufgeführten Ansätze das Ziel, das Verhalten zu ergründen und die Haltung der Pflegefachpersonen anzupassen, anstatt das HV der MmD abzustellen oder zu verändern. Durch die Anpassung der Haltung und die Herangehensweisen der Pflegefachpersonen, wird sich das HV der MmD anpassen und vorbeugen lassen. Unabdingbar ist die Anwendung von speziellen Assessmentinstrumenten für HV im Umgang mit MmD, um HV frühzeitig zu erkennen und individuelle Maßnahmen und Interventionen anbieten zu können. Aufgrund von teilweise fehlenden Evidenzen sieht die Autorin ein erhebliches Forschungsdefizit sowie ein Qualitätsdefizit in vorhandenen Studien. Durch weitere qualitative Studien mit einheitlichen Mess- oder Assessmentinstrumenten sowie der Übertragbarkeit für die Praxis, kann und muss dieses Defizit in der nahen Zukunft kompensiert werden. Die Berücksichtigung der Thematik in Ausbildung und Studium der Pflege sowie in Fort- und Weiterbildung ist notwendig, da MmD in allen Bereichen der pflegerischen Versorgung mit Pflegefachpersonen in Kontakt treten oder diesen begegnen können. Den demographischen Wandel, sowie die damit einhergehende stetig wachsende Belastung und Herausforderung für das Pflegefachpersonal und weitere Betreuende sieht die Autorin als wichtige Erkenntnis. Diese Notwendigkeit bedarf Konsequenzen, im Sinne der spezifischeren Forschung und daraus abgeleiteten weiteren Handlungsempfehlungen. Durch eine angepasste Kommunikation kann den MmD mit HV ein würdevolles und selbstbestimmendes Erleben der eigenen Realität gegeben werden.

Literaturverzeichnis

- Bartholomeyczik, S., & Halek, M. (2010). *Assessmentinstrumente in der Pflege: Möglichkeiten und Grenzen* (2. Aufl.). Schlütersche Verlag.
- Bartholomeyczik, S., & Halek, M. (2017). Pflege von Menschen mit Demenz. In K. Jacobs, A. Kuhlmei, S. Greß, J. Klauber, & A. Schwinger (Hrsg.), *Pflege-Report 2017: Die Versorgung der Pflegebedürftigen* (1. Aufl., S. 51–62). Schattauer Verlag.
- Bartholomeyczik, S., Halek, M., & Holle, D. (2013). *Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz verstehen: Die Verbesserung der Versorgung Demenzkranker durch Qualitätsinstrumente. Von der Arbeit beim Leuchtturmprojekt Demenz des Bundesgesundheitsministeriums* (1. Aufl.). Beltz Juventa Verlag. https://content-select.com/media/moz_viewer/537b0ed8-7e4c-4209-9e44-104d2efc1343/language:de
- Bartholomeyczik, S., Halek, M., Sowinski, C., Besselmann, K., Dürrmann, P., Haupt, M., Kuhn, C., Müller-Hergl, C., Perrar, K. M., Riesner, C., Rüsing, D., Schwerdt, R., van der Kooij, C., & Zegelin, A. (2006). *Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe*. BMG. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Bericht_Rahmenempfehlungen_zum_Umgang_mit_herausforderndem_Verhalten_bei_Menschen_mit_Demenz_in_der_stationaeren_Altenhilfe.pdf
- Becker, J. H., Ebert, H., & Pastoors, S. (2018). *Praxishandbuch berufliche Schlüsselkompetenzen* (1. Aufl.). Springer Verlag. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-54925-4>
- Blumenberg, P., Krebs, M., Moers, M., Möller, A., Schiemann, D., Stehling, H., Rausing, E., & Grams, B. (2018). *Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz* (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, Hrsg.; Sonderdruck). Hochschule Osnabrück, Fakultät für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften.
- Bundesministerium für Gesundheit. (2019). *Prävention*. Bundesgesundheitsministerium. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/praevention.html>
- Bundesministerium für Gesundheit. (2020). *Diagnose Demenz: Krankheitsbild und Verlauf*. Bundesgesundheitsministerium. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratgeber-demenz/krankheitsbild-und-verlauf.html>
- Dauber, C., & Pester, U. (2014). Gewalt-Deeskalation durch Kontaktreflexion: Aggressives Verhalten bei Demenz. *Heilberufe*, 66(2), 38–41. <https://doi.org/10.1007/s00058-014-0234-5>

- Deutsche Alzheimer Gesellschaft (Hrsg.). (2020). *Informationsblatt 1: Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen*. https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (o.J.). *Umgang und Kommunikation*. DAIZG. <https://www.deutsche-alzheimer.de/angehoerige/umgang-und-kommunikation.html>
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, Deutsche Gesellschaft für Neurologie, & Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. – Selbsthilfe Demenz (Hrsg.). (2016). *S3-Leitlinie „Demenzen“ (Langversion—Januar 2016)*. https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/ade50e44afc7eb8024e7f65ed3f44e995583c3a0/S3-LL-Demenzen-240116.pdf
- Deutscher Ethikrat. (2012). *Demenz und Selbstbestimmung-Stellungnahme* (1. Aufl.). Deutscher Ethikrat.
- Döbele, M., & Schmidt, S. (2014). *Demenzbegleiter für Betroffene und Angehörige* (1. Aufl.). Springer Verlag. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-38357-1>
- Dressel, K., & Lange, I. (2020). Interventionen bei demenziell bedingten Sprach- und Kommunikationsstörungen. *Sprachtherapie aktuell: Forschung - Wissen - Transfer*, 1(1), 1–9. <https://doi.org/10.14620/stadbs181206>
- Elzer, M., Sciborski, C., & Jestädt, P. (2007). *Kommunikative Kompetenzen in der Pflege: Theorie und Praxis der verbalen und non-verbalen Interaktion* (1. Aufl.). Hans Huber Verlag.
- Feil, N., & Klerk-Rubin, V. de. (2017). *Validation: Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen* (11. Aufl.). Ernst Reinhardt Verlag.
- Feilbach, T. (o.J.). *Prävention und Deeskalation im Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen*. 9.
- Gatterer, G., & Croy, A. (2007). Psychotherapie im Alter—Ein Überblick. In G. Gatterer (Hrsg.), *Multiprofessionelle Altenbetreuung: Ein praxisbezogenes Handbuch* (2. Aufl., S. 239–269). Springer Verlag. https://doi.org/10.1007/978-3-211-69362-9_14
- Grond, E. (2014). *Pflege Demenzkranker: Impulse für eine wertschätzende Pflege. Grundlagen & Pflege. Aufgaben & Anforderungen. Konzepte & Methoden*. (5. Aufl.). Brigitte Kunz Verlag.
- Gröning, K. (2012). *SPRECHEN SIE DEMENZISCH? Eine Einführung und Vorbereitung auf die Wissenschaftliche Weiterbildung Demenz im Krankenhaus*. https://www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/ag7/familiale_pflegermaterialien/studienbriefe/StB_Sprechen_Sie_Demenzisch-2012.pdf

- Haberstroh, J., Neumeyer, K., & Pantel, J. (2016). *Kommunikation bei Demenz: Ein Ratgeber für Angehörige und Pflegenden* (2. Aufl.). Springer Verlag. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-48026-7>
- Halek, M. (2019). Verstehende Diagnostik als Hilfe im Umgang mit Verhaltensänderungen von Menschen mit Demenz. *Blätter der Wohlfahrtspflege*, 2, 61–66. <https://doi.org/10.5771/0340-8574-2019-2-61>
- Halek, M., Reuther, S., Müller-Widmer, R., Trutschel, D., & Holle, D. (2020). Dealing with the behaviour of residents with dementia that challenges: A stepped-wedge cluster randomized trial of two types of dementia-specific case conferences in nursing homes (FallDem). *International Journal of Nursing Studies*, 104, 103435. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103435>
- Hardenacke, D., Bartholomeyczik, S., & Halek, M. (2011). Einführung und Evaluation der „Verstehenden Diagnostik“ am Beispiel des Leuchtturmprojektes InDemA. *Pflege & Gesellschaft*, 16(2), 71.
- Höwler, E. (2008). *Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz: Erleben und Strategien Pflegender* (1. Aufl.). W. Kohlhammer Verlag.
- Höwler, E. (2011). *Biografie und Demenz: Grundlagen und Konsequenzen im Umgang mit herausforderndem Verhalten* (1. Aufl.). W. Kohlhammer Verlag.
- James, I. A. (2013). *Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz: Einschätzen, verstehen und behandeln* (D. Rüsing, Übers.; 1. Aufl.). Hans Huber Verlag.
- Kastner, U., & Löbach, R. (2018). *Handbuch Demenz* (4. Aufl.). Elsevier Health Sciences.
- Kojer, M. (2016). Kommunikation – Kernkompetenz der Palliativen Geriatrie. In M. Kojer & M. Schmidl (Hrsg.), *Demenz und Palliative Geriatrie in der Praxis: Heilsame Betreuung unheilbar demenzkranker Menschen* (2. Aufl., S. 9–18). Springer Verlag. https://doi.org/10.1007/978-3-7091-1851-1_2
- Kojer, M., & Gutenthaler, U. (2016). Gestörtes Verhalten – Verhalten, das uns stört? In M. Kojer & M. Schmidl (Hrsg.), *Demenz und Palliative Geriatrie in der Praxis: Heilsame Betreuung unheilbar demenzkranker Menschen* (2. Aufl., S. 27–36). Springer Verlag. https://doi.org/10.1007/978-3-7091-1851-1_4
- Kojer, M., Gutenthaler, U., & Schmidl, M. (2007). Validation nach Naomi Feil. In G. Gatterer (Hrsg.), *Multiprofessionelle Altenbetreuung: Ein praxisbezogenes Handbuch* (2. Aufl., S. 427–445). Springer Verlag. https://doi.org/10.1007/978-3-211-69362-9_26
- Kolanowski, A., Boltz, M., Galik, E., Gitlin, L. N., Kales, H. C., Resnick, B., Van Haitsma, K. S., Knehans, A., Sutterlin, J. E., Sefcik, J. S., Liu, W., Petrovsky, D. V., Massimo, L., Gilmore-Bykovskyi, A., MacAndrew, M., Brewster, G., Nalls, V., Jao, Y.-L., Duffort, N., & Scerpella, D. (2017).

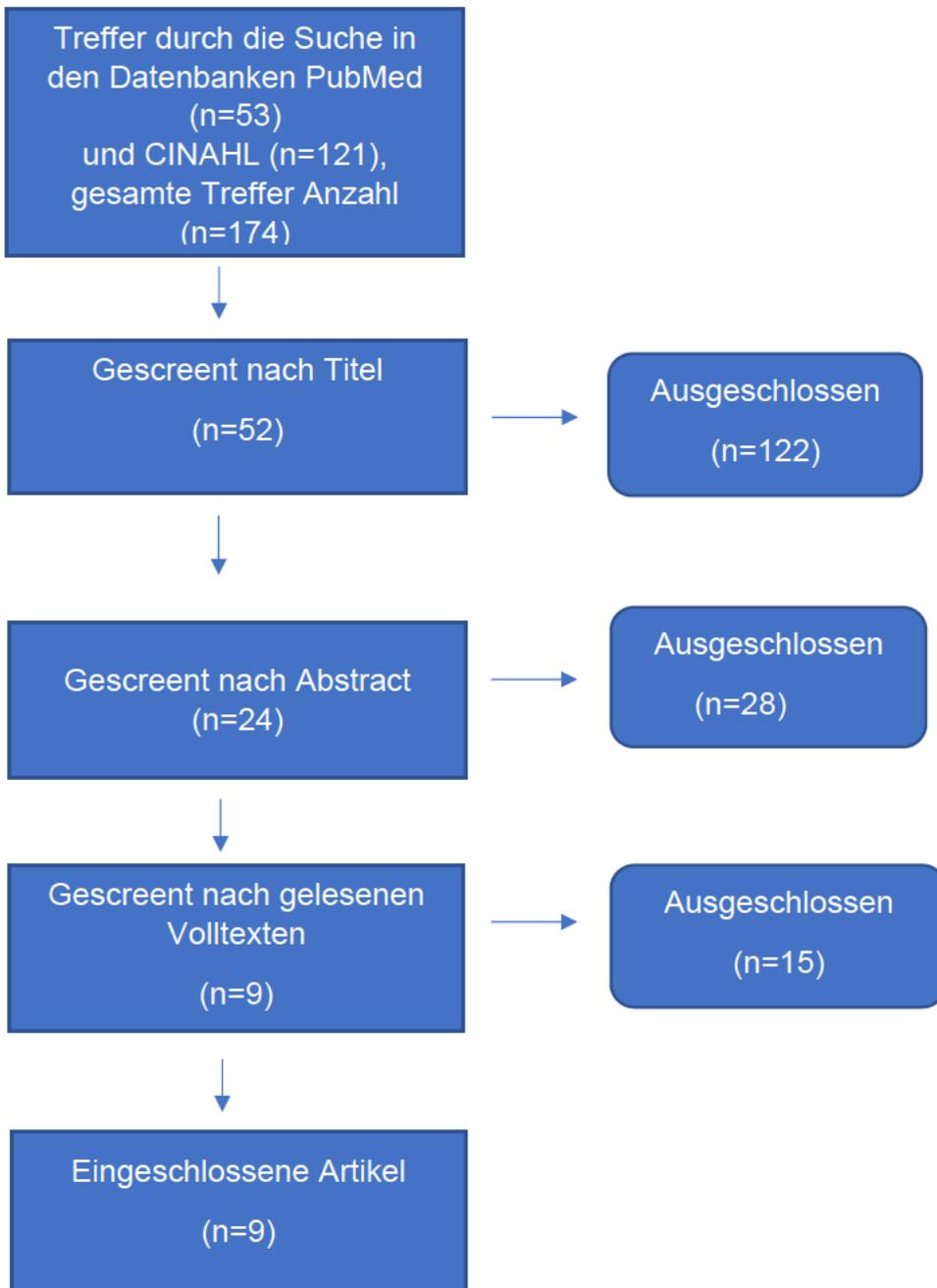
- Determinants of behavioral and psychological symptoms of dementia: A scoping review of the evidence. *Nursing Outlook*, 65(5), 515–529. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2017.06.006>
- Nakanishi, M., Endo, K., Hirooka, K., Granvik, E., Minthon, L., Nägga, K., & Nishida, A. (2018). Psychosocial behaviour management programme for home-dwelling people with dementia: A cluster-randomized controlled trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 33(3), 495–503. <https://doi.org/10.1002/gps.4784>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2015). *Violence and aggression: Short-term management in mental health, health and community settings* (S. 69). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng10/resources/violence-and-aggression-shortterm-management-in-mental-health-health-and-community-settings-pdf-1837264712389>
- Niemann, C. (2016). Das Pflegedilemma. Herausforderndes Verhalten bei Demenz. *Altenpflege Akademie*, 2, 42–49.
- Nocon, M., Roll, S., Schwarzbach, C., Vauth, C., Greiner, W., & Willich, S. N. (2010). Pflegerische Betreuungskonzepte bei Patienten mit Demenz: Ein systematischer Review. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 43(3), 183–189. <https://doi.org/10.1007/s00391-010-0109-6>
- Palm, R., Köhler, K., Dichter, M. N., Bartholomeyczik, S., & Holle, B. (2013). Entwicklung, Umsetzung und Evaluation pflegerischer Interventionen für Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe in Deutschland – eine Literaturstudie. *Pflege*, 26(5), 337–355. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000317>
- Pape-Raschen, K. (2017). *100 Fragen zur Kommunikation mit Menschen mit Demenz* (2. Aufl.). Brigitte Kunz Verlag.
- Pawletko, K. W. (2004). *Ambulant betreute Wohngemeinschaften für demenziell erkrankte Menschen*. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/94866/0015041a002027e2ff5a9b77769f2ecc/prm-23994-broschure-ambulant-betreute--data.pdf>
- Pieper, M. J. C., Francke, A. L., Steen, J. T. van der, Scherder, E. J. A., Twisk, J. W. R., Kovach, C. R., & Achterberg, W. P. (2016). Effects of a stepwise multidisciplinary intervention for challenging behavior in advanced dementia: A cluster randomized controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(2), 261–269. <https://doi.org/10.1111/jgs.13868>
- Reuther, S., Dichter, M. N., Buscher, I., Vollmar, H. C., Holle, D., Bartholomeyczik, S., & Halek, M. (2012). Case conferences as interventions dealing with the challenging behavior of people with dementia in nursing homes: A systematic review. *International Psychogeriatrics*, 24(12), 1891–1903. <https://doi.org/10.1017/S1041610212001342>

- Riedel, A., & Linde, A.-C. (Hrsg.). (2018). *Ethische Reflexion in der Pflege* (1. Aufl.). Springer Verlag. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-55403-6>
- Robert-Koch Institut (Hrsg.). (2015). *Gesundheitsberichtserstattung des Bundes gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Gesundheit in Deutschland*. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichte_rstattung/GesInDtld/gesundheit_in_deutschland_2015.pdf?__blob=publicationFile
- Sauter, D., & Ahrens, R. (Hrsg.). (2011). *Lehrbuch psychiatrische Pflege* (3. Aufl.). Hans Huber Verlag.
- Savaskan, E., Bopp-Kistler, I., Buerge, M., Fischlin, R., Georgescu, D., Giardini, U., Hatzinger, M., Hemmeter, U., Justiniano, I., Kressig, R. W., Monsch, A., Mosimann, U. P., Mueri, R., Munk, A., Popp, J., Schmid, R., & Wollmer, M. A. (2014). Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie der behavioralen und psychologischen Symptome der Demenz (BPSD). *Praxis*, 103(3), 135–148. <https://doi.org/10.1024/1661-8157/a001547>
- Scheichenberger, S., & Scharb, B. (2018). *Spezielle validierende Pflege*. Springer Verlag. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-56017-4>
- Schmidt, S. (2015). *Pflege mini Psychopharmaka im Alter*. Springer Verlag. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-45225-7>
- Schmidt, S., & Döbele, M. (2016). *Demenzbegleiter: Leitfaden für zusätzliche Betreuungskräfte in der Pflege* (3. Aufl.). Springer Verlag. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-52653-8>
- Sonntag, K., & von Reibnitz, C. (2014). *Versorgungskonzepte für Menschen mit Demenz* (1. Aufl.). Springer Verlag. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-43946-3>
- Spencer, S., Johnson, P., & Smith, I. C. (2018). De-escalation techniques for managing non-psychosis induced aggression in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7, 1–52. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012034.pub2>
- Steinmetz, A. (2016). *Nonverbale Interaktion mit demenzkranken und palliativen Patienten* (1. Aufl.). Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-11334-6>
- Testad, I., Corbett, A., Aarland, D., Lexow, K. O., Fossey, J., Woods, B., & Ballard, C. (2014). The value of personalized psychosocial interventions to address behavioral and psychological symptoms in people with dementia living in care home settings: A systematic review. *International Psychogeriatrics*, 26(7), 1083–1098. <https://doi.org/10.1017/S1041610214000131>
- Wang, J.-J., Hsieh, P.-F., & Wang, C.-J. (2013). Long-term care nurses' communication difficulties with people living with dementia in Taiwan. *Asian Nursing Research*, 7(3), 99–103. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2013.06.001>

- Welling, K. (2004). Der person-zentrierte Ansatz von Tom Kitwood. *Unterricht Pflege*, 9(5), 1–12.
- Wesuls, R., Heinzmann, T., & Brinker, L. (2008). *Professionelles Deeskalationsmanagement (ProDeMa)* (7. Aufl.). Maxmedia.
- Wilken, E. (2014). *Unterstützte Kommunikation—Eine Einführung in Theorie und Praxis* (4. Aufl.). W. Kohlhammer Verlag.
- Williams, K. N., & Herman, R. E. (2011). Linking Resident Behavior to Dementia Care Communication: Effects of Emotional Tone. *Behavior therapy*, 42(1), 42–46. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.03.003>
- Williams, K. N., Perkhounkova, Y., Herman, R., & Bossen, A. (2017). A Communication Intervention to Reduce Resistiveness in Dementia Care: A Cluster Randomized Controlled Trial. *The Gerontologist*, 57(4), 707–718. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw047>
- zu Bentheim, A. (2011). *Aktueller Begriff Demenz*. Wissenschaftliche Dienste-Deutscher Bundestag. <https://www.bundestag.de/resource/blob/192028/e1a6df8f6c0122d29742ff259adb3e5b/demenz-data.pdf>
- Zwijzen, S. A., Smalbrugge, M., Eefsting, J. A., Twisk, J. W. R., Gerritsen, D. L., Pot, A. M., & Hertogh, C. M. P. M. (2014). Coming to Grips With Challenging Behavior: A Cluster Randomized Controlled Trial on the Effects of a Multidisciplinary Care Program for Challenging Behavior in Dementia. *Journal of the American Medical Directors Association*, 15(7), 531.e1-531.e10. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2014.04.007>

Anhang

Anhang 1: Flow-Chart



Eidesstaatliche Erklärung:

Ich versichere, dass ich vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, 31.05.2021

Kaja Deszczka

