

**Hochschule für angewandte Wissenschaft Hamburg**  
**Fachbereich Sozialpädagogik**  
**Studiengang Pflege**

Diplomarbeit

**Kompetenzen für die Pflege von Menschen mit Demenz**  
**und deren Entwicklung durch multiperspektivische**  
**Fallarbeit**

Vorgelegt von:

Alexandra Bartholl

25.07.2008

Betreuender Prüfer: Prof.Dr.P.Stratmeyer

Zweitprüfer: Prof.Dr.W.Schütte

## **Vorwort**

Motivation für diese Arbeit war meine Tätigkeit in der Leitung eines ambulanten Dienstes, der sich auf Demenz spezialisiert hat und in Kooperation mit der Alzheimergesellschaft eine Wohngemeinschaft für Menschen mit Demenz betreut. Als Verantwortliche für den Bereich der Fort- und Weiterbildung stellte sich mir die Frage, wie Mitarbeiter/innen am effektivsten gefördert und qualifiziert werden können. Denn schon nach einiger Zeit wurde deutlich, dass bei klassischen Fortbildungseinheiten mit Theorieinput der gewünschte Effekt in der Praxis ausblieb. Trotz meiner Bemühungen, bereits in der Fortbildungsveranstaltung reflexive Momente durch Diskussionen einzufügen, und die Aktivität der Teilnehmer durch z.B. Gruppenarbeit zu erhöhen, war spürbar, dass der Theorie-Praxis-Transfer damit noch lange nicht gewährleistet werden konnte. Auf diese Unwägbarkeiten meines Berufsalltags Antworten zu finden, ist mein Ziel. Es soll entwickelt werden, welche Kompetenzen in der Pflege des Menschen mit Demenz überhaupt benötigt werden und mit welcher Bildungsmethode sie entwickelt werden könnten.

Ich danke allen, die mir in jedweder Form geholfen haben, diese Arbeit zu vollbringen.

# Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	I
Inhaltsverzeichnis.....	II
Abbildungsverzeichnis.....	IV
1. Einleitung.....	1
2. Die Besonderheiten der Pflege von Menschen mit Demenz .....	3
2.1 Das Erscheinungsbild der Demenz.....	3
2.2 Die gesellschaftliche Situation .....	5
2.3 Entstehung und Verlauf der Demenz nach Tom Kitwood .....	7
2.3.1 Standardparadigma.....	7
2.3.2 Personsein .....	9
2.3.3 Bedürfnisse des Menschen mit Demenz .....	10
2.3.4 Kategorisierung von pflegerischen Handlungen.....	13
2.3.4.1 Schädigendes Verhalten.....	13
2.3.4.2 Positive Interaktionen .....	14
2.4 Zielorientierung für die Pflege .....	16
2.5 Der Kompetenzbegriff .....	18
2.6 Identifikation der Kompetenzen für die Pflege von Menschen mit Demenz .....	24
2.6.1 Soziale Kompetenz zur Beziehungsgestaltung .....	27
2.6.2 Selbstreflexive Kompetenz.....	27
2.6.3 Klinische Beurteilungskompetenz.....	27
2.6.4 Kompetenz zum ethischen Urteil.....	28
2.6.5 Kenntnisse und Handlungskompetenz hinsichtlich pflegerischer Maßnahmen .....	28
2.6.6 Managementkompetenz.....	29
2.6.7 Personengebundene Kompetenzen .....	29
3. Die Methode zur Kompetenzentwicklung .....	32
3.1 Die Auswahl der Methode.....	32
3.2 Die multiperspektivische Fallarbeit .....	35
3.2.1 Die vier Phasen der multiperspektivischen Fallarbeit.....	35
3.2.2 Die Rahmenbedingungen.....	37

4. Die Praxisanwendung .....	38
4.1 Die Fragestellung und die Erhebungsmethoden.....	38
4.2 Die praktische Durchführung der Fallarbeit.....	39
4.2.1 Die teilnehmenden Mitarbeiter .....	39
4.2.2 Die Moderation .....	40
4.2.3 Der Ablauf und die Inhalte.....	41
4.3 Die Reflexion der Durchführung der Fallarbeit.....	45
4.3.1 Die zu erwartende Reichweite der Ergebnisse.....	45
4.3.2 Die Herleitung der Indizien und deren Kriterien.....	46
4.3.3 Die Ergebnisse .....	52
4.3.3.1 Die Videobeobachtung .....	52
4.3.3.2 Das Verhalten der Fallgeberin .....	59
4.3.3.3 Die Teilnehmerbefragung .....	61
4.3.3.4 Die Selbstreflexion.....	64
5. Diskussion und Ausblick.....	67
Literaturverzeichnis .....	V
Anhang.....	X
Eidesstattliche Erklärung.....	XI

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Die wichtigsten psychischen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz.	11
Abbildung 2: Die vier Dimensionen des pflegerischen Handelns .....	18
Abbildung 3: Involvement bei unterschiedlichen Lehrmethoden.....	33
Abbildung 4: Interventionsplan für Bewohnerin .....	43

# 1. Einleitung

Vorliegende Arbeit behandelt, über welche Kompetenzen Pflegende im Umgang mit Menschen mit Demenz<sup>1</sup> verfügen müssen und beschreibt als Bildungsmethode die multiperspektivische Fallarbeit, die geeignet sein könnte, diese Kompetenzen zu entwickeln. Diese Fallarbeit wird in einem ersten Praxistest angewandt und reflektiert.

Unter Pfleger/Pflegendem<sup>2</sup>, bzw. Pflegekraft werden in dieser Arbeit Menschen verstanden, die mit der Pflege von Menschen mit Demenz befasst sind. Die Tatsache, ob eine Ausbildung im Pflegeberuf vorliegt, wird außer Acht gelassen. Dies liegt daran, dass hinterfragt werden kann, ob examinierte Kräfte gegenüber den Ungelernten bei der Pflege von Menschen mit Demenz im Vorteil sind. Wißmann begründet diese Zweifel mit der besonderen Notwendigkeit persönlicher Fähigkeiten für die Pflege des Menschen mit Demenz. Fachlich methodische Kompetenzen, die in den Ausbildungen vermittelt werden, treten in ihrer Bedeutung zurück. So kann eine ungelernete Pflegeperson durchaus einen positiven Zugang zum Menschen mit Demenz finden, positive Interaktionen initiieren, eine hohe Beziehungsdichte aufbauen und selber dabei Freude und Zufriedenheit erleben.<sup>3,4</sup>

In dieser Arbeit wird davon ausgegangen, dass auch zukünftig erweiterte Aspekte der psychosozialen Betreuung die Aufgaben von Pflege, gerade im Bereich der Pflege von Menschen mit Demenz, ergänzen. Als Hinweis darauf sind beispielsweise im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, das am 01.07.2008 in Kraft getreten ist, die Sachleistungen für Betreuungsleistungen bei eingeschränkter Alltagskompetenz gemäß §45 a-c SGB XI erheblich (von 460 Euro jährlich auf bis

---

<sup>1</sup> Im Text wird stets die Formulierung „Mensch mit Demenz“ gewählt. Begriffe wie „Demenzkranker“ oder „Dementer“ werden abgelehnt. Zum einen kann m.E. nicht jeder Mensch mit Demenz als krank angesehen werden. Zudem stellt die Bezeichnung „Mensch mit Demenz“ den Menschen in den Mittelpunkt, nicht die Demenz. In der Literatur zum Thema findet sich auch der Begriff des „dementierenden Menschen“, der die Prozesshaftigkeit der Entwicklung betonen soll (siehe Bosch 2004) sowie auf die aktive Rolle der Betroffenen hinweisen will (vgl. Bölicke/ Steinhagen-Thiessen, S.181)

<sup>2</sup> Einzig aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im nachfolgenden Text die männliche Geschlechtsform verwandt

<sup>3</sup> vgl. Wißmann (2004) S.41

<sup>4</sup> Schwerdt/Tschainer sehen es wiederum als erwiesen an, dass die Professionalisierung der Betreuung zu einer höheren Lebensqualität des Menschen mit Demenz führt. Hergeleitet wird diese Aussage aus einer Studie, die die Anwendung freiheitsbeschränkender Maßnahmen untersucht, sowie aus der erwiesenen Korrelation von niedriger Qualifikation und der Befürwortung von Therapie- und Pflegeverzicht. vgl. Schwerdt/Tschainer (2002), S.251

zu 200 Euro monatlich) erhöht worden. Kitwood beschreibt, dass es in der Demenzpflege im Wesentlichen um Erhalt und Stärkung des Personseins geht. Das Schaffen von sicherer Umgebung, die Befriedigung von Grundbedürfnissen und die Körperpflege sind essentiell, aber nur Teil der Pflege des ganzen Menschen.<sup>5</sup> Es wird in dieser Ausarbeitung davon ausgegangen, dass Pflege die von Kitwood geforderte Betreuung umfasst.

Der erste Teil der Arbeit dient der Legitimation für die Auseinandersetzung mit dem Thema und beschreibt Grundlagen. Hier wird ein Blick auf das Phänomen Demenz geworfen. Er umfasst die Betrachtungen der gesellschaftlichen Situation, Erscheinungsbild, Entstehung und Verlauf der Demenz sowie die Identifikation der Kompetenzen, über die eine Pflegekraft bei der Pflege des Menschen mit Demenz verfügen muss. Die Betrachtung der gesellschaftlichen Situation ergibt, in welchem Ausmaß das Thema der Demenzpflege in den kommenden Jahren Bedeutung haben wird. Kitwoods Ansatz<sup>6</sup> über Entstehung und Verlauf einer Demenz legt in diesem Teil die Grundlage für die Pflege des Menschen mit Demenz. Seine theoretischen Erläuterungen stellen bisherige (schulmedizinische) Aussagen in Frage und eröffnen neue Perspektiven und Herangehensweisen.

Die Identifikation der benötigten Kompetenzen ist notwendig, um Inhalte und Zielvorgaben für Fortbildung nennen zu können, denn hierdurch wird konkret vorgegeben, welche Kompetenzen der Mitarbeiter erlangen soll. Darauf müssen Fortbildungsinhalte zugeschnitten werden.

Im zweiten Teil wird die multiperspektivische Fallarbeit als eine Methode ausgewählt und beschrieben, mit deren Hilfe der Kompetenzerwerb in der Praxis gefördert werden könnte.

Eine solche Fallarbeit wurde im Rahmen dieser Arbeit in der Praxis erprobt. Der Praxisablauf sowie die Reflexion der Fallarbeit werden im dritten Teil beschrieben. Eine zusammenfassende Diskussion zeigt die Limitationen der Ergebnisse, Schlussfolgerungen und Empfehlungen schließen die Arbeit mit einem Ausblick ab.

---

<sup>5</sup> vgl. Kitwood (2005), S.194

<sup>6</sup> Begründer des Ansatzes der person-centred care (der personen-zentrierten Pflege), in Anlehnung an Carl Rogers. Vgl. Kitwood (2005), S.21

## **2. Die Besonderheiten der Pflege von Menschen mit Demenz**

Die Demenz verändert den betroffenen Menschen in einer Art und Weise, die ihn vom nicht betroffenen Menschen in einigen Bereichen erheblich unterscheidet.

In diesem Kapitel werden verschiedene Aspekte um die Thematik Demenz aufgegriffen. Eine Übersicht über das Themenfeld dient dazu, die zukünftige Bedeutung des Phänomens Demenz für die Gesellschaft und die Pflege als Profession zu verdeutlichen.

Daraus leitet sich ab, dass die Pflege von Menschen mit Demenz Aspekte besonders berücksichtigen muss, die beim Menschen ohne Demenz so nicht im Vordergrund stehen und somit für diese Pflege spezielle Anforderungen an die Kompetenzen der Pflegekräfte gestellt werden müssen.

### ***2.1 Das Erscheinungsbild der Demenz***

Unter Demenz werden Hirnleistungsschwächen und Hirnstörungen mit prozesshaftem Verlust der geistig-intellektuellen, also kognitiven und gedächtnisbezogenen Fähigkeiten verstanden. Anfänglich treten leichte Störungen der Merkfähigkeit auf, z.B. werden Namen von Bekannten vergessen. Im weiteren Verlauf kommt es zu weiteren Defiziten, beispielsweise die räumliche Orientierung betreffend. Auffällig werden die Schwierigkeiten des Betroffenen z.B., wenn erstmalig die eigene Wohnung nicht wieder gefunden wird. In diesem Stadium des Verlaufs wird das Voranschreiten deutlich sichtbar. Anfangssymptome können noch mit der „normalen“ Altersvergesslichkeit, Stress, Übermüdung oder ähnlichem erklärt werden. Dies ist nun nicht mehr möglich. Im letzten Abschnitt ist die kognitive Leistung derart beeinträchtigt, dass extreme Beeinträchtigungen vorliegen. Zum Beispiel werden nahe Angehörige nicht erkannt und alltägliche Handlungen, wie der Vorgang des Essens, können nicht ausgeführt werden. Es besteht dann ein Betreuungsbedarf in vielen, wenn nicht allen Bereichen des Lebens.

Was dieser kognitive Abbauprozess für den betroffenen Menschen bedeutet, ist äußerst vielschichtig.<sup>7</sup> Bereits von Anfang an werden Defizite wahrgenommen. Ab

---

<sup>7</sup> ausführlich: Schwerdt/Tschainer (2002), S.203-235

einem bestimmten Punkt wird deutlich, dass die Gedächtnislücken den Rahmen des „normalen“ verlassen. Hier beginnt die Beunruhigung. Die nun auftretenden Gefühle können mit Angst, Verunsicherung, Hilflosigkeit, Verzweiflung und einem abnehmenden Selbstbewusstsein beschrieben werden.<sup>8</sup> Die kognitiven Verluste bewirken ein Gefühl der schwindenden Kontrolle, da die kognitiven Einbußen voranschreiten und Kompensation unmöglich wird. Im voranschreitenden Verlauf ist der Mensch mit Demenz darauf angewiesen, dass seine Umwelt Hilfestellung leistet und Orientierung bietet. Somit erlebt der Betroffene zunehmende Abhängigkeit. Dazu kommt eine sich verstärkende Entwicklung von Fremdheitsgefühlen, da Vertrautes nicht mehr erkannt wird.<sup>9</sup> Diese Konfrontationen führen zu Stimmungsschwankungen, Depressionen oder Panikattacken. Zudem kommt der Verlust der eigenen Identität, der Mensch mit Demenz hat das Gefühl, sich nicht mehr auf sich verlassen zu können, bzw. sich selbst nicht mehr zu kennen.<sup>10</sup>

Wie es zu Persönlichkeitsveränderungen oder so genanntem herausforderndem Verhalten wie Depression, Aggression, Schlafstörungen, Wahn, Unruhe und Angst kommt, ist nicht monokausal zu beantworten. Es können Folgen der Konfrontation mit dem eigenen Abbau oder auch Kompensationsversuche sein.<sup>11</sup> In jedem Fall sind die Ursachen als multifaktoriell anzusehen, die Demenz an sich ist nicht alleiniger Auslösefaktor.<sup>12</sup>

Eine weitere, bedeutende Rolle spielt das soziale Umfeld wie Angehörige und Nachbarn. Diese reagieren gerade anfangs mit Unverständnis auf das sich verändernde Verhalten, das in einigen Fällen auch mit scheinbaren Wesensveränderungen einhergeht. Später werden bei den Angehörigen Wut, Trauer und Verzweiflung über den geistigen Abbau des vertrauten Menschen beobachtet. Gemeinsame Erinnerungen und somit Verbundenheit gehen verloren. Ärzte und auch Pflegekräfte neigen dazu, den Menschen mit Demenz nicht mehr als vollwertigen Gesprächspartner zu behandeln. Aufgrund der eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten wird dem Betroffenen der Status eines Kleinkindes zuerkannt. So wird oft in Anwesenheit eines Menschen mit Demenz über, aber

---

<sup>8</sup> vgl. Schwerdt/Tschainer (2002), S.204

<sup>9</sup> vgl. Schwerdt/Tschainer (2002), S.206

<sup>10</sup> vgl. ebd.

<sup>11</sup> vgl. Schwerdt/Tschainer (2002), S.213

<sup>12</sup> vgl. Halek/Bartholomeyczik (2006), S.81

nicht mit ihm geredet, er wird ignoriert.<sup>13</sup> Dieses Verhalten beeinträchtigt die soziale Unterstützung, die der Mensch mit Demenz in seiner Situation benötigt. Die Folgen der beschriebenen Effekte für den Betroffenen in Bezug auf die kognitive Leistungsfähigkeit sind vielerorts beschrieben. Was diese Folgen für das (Er-)Leben des Menschen mit Demenz bedeuten ist individuell und im fortgeschrittenen Verlauf schwer zu erheben, da die Betroffenen nicht mehr gezielt befragt werden können. In allen Fällen ist der Mensch mit Demenz jedoch von einem zunehmenden Verlust der Autonomie betroffen. Demenz bedeutet Angst, Unsicherheit, Scham und vieles mehr. Die Betroffenen sind fortwährend gefordert, mit den veränderten Umständen zurechtzukommen. Die Menschen im sozialen Umfeld sind gefordert, die Bedürfnisse des Menschen mit Demenz zu erkennen und sein Verhalten zu interpretieren, um Verständnis zu schaffen und unterstützen zu können, statt die Betroffenen abzuwerten oder aufzugeben.

Dass das Potential zur emotionalen Wahrnehmung im Gegensatz zur kognitiven Leistung nicht betroffen ist, soll an dieser Stelle betont werden. Die kognitive Informationsaufnahme ist deutlich eingeschränkt, dadurch rückt die emotionale Wahrnehmung um so mehr in den Vordergrund.<sup>14</sup> Den emotionalen Bedürfnissen ist somit bei der Umfeld- und Beziehungsgestaltung besondere Beachtung zu schenken.

## **2.2 Die gesellschaftliche Situation**

Die vielen statistischen Erhebungen über die Prävalenz der Demenz liefern keine einheitlichen Zahlen. Gründe hierfür sind verschiedener Natur. Zum einen tendiert die Verweigerungsquote zu recht hohen Werten, zum anderen berücksichtigen Erhebungen, die auf kommunaler Ebene durchgeführt werden, Personen in Langzeitpflege nicht. Darüber hinaus liefern die verschiedenen, diagnostisch angewandten Tests durch den Unterschied in den Merkmalen, die sie abprüfen bzw. untersuchen, uneinheitliche Zahlen und Ergebnisse in den Prävalenzwerten.<sup>15</sup> Trotz dieser Einschränkung, dass Zahlen nicht unvoreingenommen akzeptiert werden dürfen, lässt sich eine klare Tendenz erkennen. Als klassisches Altersphänomen erhöht sich die

---

<sup>13</sup> vgl. Kitwood (2005), S.130; zur weiteren Beschreibung des schädigenden Umgangs mit Menschen mit Demenz siehe Kapitel 2.3.4.1

<sup>14</sup> vgl. van der Kooij (2004), S.62

<sup>15</sup> vgl. Kitwood (2005), S.51

Auftretenswahrscheinlichkeit der Demenz mit steigendem Lebensalter. Die Auftretenshäufigkeit verdoppelt sich ca. alle fünf Lebensjahre.<sup>16</sup> Die demographische Entwicklung lässt auf mehr als die Verdopplung der Fälle von Menschen mit Demenz von derzeit ca.1 Million bis zum Jahre 2050 schließen.<sup>17</sup> Das gleichzeitig abnehmende Pflegepotential in den Familien<sup>18</sup> wird den zukünftigen Bedarf an professioneller Pflege für Pflegebedürftige allgemein und Menschen mit Demenz speziell ansteigen lassen. Die Zahlen in den europäischen Nachbarländern zeigen, die Bevölkerungszahlen betreffend, eine ähnliche Entwicklung auf.<sup>19</sup> Auch das zahlenmäßige Potential der professionellen Pflegekräfte nimmt ab. Zum einen schlichtweg durch die fortwährende Abnahme der Gesamtzahl junger Menschen (durch sinkende Geburtenraten), zum anderen durch eine derzeit beobachtbare Unattraktivität des Pflegeberufes. Lehrstellen bleiben teilweise aufgrund nicht ausreichend qualifizierter Bewerber unbesetzt.<sup>20</sup> Dazu kommt, dass der Pflegeberuf oftmals nicht bis zum Renteneintrittsalter ausgeübt wird, der vorzeitige Berufsausstieg ist ein Phänomen, das die Pflegeberufe im Vergleich mit anderen Berufsgruppen besonders betrifft.<sup>21</sup> Somit gilt es zu bedenken, wie zukünftig die Pflege sichergestellt werden kann. Eine Möglichkeit ist der Einsatz von Quereinsteigern aus anderen Berufsgruppen. Um diese zu qualifizieren, ist die Beschäftigung mit deren Kompetenzerwerb notwendig. Professionell Pflegende sollten zukünftig über ein möglichst hohes Kompetenzniveau in der Pflege des Menschen mit Demenz verfügen, um weitere Pflegende wie z.B. Ehrenamtliche gezielt anzuleiten und deren Einsatz (und somit die Pflege des Betroffenen) zu optimieren.

---

<sup>16</sup> vgl. Lind (2000), S.10

<sup>17</sup> vgl. Bickel (2002), S.1

<sup>18</sup> Blinkert/Klie verstehen unter dem informellen Pflegepotential die im sozialen Unterstützungsnetzwerk vorhandenen, nichtberuflichen Helfer. Dies sind in erster Linie Ehe- bzw. Lebenspartner und die Kinder. Dabei gehen sie davon aus, dass das informelle Pflegepotential im Wesentlichen von drei Faktoren abhängt. 1. Der Entwicklung der Bevölkerungszahlen in den Altersgruppen, die für die Versorgung Pflegebedürftiger besonders wichtig sind. 2. Der Erwerbsquote in diesen Altersgruppen. 3. Der Anzahl der alleine lebenden Menschen. Die Entwicklung des informellen Pflegepotentials wurde exemplarisch in der Stadt Kassel untersucht. Auch bei der Annahme bestmöglicher Tendenzen (gute Vereinbarkeit von Beruf und Pflegefähigkeit) wird das informelle Pflegepotential spätestens ab 2020 deutlich abnehmen. vgl. Blinkert/Klie (2004), S.32, S.81ff.

<sup>19</sup> vgl. Bickel (2002), S.2

<sup>20</sup> vgl. Europäische NEXT-Studie

<sup>21</sup> vgl. ebd. Die europaweite NEXT-Studie (Nurses early exit) beschäftigt sich mit den Ursachen dieses Phänomens, um diese beheben zu können und so dem Fachkraftmangel entgegenwirken zu können.

## **2.3 Entstehung und Verlauf der Demenz nach Tom Kitwood**

Die Betrachtung von der Entstehung einer Demenz ist im Wandel. Die Suche nach organischen Prozessen, die die Demenz auslösen, scheint in der Schulmedizin von Erfolg gekrönt. Der Kausalität von neurologischer Veränderung und daraus folgender Demenz stellt Tom Kitwood ein neues Paradigma als „generative Grammatik“ entgegen. Die Voraussetzung für die Beschäftigung mit dem Thema der Kompetenzentwicklung ist die Annahme, dass pflegerische Kompetenz überhaupt einen Effekt auf das Verhalten und Befinden des Menschen mit Demenz hat. Diese Annahme ist nicht unbedingt selbstverständlich, bzw. wird in der Tragweite ihrer Gültigkeit verschieden eingeschätzt, wie das Kapitel über das Standardparadigma zeigen wird. Das im Anschluss an das Standardparadigma beschriebene Alternativmodell von Kitwood zeigt auf, dass sehr wohl andere als die rein organischen Faktoren Einfluss auf den Menschen mit Demenz nehmen.

### **2.3.1 Standardparadigma**

Kitwood betitelt das gesamte begriffliche Rahmenwerk der biomedizinischen Forschung als weit davon entfernt, dem Problembereich angemessen zu sein.<sup>22</sup> Er gibt drei besonders problematische Merkmale des biomedizinischen Paradigmas, von ihm als Standardparadigma bezeichnet, an:<sup>23</sup>

1. Die Vorstellung über die rein organische Ursache von Demenz:

Es wird nicht berücksichtigt, dass entwicklungsbedingte Aspekte, sowie Erfahrungen und Abwehrmechanismen des Menschen in engem Zusammenhang zur Nervenarchitektur stehen.

2. Die Theorie der Verursachung:

Innerhalb des Standardparadigmas wird angenommen, dass die Grundursache einer Demenz eine genetische ist.

3. Lücken in der Erklärungskraft:

Nichtlineare Verläufe können mit Hilfe des Standardparadigmas nicht erklärt werden. Neuropathische Prozesse erstrecken sich im zeitlichen Ablauf über Jahre und schreiten im Allgemeinen relativ langsam fort. Die Demenz jedoch hat oft extrem schnelle Zustandsveränderungen, wie beispielsweise nach einem Krankenhausaufenthalt. Diese beiden Tatsachen passen nicht zusammen.

---

<sup>22</sup> vgl. Kitwood (2005), S.60

<sup>23</sup> vgl. Kitwood (2005), S.61

Ebenso bleibt im Standardparadigma die Erklärung für die Verbesserung geistiger Fähigkeiten offen.<sup>24</sup>

Darüber hinaus trifft das Standardparadigma keine Aussagen über die effiziente Pflege einer Person mit Demenz. Die Pflege bleibt in Forschung und Medizin unberücksichtigt. Somit wird die Tatsache unterstellt, dass keine Verbesserung erzielt werden kann, solange kein medizinischer Durchbruch bei der organischen Behandlung<sup>25</sup> gelingt.<sup>26</sup>

Auf die ausführliche Beschreibung des Standardparadigmas wird an dieser Stelle verzichtet. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Entstehung der Demenz in drei Typen unterteilt wird: Die Pathologie vom Alzheimer Typus (60% der Fälle), die Pathologie vom vaskulären Typus (15% der Fälle) sowie „gemischte“ Formen, bei denen eine Mischform der Alzheimer Demenz und des vaskulären Typus vorliegt (15% der Fälle). Die verbleibenden 10% der Fälle bestehen aus relativ selten auftretenden Erkrankungen wie z.B. dem Korsakoff-Syndrom, Morbus Pick oder anderen.<sup>27</sup> Der Verlauf wird zumeist in drei Stadien mit linearer Abfolge unterteilt. Die durchschnittliche Lebenserwartung nach Ausbruch einer Demenz liegt bei Menschen unter 65 Jahren (präsenile Demenz) bei acht bis zehn Jahren. Beim Auftreten nach dem 65sten Lebensjahr (senile Demenz) liegt die durchschnittliche Lebenserwartung bei acht Jahren oder weniger.<sup>28</sup> Lind benennt die körperlichen Abbauprozesse als Ursachen für die Demenz.<sup>29</sup>

Kitwood hingegen sieht ein Zusammenspiel von psychischen und physischen Umständen als Bedingungen an, aus und unter denen sich die Demenz entwickelt. Ein besonderes Augenmerk, da vom Standardparadigma vernachlässigt, legt er darauf, welchen Einfluss umgebende Faktoren, wie der Erhalt von intakten Beziehungen, die Nutzung eigener Ressourcen oder das Erleben von Abwechslung und Freude, auf den Verlauf der Demenz haben. Diese Faktoren sind aus der Sicht des Standardparadigmas Äußerlichkeiten, getrennt von dem

---

<sup>24</sup> vgl. Kitwood (2005), S.62

<sup>25</sup> Lind stellt fest, dass wissenschaftliche Prognosen mit diesem Durchbruch ab dem Jahr 2015 rechnen. vgl. Lind (2000), S.5

<sup>26</sup> vgl. Kitwood (2005), S.63

<sup>27</sup> vgl. Lind (2000), S.6f.

<sup>28</sup> vgl. ebd.

<sup>29</sup> vgl. ebd.

fortschreitenden Krankheitsprozess.<sup>30</sup> Kitwood beschreibt auch körperliche Zustände, die eine Demenz verstärken können<sup>31</sup>, ohne jedoch körperlichen Prozessen allein die Ursache für die Demenz zuzuschreiben. Für ihn ist der zur Demenz führende Prozess eine Folge von sowohl neurologischen als auch sozialpsychologischen Veränderungen. Diese beiden Arten von Veränderungen sind untrennbar miteinander verbunden.<sup>32</sup> Kitwood schlägt vor, gesellschaftliche und sozialpsychologische Aspekte als integrale Bestandteile des Abbauprozesses einer Demenz zu betrachten.<sup>33</sup> Die grundlegenden Begrifflichkeiten und Inhalte Kitwoods theoretischer Aussagen sind:

### **2.3.2 Personsein**

Kitwood definiert zunächst den Begriff des Personseins. „Es ist ein Stand oder Status, der dem einzelnen Menschen im Kontext von Beziehungen und sozialem Sein von anderen verliehen wird. Er impliziert Anerkennung, Respekt und Vertrauen.“<sup>34</sup> Es kann jemandem das Personsein ab- oder zuerkannt werden. Die zentrale Rolle nimmt eine neue Betrachtung des Begriffs des Personseins ein. Kitwood strebt eine humanwissenschaftliche Betrachtung, ergänzt mit naturwissenschaftlichen Elementen, an. Die Annahme, dass Körper und Geist getrennte Substanzen sind, wird abgelehnt.<sup>35</sup> Kitwood beschreibt Psychologie und Neurologie als untrennbar. Demnach ist es nicht so, dass Hirnaktivität eine psychische Erfahrung auslöst oder umgedreht. Die Neurowissenschaft spricht sich dahingehend aus, „dass es zwischen Menschen als Resultat von Lernen und Erfahrungen unter Umständen sehr große Unterschiede im Entwicklungsgrad der Nervenarchitektur gibt. Daraus folgt, dass Menschen sich (...) in der Widerstandsfähigkeit gegen Demenz unterscheiden“<sup>36</sup>.

Weiter kann eine maligne Sozialpsychologie möglicher Weise das Nervengewebe schädigen. Unter maligner Sozialpsychologie werden Episoden oder Vorkommnisse mit entpersonalisierenden Tendenzen verstanden.<sup>37</sup> Eine Demenz

---

<sup>30</sup> vgl. Kitwood (2005), S.64

<sup>31</sup> vgl. Kitwood (2005), S.58

<sup>32</sup> vgl. Kitwood (2005), S.41

<sup>33</sup> vgl. Kitwood (2005), S.85

<sup>34</sup> Kitwood (2005), S.27

<sup>35</sup> vgl. Kitwood (2005), S.37

<sup>36</sup> Kitwood (2005), S.40

<sup>37</sup> vgl. Kitwood (2005), S.75; eine genauere Betrachtung erfolgt in Kapitel 2.3.4.1

könnte nach Kitwood durch Belastungen im Leben induziert werden.<sup>38</sup> Umgedreht beschreibt er mit dem Begriff des „re-menting“ die Wiederherstellung personaler, darunter auch geistiger Funktionen.<sup>39</sup> In der Studie dieses Phänomens wurde aufgezeigt, dass bei Anwendung entsprechender Programme nicht nur das Wohlbefinden, sondern auch die kognitive Leistungsfähigkeit verbessert werden konnte.<sup>40</sup> Die Auswirkungen von Pflege sind somit nicht nur psychologischer Natur (dies würde die Fortsetzung der Zugrundelegung der Trennung von Geist und Körper bedeuten), sondern hat Auswirkungen auf das neurologische Gefüge und kann somit auf die Entwicklung einer Demenz einwirken.

Diese Annahme revolutioniert die bisherige Einschätzung, dass der Verlauf einer Demenz therapeutisch nicht oder nur gering beeinflussbar ist. Pflegerische Interventionen haben somit nicht nur Einfluss auf das Befinden des Menschen im emotionalen Sinne, sondern auch auf die Entwicklung von neurologischen und somit körperlichen Prozessen.

Kitwood verleiht dem Beziehungsaspekt des Personseins besonderes Gewicht. Er legt Martin Bubers Formen des In-der-Welt-Seins zugrunde, wobei der Ich-Du-Modus, das angesprochen Werden als Du im Sinne Bubers<sup>41</sup>, Voraussetzung für das Personsein ist. Das mit einem anderen Menschen als Du in Beziehung zu treten impliziert das Auf-den-anderen-Zugehen, das Sich-Öffnen, Spontaneität.<sup>42</sup> Dem Erhalt des Personseins kommt eine besondere Bedeutung zu, da dieses beim Menschen mit Demenz ins Hintertreffen zu geraten droht. Die Aspekte des persönlichen Seins fallen nach Kitwoods Einschätzung denen der Pathologie und Behinderung zum Opfer. Der Fokus auf die Demenz nimmt dem Betroffenen das Personsein mit erheblichen Folgen für den Verlauf der Demenz.

### **2.3.3 Bedürfnisse des Menschen mit Demenz**

Die Begrifflichkeit von Bedürfnis in Kitwoods Verwendung ist „eine starke und bedeutet, dass »ein Mensch ohne dessen Befriedigung nicht einmal minimal als Person funktionieren kann«<sup>43</sup>. Kitwood lehnt eine Hierarchisierung von Bedürfnissen ab und beschreibt die psychischen Bedürfnisse bei Demenz als eine

---

<sup>38</sup> vgl. Kitwood (2005), S.40

<sup>39</sup> vgl. Kitwood (2005), S.21

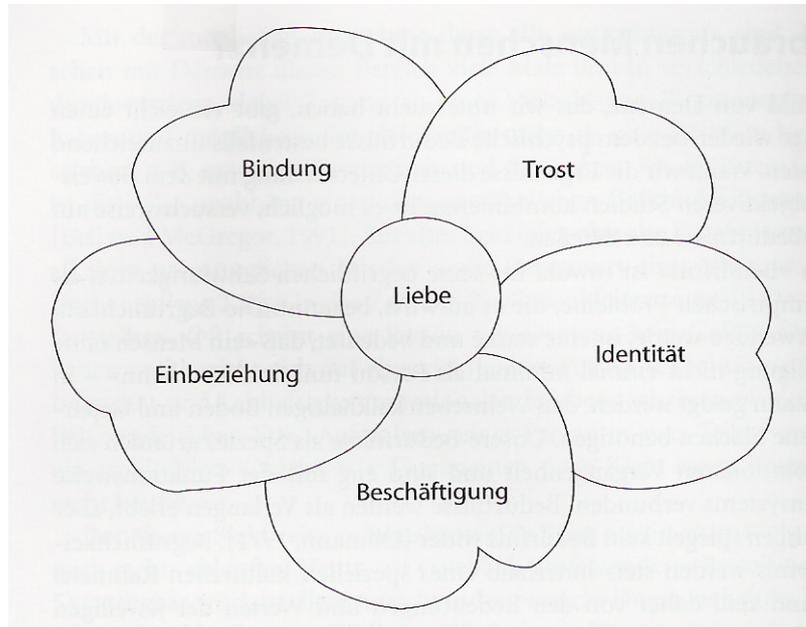
<sup>40</sup> vgl. Kitwood (2005), S.97

<sup>41</sup> vgl. Buber (1995)

<sup>42</sup> vgl. Kitwood (2005), S.29

<sup>43</sup> Kitwood (2005), S.121

Gruppe, die sehr eng miteinander verbunden sind. Es gibt fünf große, einander überschneidende Bedürfnisse. Diese fünf Bedürfnisse vereinen sich im zentralen Bedürfnis nach Liebe:



**Abbildung 1: Die wichtigsten psychischen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz**

Quelle: Kitwood (2005), S.122

### Trost<sup>44</sup>

Das Bedürfnis nach Trost bekommt eine besondere Bedeutung, da der Mensch mit Demenz durchweg mit Verlust (der kognitiven Fähigkeiten, der Häuslichkeit etc.) konfrontiert wird. Trost geben bedeutet Wärme und Stärke geben. Trost gibt Sicherheit durch nahes Beieinandersein, Zärtlichkeit und Nähe.

### Bindung<sup>45</sup>

Der Mensch als hochgradig soziales Wesen hat ein grundlegendes Bedürfnis nach primärer Bindung. Diese Bindung gibt Sicherheit und erlaubt dem Menschen zu funktionieren. Beim Menschen mit Demenz, dessen Leben zunehmend von Unsicherheit und Angst begleitet sein kann, ist das Bedürfnis nach Sicherheit stark ausgeprägt. Diese Sicherheit können Bindungen geben.

---

<sup>44</sup> vgl. Kitwood (2005), S.123

<sup>45</sup> vgl. ebd.

### Einbeziehung<sup>46</sup>

Lange war das Einbezogen sein in eine Gruppe entscheidend für das Überleben. Für den Menschen mit Demenz bedeutet die Befriedigung des Bedürfnisses nach Einbeziehung, als jemand anerkannt zu werden, der einen bestimmten Platz im gemeinsamen Leben einer Gruppe hat. Dieses Bedürfnis wird oft unberücksichtigt gelassen.

### Beschäftigung<sup>47</sup>

Beschäftigung sind persönlich bedeutsame Handlungen oder Tätigkeiten. Zugrunde liegt die kindliche Erfahrung, Reaktionen hervorzurufen und Dinge verändern zu können. Zu beachten ist unbedingt, dass die Bedeutsamkeit einer Beschäftigung individuell bemessen wird. Bleibt das Bedürfnis nach Beschäftigung unerfüllt, drohen Langeweile, Nichtigkeit und der Verlust der Selbstachtung.

### Identität<sup>48</sup>

Identität zu haben bedeutet zu erkennen und zu fühlen, wer man ist. Durch die Identität kann anderen eine Vergangenheit präsentiert werden. Außerdem umfasst Identität eine Art roten Faden durch Kontexte und Rollen im gegenwärtigen Leben. Da Menschen von anderen Rückmeldungen und Reaktionen erhalten, wird Identität zum Teil von anderen verliehen. Jede Identität ist einzigartig und individuell erschaffen. Zum Erhalt der Identität sind zwei Dinge von großer Bedeutung. Zum einen sollte die Lebensgeschichte eines Menschen detailliert gekannt und berücksichtigt werden. Zum anderen bedarf es der Empathie, „auf eine Person in der Einzigartigkeit ihres Seins als Du zu reagieren“<sup>49</sup>.

Durch die Befriedigung dieser fünf Bedürfnisse kommt für den Menschen mit Demenz das Gefühl auf, wertvoll und geschätzt zu sein, sein globales Selbstwertgefühl wird gestärkt. Kitwood stellt fest, dass der Erhalt des Personseins durch die sensible Befriedigung dieser fünf Bedürfnisse geschehen kann.

---

<sup>46</sup> vgl. Kitwood (2005), S.123f.

<sup>47</sup> vgl. Kitwood (2005), S.124

<sup>48</sup> vgl. Kitwood (2005), S.125

<sup>49</sup> Kitwood (2005), S.125

## 2.3.4 Kategorisierung von pflegerischen Handlungen

Kitwood schreibt dem Verhalten gegenüber Menschen mit Demenz eine entscheidende Rolle zu. Die Erhaltung des Personseins oder auch die Untergrabung geschieht durch das Miteinander. Die verschiedenen Arten von Verhalten werden beschrieben. Kitwood trifft Aussagen sowohl über Interaktionen, die entpersonalisierende Tendenzen haben, als auch über Handlungen, die das Personsein stärken und erhalten.

### 2.3.4.1 Schädigendes Verhalten

Der Begriff der malignen Sozialpsychologie wurde bereits eingeführt. Kitwood widmete Teile seiner Forschung der Dokumentation solcher Episoden. Aus dieser Dokumentation erarbeitete er eine Liste, die 17 Punkte umfasst:

- „1. **Betrug** (treachery) – Einsatz von Formen der Täuschung, um eine Person abzulenken, zu manipulieren oder zur Mitwirkung zu zwingen.*
- 2. **Zur Machtlosigkeit verurteilen** (disempowerment) – jemandem nicht gestatten, vorhandene Fähigkeiten zu nutzen; die Unterstützung beim Abschluss begonnener Handlungen versagen.*
- 3. **Infantilisieren** (infantilization) – jemanden sehr väterlich bzw. mütterlich autoritär behandeln, etwa wie ein unsensibler Elternteil dies mit einem sehr kleinen Kind tun würde.*
- 4. **Einschüchtern** (intimidation) – durch Drohungen oder körperliche Gewalt bei jemandem Furcht hervorrufen.*
- 5. **Etikettieren** (labelling) – Einsatz einer Kategorie wie Demenz oder „organisch bedingte psychische Erkrankung“ als Hauptgrundlage der Interaktion mit der Person und zur Erklärung ihres Verhaltens.*
- 6. **Stigmatisieren** (stigmatization) – jemanden behandeln, als sei er ein verseuchtes Objekt, ein Alien oder Ausgestoßener.*
- 7. **Überholen** (outpacing) – Informationen liefern, Alternativen zur Wahl stellen etc., jedoch für die betreffende Person zu schnell, um zu verstehen; der Betroffene gerät damit unter Druck, Dinge rascher zu tun, als er ertragen kann.*
- 8. **Entwerten** (invalidation) – die subjektive Realität des Erlebens und vor allem die Gefühle einer Person nicht anerkennen.*

**9. Verbannen** (banishment) – jemanden fortschicken oder körperlich bzw. seelisch ausschließen.

**10. Zum Objekt erklären** (objectification) – jemanden behandeln, als sei er ein Klumpen toter Materie, der gestoßen, angehoben, gefüllt, aufgepumpt oder abgelassen werden kann, ohne wirklich auf die Tatsache Bezug zu nehmen, dass es sich um ein fühlendes Wesen handelt.

**11. Ignorieren** (ignoring) - in jemandes Anwesenheit einfach in einer Unterhaltung oder Handlung fortfahren, als sei der bzw. die Betreffende nicht vorhanden.

**12. Zwang** (imposition) – jemanden zu einer Handlung zwingen und dabei die Wünsche der betroffenen Person beiseite schieben bzw. ihr Wahlmöglichkeiten verweigern.

**13. Vorenthalten** (withholding) – jemandem eine erbetene Information oder die Befriedigung eines erkennbaren Bedürfnisses verweigern.

**14. Anklagen** (accusation) – jemandem Handlungen oder deren Unterlassen, die sich aus einer fehlenden Fähigkeit oder einem Fehlinterpretieren der Situation ergeben, zum Vorwurf machen.

**15. Unterbrechen** (disruption) – plötzlich oder in störender Weise in die Handlung oder Überlegung von jemandem einbrechen; ein rohes Aufbrechen des Bezugsrahmens einer Person.

**16. Lästern** (mockery) – sich über die „merkwürdigen“ Handlungen oder Bemerkungen einer Person lustig machen; hänseln, erniedrigen, Witze auf Kosten einer anderen Person machen.

**17. Herabwürdigen** (disparagement) – jemandem sagen, er sei inkompetent, nutzlos, wertlos etc.; Botschaften vermitteln, die der Selbstachtung einer Person schaden.<sup>50</sup>

#### **2.3.4.2 Positive Interaktionen**

Im Gegenzug zu den schädigenden Verhaltensweisen benennt Kitwood zwölf positive Interaktionen, die das Personsein stärken. Sie wirken verstärkend auf positive Gefühle, unterstützen Fähigkeiten oder helfen, seelische Wunden zu

---

<sup>50</sup> Kitwood (2005), S.75f.

heilen.<sup>51</sup> Nach der genaueren Erläuterung der zwölf Interaktionen leitet Kitwood im späteren Verlauf die sich daraus ergebenden Anforderungen an eine Betreuungsperson ab. Die Interaktionen und die sich daraus ergebenden Anteile der Pflegeperson seien hier genannt:

**„1. Anerkennen** (recognition). Die Betreuungsperson bringt eine offene und vorurteilslose Haltung, frei von Tendenzen des Stereotypisierens oder Pathologisierens mit und begegnet der Person mit Demenz in ihrer Einzigartigkeit.

**2. Verhandeln** (negotiation). Die Betreuungsperson stellt alle vorgefertigten Annahmen über das, was zu tun ist, zur Seite und wagt es, zu fragen, zu beraten und zuzuhören.

**3. Zusammenarbeiten** (collaboration). Bewusst wird vom Einsatz von Macht und damit von jeder Form des Aufdrängens und des Zwangs Abstand genommen. Für die Person mit Demenz wird „Raum“ geschaffen, so weit wie möglich zur Handlung beizutragen.

**4. Spielen** (play). Die Betreuungsperson ist frei, sich auf einen freien, kindlichen, kreativen Weg des Seins zu begeben.

**5. Timalation** (timalation). Die Person mit Demenz erfährt Vergnügen auf direktem Weg über die Sinne, und das bedeutet, dass sich die Betreuungsperson mit ihrer eigenen Sinnlichkeit wohlfühlt – ungestört durch Schuld oder ängstliche Hemmung.

**6. Feiern** (celebration). Über die Belastungen und unmittelbaren Anforderungen der Arbeit hinaus ist die Betreuungsperson für Freude offen und dankbar für das Geschenk des Lebens.

**7. Entspannen** (relaxation). Die Betreuungsperson ist für eine Weile frei, die aktive Arbeit zu unterbrechen und sogar mit dem Planen aufzuhören. Sie identifiziert sich positiv mit dem Bedürfnis mancher Menschen mit Demenz: Tempo drosseln, und Körper und Geist eine Ruhepause gönnen.

**8. Validation** (validation). Die Betreuungsperson geht über ihren Bezugsrahmen mit seinen vielen Bedenken und Sorgen hinaus, um den anderen empathisch zu verstehen; das Erkennen wird herabgesetzt und die Sensibilität gegenüber Gefühl und Emotion erhöht.

---

<sup>51</sup> vgl. Kitwood (2005), S.133

**9. Halten** (*holding*). Welches Leid die Person mit Demenz auch immer durchläuft, die Betreuungsperson bleibt voll präsent – beständig, selbstsicher und reaktionsbereit, fähig, den Wiederhall jeder verwirrenden Emotion im eigenen Sein zu tolerieren.

**10. Erleichtern** (*facilitation*). Hier wird eine feinsinnige und sanfte Phantasie aufgerufen. Es besteht die Bereitschaft, auf die Geste einer Person mit Demenz zu reagieren – nicht, indem ihr Bedeutung aufgezwungen wird, sondern durch Teilnahme am Schaffen von Bedeutung und am Ermöglichen von Handlung.

**11. Schöpferisch sein** (*creation*) durch die Person mit Demenz. Die von der Person mit Demenz initiierte schöpferische Haltung wird als solche gesehen und anerkannt. Die Betreuungsperson reagiert, ohne die Kontrolle zu übernehmen.

**12. Geben** (*giving*) von Seiten der Person mit Demenz. Die Betreuungsperson ist bescheiden genug anzunehmen, was immer ihr eine Person mit Demenz an Freundlichkeit oder Unterstützung gibt, und ehrlich genug, ihre eigene Bedürftigkeit anzuerkennen. Vorstellungen eines Wohltäters oder Spenders von Mildtätigkeit alten Stils haben keinen Raum.<sup>52</sup>

## **2.4 Zielorientierung für die Pflege**

Voranehend soll eine Zielorientierung für die Pflege von Menschen mit Demenz abgeleitet werden. Kitwood bezeichnet die Hauptaufgabe der Demenzpflege „im Erhalt des Personseins angesichts versagender Geisteskräfte<sup>53</sup>“. Wie der Erhalt des Personseins erreicht wird, beschrieben die vorangegangenen Abschnitte. Zur Ergänzung soll an dieser Stelle eine weitere Autorin, nämlich die Niederländerin Corry Bosch, herangezogen werden. Bosch hat eine Forschungsarbeit ausschließlich der Erkundung der Perspektive des Menschen mit Demenz gewidmet. Das Erleben der Wirklichkeit des Menschen mit Demenz wird darin durch eine qualitative Studie erhoben.

Es ist das Ziel, die Perspektive des Pflegebedürftigen nicht nur zu beachten, sondern in den Mittelpunkt zu stellen.

---

<sup>52</sup> Kitwood (2005), S.173f.

<sup>53</sup> Kitwood (2005), S.125

Die Erkenntnis, wie der Mensch mit Demenz seine Umgebung erlebt, wurde von der Studie „Vertrautheit“ vorangetrieben. Durch teilnehmende Beobachtung fand Bosch heraus, dass es für den Menschen mit Demenz von großer Bedeutung ist, Vertrautheit zu erleben. Diese Vertrautheit geht dem Menschen mit Demenz durch die kognitiven Verluste nach und nach verloren. Die Umgebung und die darin agierenden Personen werden zunehmend nicht mehr erkannt und somit als fremd erlebt. Dies stellt für den Menschen mit Demenz eine andauernde Situation der Überforderung und Hilflosigkeit dar. Der Mensch mit Demenz versucht daher nachvollziehbarer Weise, vertraute Menschen und Umgebungen aufzusuchen. Inhaltlich erleben Männer und Frauen unterschiedliche Situationen als vertraut. Frauen sind von der Sehnsucht erfüllt, zu Hause zu sein und ihre Aufgabe erfüllen zu können und sich um die Familie zu sorgen. Für Männer hat die Arbeit eine zentrale Position und gibt ihnen ein vertrautes Gefühl.<sup>54</sup> Diese unterschiedliche Bedeutungszumessung erklärt Bosch durch die soziale Biographie, die einen wichtigen Einfluss auf das Erleben und auf das sich hieraus ergebende Verhalten hat.<sup>55</sup> Somit ist nach Bosch das Schaffen von Vertrautheit eine wichtige Aufgabe der Pflege. Versuche, den Menschen mit Demenz in die (objektive) Realität zurückzuholen und das Erleben und Verhalten zu korrigieren, sind erfolglos und kontraindiziert. Solche Versuche verstärken das Erleben von Fremdheit und wirken frustrierend, bedrohlich und sogar traumatisierend.<sup>56</sup>

Zusammenfassend sei gesagt, dass Pflege sich an dem Erleben des zu pflegenden Menschen mit Demenz orientieren muss, um dessen Personsein erhalten zu können. Neben generellen Aussagen, wie den hier zitierten aus der Bosch-Studie oder Kitwoods Ausführungen über Bedürfnisse, besteht die Identität jedes Menschen mit Demenz aus anderen Inhalten. So ist beispielsweise nicht für alle Männer die Arbeit oberste Priorität, oder auch der Aspekt des Einbezogenseins mag für den einen mehr Bedeutung haben als für den anderen. Die Ergebnisse geben sicherlich hilfreiche Richtungen vor, können aber sicher niemals auf jeden gleichbedeutend übertragen werden.

---

<sup>54</sup> vgl. Bosch (1998), S.153

<sup>55</sup> vgl. Bosch (1998), S.154

<sup>56</sup> vgl. Schwerdt/Tschainer (2002), S.246

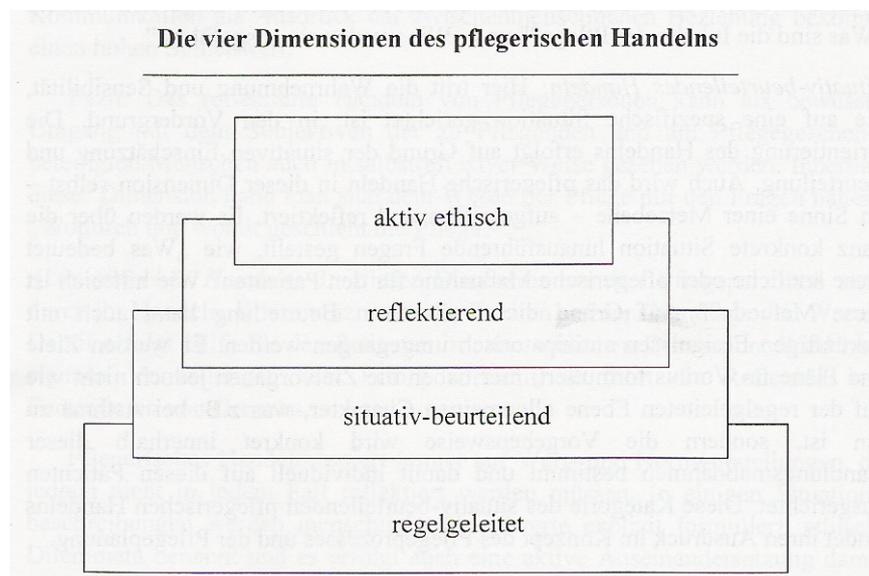
Kitwood entwickelte ein Instrument, das Dementia care mapping, welches eine Beobachtung mit dem Ziel, das Erleben des Menschen mit Demenz auch individuell einzuschätzen, ermöglichen soll. Auch andere bestehende Ansätze in diese Richtung<sup>57</sup> verfolgen dieses Ziel.

Die Zielorientierung benennt somit ganz allgemein die Erhaltung des Personseins, jedoch kann dieses Ziel für jeden Menschen mit Demenz nur individuell und mit speziell abgestimmten Schwerpunkten erreicht werden. Für die Bestimmung dieser Inhalte können genannte Ansätze Hilfestellung geben.

## 2.5 Der Kompetenzbegriff

Der Begriff der Kompetenz ist in der Literatur verschiedentlich verwandt.<sup>58</sup> Drei Beispiele aus der Pflegewissenschaftlichen Literatur sollen einen Überblick über pflegewissenschaftliche Interpretationen des Begriffs der Pflegekompetenz verschaffen, bevor eine fachlich übergeordnete, spezifischere Definition des Begriffs Kompetenz erfolgt.

Olbrich beschreibt in ihrer Arbeit die vier Dimensionen des pflegerischen Handelns, die in einer hierarchischen Stufung aufeinander aufbauen:



**Abbildung 2: Die vier Dimensionen des pflegerischen Handelns**  
Quelle: Olbrich (2001), S.273

Des Weiteren beschreibt Olbrich die einzelnen Elemente der Pflegekompetenz als Komponenten. Herausragende Komponenten von besonderer Bedeutung sind die

<sup>57</sup> Z.B. „personalized Care Pathways“ nach Joanne Schofield; vgl. Schofield (2005)

<sup>58</sup> vgl. Olbrich (2001), S.271; Gnahs (2007), S.19

reflektierende Komponente, die emotionale Komponente, die Intuition, Phantasie zur kreativen Problemlösung und die advokatorische<sup>59</sup> Komponente.<sup>60</sup>

Bei der Entwicklung der Pflegekompetenz führt Wissen nicht automatisch zu Können. Der Urteilskraft, das eigene Lernen und Handeln zu reflektieren, kommt eine besondere Bedeutung zu.<sup>61</sup> Pflegekompetenz ist also Ausdruck einzelner Komponenten der Person in ihrer Gesamtheit und umfasst nicht nur einzelne Komponenten beruflichen Handelns.<sup>62</sup> Die Kompetenz konstituiert sich in den drei Bereichen des Denkens, Fühlens und Handelns.<sup>63</sup> Da Pflegekompetenz immer im Bezug zu einem Pflegebedürftigen steht, kommen die Dimensionen der Intersubjektivität, der Transaktionalität und auch der Interaktionalität hinzu. Pflegekompetenz gestaltet sich also immer im Zusammenwirken mit dem Patienten und auch unter Einbeziehung des Umfeldes beider Personen.<sup>64</sup> Eine zusammenfassende Definition des Kompetenzbegriffs ist nach Olbrich durch die Vielfältigkeit des Begriffes Kompetenz in seiner ursprünglichen Sprachableitung und in seinem heutigen Gebrauch nicht möglich.<sup>65</sup>

Nach Holoch umfasst der Kompetenzbegriff sowohl das „Fähig sein zu“ als auch das „zuständig sein“.<sup>66</sup> Pflegekompetenz wird getragen von einer ethisch-fürsorglichen Einstellung, orientiert an den Prinzipien der Care-Ethik, mit dem Bewusstsein über die Asymmetrie der Pflegebeziehung und deren Konsequenzen. Kompetenzen bei der Unterstützung oder Kompensation von Fürsorgepraktiken und Selbstpflegehandlungen sind ein weiteres Element. Dieses kommt allerdings nur hilfreich zur Wirkung, wenn eine klinisch-pragmatische Kompetenz vorliegt, womit Holoch das Zuhören, das Beobachten und das interpretieren Können meint.<sup>67</sup> Weiter beinhaltet Pflegekompetenz eine kognitive Komponente, die Nachdenken, Reflektieren und einen offen-experimentellen Umgang mit der komplexen Pflegepraxis ermöglicht.<sup>68</sup> Als abschließende Forderung an

---

<sup>59</sup> „Anwalt für einen Patienten sein“

<sup>60</sup> vgl. Olbrich (2001), S. 278f.

<sup>61</sup> vgl. Olbrich (2001), S.282

<sup>62</sup> vgl. Olbrich (1999), S.91

<sup>63</sup> vgl. Olbrich (1999), S.97

<sup>64</sup> vgl. Olbrich (1999), S.91

<sup>65</sup> vgl. Olbrich (1999), S.12

<sup>66</sup> vgl. Holoch (2002a), S.67

<sup>67</sup> vgl. Holoch (2002a), S.101

<sup>68</sup> vgl. Holoch (2002a), S.116

pflegekompetentes Handeln formuliert Holoch die Notwendigkeit, über Pflege zu sprechen und Pflege in Worte zu fassen. Damit soll das unerfasste und versteckte Wissen der Pflegeexperten vom persönlichen zu einem sozial geteilten Wissen gemacht werden, das für alle zugänglich ist und geteilt und weiterentwickelt werden kann.<sup>69</sup> Es sei von Interesse für die Pflegeausbildung, höhere mentale Funktionen zu entwickeln, das heißt generelle Kompetenzen, die die Bewältigung unterschiedlicher Pflegesituationen ermöglichen.<sup>70</sup> Holoch gibt Hinweise für den Erwerb dieser höheren Kompetenzen. Sie beschreibt den Ansatz des situierten Lernens.<sup>71</sup> Für die Grundausbildung werden drei Methoden benannt und auch teilweise überprüft: Der Einsatz von Pflegegeschichten, das Lernen von Experten sowie das Erlernen des selbständigen (geplanten) Handelns.<sup>72</sup>

Benner definiert den Begriff der Pflegekompetenz nicht. Vielmehr beschreibt sie die fünf Stufen der Kompetenzentwicklung<sup>73</sup> und die dazugehörigen Merkmale. Beschrieben werden Merkmale, an denen man die jeweilige Kompetenzstufe der Pflegekraft erkennt. So sind, als ein Beispiel für ein Merkmal, Experten nicht mehr auf Regeln oder Richtlinien angewiesen und sind in ihrem Handeln vom Gefühl und von der Intuition geleitet, während der Anfänger Regeln und Prinzipien benötigt, um in der für ihn fremden Situation handeln zu können.<sup>74</sup> Benner gibt Merkmale vor, an denen Pflegekompetenz erkannt und eingeschätzt werden kann. Die Kompetenzstufe gilt für den jeweiligen Arbeitsbereich. Eine Pflegekraft, die beispielsweise in der Intensivpflege ein Experte ist, kann beim Wechsel in ein neues Arbeitsfeld, z.B. die Pflege von Menschen mit Demenz, wieder als Anfänger starten, da keine Erfahrungen in diesem Feld vorliegen.<sup>75</sup> Somit kann Pflegekompetenz nur im Kontext von Zeit und Umfeld betrachtet werden. Die Inhalte von Pflegekompetenz beschreibt Benner durch 31 verschiedene Kompetenzen, die in sieben Bereiche eingeteilt wurden.<sup>76</sup> Diese Kompetenzen

---

<sup>69</sup> vgl. Holoch (2002a), S.117

<sup>70</sup> vgl. Holoch (2002b), S.257

<sup>71</sup> vgl. 3.1 in dieser Arbeit

<sup>72</sup> vgl. Holoch (2002a) Kapitel V

<sup>73</sup> 1. Anfänger 2. Fortgeschrittener Anfänger, 3. Kompetenter Pfleger, 4. Erfahrener Pfleger, 5. Experte; Zugrunde liegt das Modell des Kompetenzerwerbs der Brüder Dreyfus.

<sup>74</sup> vgl. Benner (1994), S.41ff

<sup>75</sup> vgl. Benner (1994), S.42

<sup>76</sup> vgl. Benner (1994), S.62. Diese Bereiche sind: 1. Helfen, 2. Beraten und Betreuen, 3. Diagnostik und Patientenüberwachung, 4. Wirkungsvolles Handeln in Notfällen, 5. Durchführen und

und Bereiche entwickelte Benner durch eine situativ-interpretative Auswertung von Interviews und Beobachtungen von Krankenpflegepersonal im Krankenhaus. Weiter gibt Benner konkrete Empfehlungen, wie Pflegekompetenzentwicklung in den einzelnen Stufen gefördert werden kann. Dazu gehören die Bearbeitung von erfundenen bzw. in den höheren Kompetenzstufen von realen Fällen<sup>77</sup>, die Schilderung von Praxisbeispielen aus Expertensicht<sup>78</sup>, die gezielte Zusammenstellung der Teams nach Kompetenzniveau<sup>79</sup> sowie das systematische Beschreiben von kritischen Pflegesituationen durch Experten<sup>80</sup>.

Diese drei Autorinnen beschreiben Pflegekompetenz. Diese Beschreibungen sind von größerer Reichweite und betrachten nicht, wie in dieser Arbeit, ein spezielles Aufgabenfeld von Pflege. Pflegekompetenz ist bei den drei Autorinnen ein übergeordneter Begriff. Es wird das Phänomen der Pflegekompetenz beschrieben, aber nicht für einzelne Handlungsfelder der Pflege inhaltlich gefüllt. Die einzelnen Elemente der Pflegekompetenz werden als Komponenten (Olbrich) oder aber auch als Kompetenzen (Holoch, Benner) benannt, somit ist hier die uneinheitliche Begriffsverwendung am Beispiel belegt.

In dieser Arbeit wird hergeleitet, was Pflegekompetenz für das spezielle Aufgabenfeld Demenz sein kann. Zu diesem Zweck wird im folgenden eine Begriffsbestimmung vorgenommen und zugrunde gelegt, die als allgemein und übergeordnet angesehen werden kann und nicht der Pflegewissenschaft speziell entstammt. Die vorhergegangenen, pflegetheoretischen Aussagen werden in der weiteren Arbeit berücksichtigt, es soll hier jedoch gesondert eine inhaltliche Bestimmung des Begriffs der Kompetenz vorgenommen werden.

Nachfolgende Begriffsbestimmung wurde wegen ihrer Übersichtlichkeit aufgrund von Strukturierung und Zusammenfassung gewählt.

---

Überwachen von Behandlungen, 6. Überwachung und Sicherstellung der Qualität der medizinischen Versorgung, 7. Organisation und Zusammenarbeit, vgl. Benner, S.64

<sup>77</sup> vgl. Benner (1994), S.46f. und S.49

<sup>78</sup> vgl. Benner (1994), S.54

<sup>79</sup> vgl. Benner (1994), S.179

<sup>80</sup> vgl. Benner (1994), S.53

Gnahs beschreibt den Kompetenzbegriff als umfassenden Ansatz, mit dem simultan drei Ziele erreicht werden sollen:<sup>81</sup>

- Persönliche Entfaltung
- Gesellschaftliche Teilhabe
- Beschäftigungsfähigkeit

Gnahs gibt genaue Definitionen der Begrifflichkeiten:

„**Kompetenz** ist die Fähigkeit zur erfolgreichen Bewältigung komplexer Anforderungen in spezifischen Situationen. Kompetentes Handeln schließt den Einsatz von Wissen, von kognitiven und praktischen Fähigkeiten genauso ein wie soziale und Verhaltenskomponenten (Haltungen, Gefühle, Werte, Motivationen). Eine Kompetenz ist also zum Beispiel nicht reduzierbar auf ihre kognitive Dimension, sie beinhaltet mehr als das.“<sup>82</sup>

Dagegen ist **Qualifikation** die Bündelung von Wissensbeständen und Fähigkeiten, die in organisierten Bildungsprozessen vermittelt werden. Allerdings beschränkt sich die Vermittlung auf das aktuelle Vorhandensein prüfungsrelevanter Kenntnisse und Fähigkeiten, da die vermittelte Qualifikation durch Prüfungen evaluiert und testiert wird. Ein Nachweis des Transfers des Erlernten in die Berufspraxis erfolgt nicht.<sup>83</sup>

Der Kompetenzbegriff beinhaltet nach Gnahs fünf Bausteine:

Die Komponente **Wissen** meint Kenntnisse von Fakten und Regeln, die abrufbar zur Verfügung stehen. Die individuellen Wissensbestände variieren durch Vergessen, Veralterung von Wissen und durch das Hinzufügen von neuen Wissensbeständen.<sup>84</sup>

Im Gegenzug zum Wissen wird bei der Komponente **Fertigkeiten** auf die sensumotorischen Aspekte abgestellt. Fertigkeiten können eingeübt oder verbessert, aber auch verlernt werden. Beispiele wären das Verabreichen einer

---

<sup>81</sup> vgl. Gnahs (2007), S.12

<sup>82</sup> OECD: The Definition and Selection of Key Competencies. Executive Summary. S.4  
<http://www.oecd.org/dataoecd/47/61/35070367.pdf> ; übersetzt und zitiert bei Gnahs (2007), S.21f.

<sup>83</sup> vgl. Gnahs (2007), S.22

<sup>84</sup> vgl. Gnahs (2007), S.25

Subcutaninjektion aber auch das Beurteilen einer Körpersekretion durch Ansehen. Der Fertigkeitbegriff beinhaltet die Nutzung aller Sinne.<sup>85</sup>

Der Begriff **Dispositionen** meint Persönlichkeitseigenschaften. Die Persönlichkeit soll mit Hilfe von Kategorisierung erfassbar gemacht werden. Der Einsatz von Kategorien wie den „Big Five“<sup>86</sup> ist umstritten, jedoch konnten sie in diversen Studien validiert werden. Die Dispositionen sind vergleichsweise stabil, neurowissenschaftliche Studien sagen aus, dass der Prozess der Persönlichkeitsbildung mit der Pubertät abgeschlossen ist und nur noch unter extremen Bedingungen Änderungen stattfinden.<sup>87</sup> Bei Akzeptanz dieser Tatsache wären die Dispositionen tatsächlich ein Element der Kompetenz, das die Entwicklungsfähigkeit von Kompetenzen einschränkt.

Bei der Komponente **Werte** handelt es sich um Haltungen und Einstellungen, die eine Person individuell entwickelt. Beeinflussend können Faktoren wie familiäre, kulturelle oder politische Kontexte sein, sowie Religion und anderes.<sup>88</sup> Doch auch organisatorische Kontexte können Einfluss nehmen, und somit besteht eine Veränderbarkeit durch den Arbeitgeber oder auch die Kollegen. Somit sind Werte als Komponente der Kompetenz zu Teilen beeinflussbar, je nachdem, an welchen Faktoren der Einzelne seine persönlichen Werte ausrichtet.

Als letzte Komponente ist die **Motivation** eine die Kompetenz beeinflussende Größe. Motivation sind handlungsanregende Interessen oder Emotionen. Motivation kann intrinsisch (Widmung einer Sache um ihrer selbst willen) oder extrinsisch (Widmung einer Tätigkeit wegen der Konsequenzen) beeinflusst sein.<sup>89</sup>

Der Begriff der **Fähigkeit** ähnelt dem Kompetenzbegriff am meisten. In dieser Arbeit wird der Fähigkeitsbegriff enger gefasst als der Kompetenzbegriff und bedeutet die Zusammenfassung bzw. das Zusammenspiel von Wissens- und Fertigkeitkomponenten. Ein Beispiel wäre die Lesefähigkeit als Zusammenspiel von der Fertigkeit zur Produktion von Sprachlauten und dem Wissen um

---

<sup>85</sup> vgl. Gnahs (2007), S.25

<sup>86</sup> Die fünf Kategorien sind „Neurotizismus“ (emotionale Stabilität), „Extraversion“ (Offenheit gegenüber anderen), „Verträglichkeit“, „Gewissenhaftigkeit“ und „Offenheit für neue Erfahrungen“, vgl. Gnahs (2007), S.26

<sup>87</sup> vgl. Gnahs (2007), S.25

<sup>88</sup> vgl. Gnahs (2007), S.26

<sup>89</sup> vgl. Gnahs (2007), S.26f.; Zimbardo (1995), S.439

Bedeutung von Wörtern, Satzzeichen und Satzbauregeln. Somit ist der Fähigkeitsbegriff so etwas wie ein Oberbegriff für Kenntnisse und Fertigkeiten.<sup>90</sup>

Diese Aufschlüsselung des Kompetenzbegriffs macht also deutlich, inwiefern der Kompetenzentwicklung durch äußeren Einfluss, in diesem Fall der Personalarbeit durch Fortbildung, Grenzen gesetzt sind. Eine umfassende Kompetenzentwicklung ist somit nicht zu gewährleisten. Allerdings bieten Teilbereiche der Kompetenz gute oder sehr gute Aussichten, durch Schulungsmaßnahmen verbessert zu werden. Die Aufteilung in die fünf Komponenten gibt Hilfestellung bei der Einschätzung, welche der Anforderungen, die von Seiten der Fachleute an die Pflegepersonen der Menschen mit Demenz gestellt werden, mit Aussicht auf Erfolg entwickelt werden können.

## ***2.6 Identifikation der Kompetenzen für die Pflege von Menschen mit Demenz***

In der Fachliteratur werden an mehreren Orten Hinweise auf Fähigkeiten, Kompetenzen oder auch Eigenschaften gegeben, über die Pflegepersonen bei der Pflege von Menschen mit Demenz verfügen müssen. So gibt auch Kitwood Hinweise auf Anforderungen an eine Betreuungsperson.<sup>91</sup> Vorangehend fordert Kitwood, dass Betreuungspersonen in der Pflege „freie Aufmerksamkeit“ geben müssen. Das bedeutet, für jemanden ohne Störungen von innen und außen präsent sein zu können. Das Gegenüber muss ohne Vorurteile und von Projektionen getragenen Reaktionen wahrgenommen werden. Das Vermitteln dieser freien Aufmerksamkeit ist schwierig, aber von entscheidender Bedeutung. Da Demenz universelle Ängste aktiviert<sup>92</sup>, ist es besonders wahrscheinlich, dass Störungen von innen, der „eigene Ballast“, der Pflegeperson im Wege stehen und ein Präsentsein erschweren oder verhindern.<sup>93</sup> Somit ist Bedingung, dass die Pflegeperson ihrem „Ballast“, also den eigenen Ängsten, Verletzlichkeiten oder Schmerzen, ins Auge sieht und sich damit auseinandersetzt. Im Präsentsein sieht Kitwood die Qualität, die allen echten Beziehungen und jeder Ich-Du-Begegnung

---

<sup>90</sup> vgl. Gnahs (2007), S.27

<sup>91</sup> vgl. Kitwood (2005), S.171ff.

<sup>92</sup> Vgl. Kitwood (2005), S.172

<sup>93</sup> vgl. Kitwood (2005), S.172

zugrunde liegt.<sup>94</sup> Diese Anforderung beschreibt eine Art des Seins. Spezifischer auf Handlungen zugeschnitten, beschreibt Kitwood zwölf Interaktionsarten<sup>95</sup>. Um diese erfüllen zu können bedarf es nach Kitwood einer hoch entwickelten Person, die offen, flexibel, kreativ, mitfühlend und reaktionsbereit ist und sich innerlich wohl fühlt.<sup>96</sup> Im Pflegealltag muss die Pflegekraft einen Weg finden, mit den verschiedenen Anforderungen, die sich teilweise gegenseitig im Weg stehen, zurechtzukommen. Außerdem müssen kompetente Pflegekräfte die Schwächen anderer Kollegen ausgleichen. Darüber hinaus müssen in anderen Bereichen des Gesundheitssystems entstandene Folgen mitgetragen werden, wie beispielsweise nach einem Krankenhausaufenthalt.<sup>97</sup> Im Idealfall sind Pflegekräfte offen für die Komplexität der Aufgaben, ohne auf schnelle, kurzfristige Notbehelfe zu drängen. Dies erfordert eine außergewöhnlich hohe psychische Widerstandskraft.<sup>98</sup>

Kitwoods Anforderungen sind gut hergeleitet aus dem von ihm erstellten Bild der Demenz. Allerdings sind die Anforderungen für eine Übertragung auf ein Kompetenzprofil für die Pflegekraft zu wenig systematisiert und konkretisiert. Darüber hinaus werden größtenteils Anforderungen an die Person, also personengebundene Kompetenzen gefordert, deren Entwicklungsfähigkeit im Rahmen von Schulungsmaßnahmen fraglich ist. Im Gegenzug werden die Anforderungen an Wissen und Fertigkeiten der Pflegepersonen bei Kitwood eher vernachlässigt.

Da entwicklungsfähige Kompetenzen im Interesse dieser Arbeit stehen, wurde nach einer anderen Auflistung von Kompetenzen für die Pflege von Menschen mit Demenz gesucht.

Aufgrund der Systematik und inhaltlichen Ergiebigkeit sowie der Fokussierung auf die schulbaren Kompetenzen wird in dieser Arbeit die Auflistung der „besonderen Anforderungen an die Pflege von Demenzkranken“ aus dem vierten Bericht zur Lage der älteren Generation der Bundesregierung und die diesem Bericht zugrunde liegende Expertise<sup>99</sup> als Grundlage herangezogen. Sie ergänzt Kitwoods Darlegungen, ohne ihnen zu widersprechen, die Autorinnen der

---

<sup>94</sup> vgl. Kitwood (2005), S.173

<sup>95</sup> Siehe Kapitel 2.3.4.2

<sup>96</sup> vgl. Kitwood (2005), S.174

<sup>97</sup> vgl. Kitwood (2005), S.175

<sup>98</sup> vgl. ebd.

<sup>99</sup> Schwerdt/Tschainer (2002)

Expertise zum vierten Altenbericht beziehen sich selbst auf Kitwoods theoretische Erkenntnisse. Der vierte Altenbericht benennt sieben Kompetenzen: Soziale Kompetenz zur Beziehungsgestaltung, selbstreflexive Kompetenz, klinische Beurteilungskompetenz, Kompetenz zum ethischen Urteil, Kenntnisse und Handlungskompetenz hinsichtlich pflegerischer Maßnahmen, Managementkompetenz und personenbezogene Kompetenzen. Die Kompetenzen sollen als performative Kompetenzen verstanden werden, also als solche Kompetenzen, die den Praxis-Theorie-Praxis-Transfer ermöglichen, damit theoretische Konzepte individuell und der Situation angemessen angewendet werden.<sup>100</sup> Den beschriebenen Kompetenzbereichen setzen Schwerdt/Tschainer zunächst grundlegende Kenntnisse voraus:<sup>101</sup>

- Kenntnisse der Wert- und Zielorientierung der Pflege des Menschen mit Demenz
- Epidemiologische Daten zum Erkennen der gesellschaftlichen Bedeutung
- Soziologisches Wissen über Stigmatisierung von Pflegenden, die mit Menschen mit Demenz arbeiten
- Wissen um die Gefahr der Verzerrung des allgemeinen Fremdbildes Älterer durch das stetige vor Augen haben von Pflegebedürftigen
- Wissen um das niedrigere Prestige der Altenpflege im Vergleich zur Pflege im Akutversorgungsbereich sowie die Auseinandersetzung damit
- Kenntnis des Spektrums der pflegerischen Interventionsmöglichkeiten
- Kenntnis von institutionellen und informellen Angeboten
- Kenntnisse der gesetzlichen und finanziellen Rahmenbedingungen
- Psychologische Erkenntnisse über Stress und Bewältigung
- Bedeutung von Kontinuität
- Entwicklungspsychologische Grundlagen
- Kenntnisse des Pflegeprozesses
- Personenorientierung und Bedeutung der Interaktion
- Pflege und Einbeziehung des sozialen Umfeldes
- Wissen um das Krankheitserleben
- Pflege- und psychodiagnostische Grundlagen

---

<sup>100</sup> vgl. Schwerdt/Tschainer (2002), S.254

<sup>101</sup> vgl. Schwerdt/Tschainer (2002), S.252f.

- Kenntnisse der Krankheitsstadien und Abgrenzung zu anderen Krankheitsbildern (z.B. Depression)

Nach dieser Zusammenfassung des Grundlagenwissens werden nun die Kompetenzen beschrieben:

### **2.6.1 Soziale Kompetenz zur Beziehungsgestaltung<sup>102</sup>**

Das Gestalten einer tragfähigen Beziehung ist von besonderer Bedeutung. Um diese Beziehung gestalten zu können, muss ein Perspektivenwechsel vorgenommen werden können, um die Pflegesituation aus Sicht des Pflegebedürftigen beurteilen zu können. Hierfür sind allgemeine Kenntnisse über die Geschichte der Alterskohorte sowie spezielle Kenntnisse über die Biographie des einzelnen von Vorteil. Tagesschwankungen in den Fähigkeiten sowie Befindlichkeiten müssen von der Pflegekraft erspürt werden.

Der Altenbericht empfiehlt die Unterstützung der Mitarbeiter bei der Vornahme des Perspektivenwechsels durch die Schaffung von Bearbeitungsmöglichkeiten (z.B. Supervision).

### **2.6.2 Selbstreflexive Kompetenz<sup>103</sup>**

Pflegenden müssen bereit sein, bisherige Kenntnisse und Fertigkeiten als vorläufig zu betrachten. Eigene Erfahrungen müssen stets als vorläufig betrachtet und infrage gestellt werden können. Um dieses sicherzustellen, müssen bewusste „Reflexionspausen“ eingelegt werden.

Es wird empfohlen, die Selbstreflexion zu unterstützen, z.B. durch Supervisionsgruppen.

### **2.6.3 Klinische Beurteilungskompetenz<sup>104</sup>**

Die Pflegekraft sollte in der Lage sein, den Pflegebedarf des Menschen mit Demenz erheben zu können. Hierzu zählt neben seinem Zustand auch sein Handlungs- und Bewältigungspotential. Hierbei muss die Individualität des Einzelnen im Fokus stehen, Stereotypisierungen sind problematisch. Pflegende

---

<sup>102</sup> vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.2002), S.282f.;ebenso Schwerdt/Tschainer (2002), S.254, 257

<sup>103</sup> vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.2002), S.283;ebenso Schwerdt/Tschainer (2002), S.254

<sup>104</sup> vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.2002), S.283;ebenso Schwerdt/Tschainer (2002), S.256f.

müssen über ein differenziertes klinisches Urteilsvermögen verfügen und bedeutsame Unterschiede erkennen. Auch bei dem Erkennen von und Reagieren auf Ursachen von Verhalten ist Beurteilungskompetenz von Nöten, um bedürfnisgerecht handeln zu können. Weiter muss bei der Pflege in der Häuslichkeit die gesamte Situation beurteilt werden können, z.B. die Potentiale und Belastungen der Angehörigen oder Optimierungspotentiale des häuslichen Umfeldes. Eigene Grenzen müssen erkannt werden, und bei Bedarf sollen andere Professionen hinzugezogen werden.

#### **2.6.4 Kompetenz zum ethischen Urteil<sup>105</sup>**

Wenn fachlich notwendige Maßnahmen verweigert werden, ergeben sich für die Pflegekraft ethische Dilemmata. Beim Menschen mit Demenz verhindern Pflegekräfte Eigen- und Fremdgefährdung. Dennoch muss die größtmögliche Selbstbestimmung des Menschen mit Demenz angestrebt werden. Hierbei ist von Fall zu Fall zwischen der Autonomie des Patienten und der notwendigen Durchführung pflegerischer Maßnahmen zur Abwendung weit reichender negativer Folgen für die Gesundheit abzuwägen. Dafür benötigt die Pflegekraft ethisches Urteilsvermögen.

#### **2.6.5 Kenntnisse und Handlungskompetenz hinsichtlich pflegerischer Maßnahmen<sup>106</sup>**

Hiermit sind Kenntnisse gemeint, die traditionell im Mittelpunkt der Berufsausbildung stehen, die aber nicht auf technisch korrekte Abläufe reduziert werden können. Dies gilt für den Pflegebedürftigen mit Demenz im Besonderen, da z.B. die morgendliche Waschung hohe Anforderungen an den Menschen mit Demenz stellt und somit eine Stresssituation bedeutet. Mit dieser komplexen Situation muss die Pflegekraft kreativ umgehen, um Gefühle des Versagens und Überforderung für den Pflegebedürftigen zu vermeiden. Der Altenbericht empfiehlt Kenntnis und Anwendung der Methode der Validation mit den Elementen der klientenzentrierten Gesprächsführung nach Rogers als deren Grundlage. Die Kenntnis von verbal und körpersprachlich angemessener Kommunikation gehören

---

<sup>105</sup> vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.2002), S.283;ebenso Schwerdt/Tschainer (2002), S.256f.

<sup>106</sup> vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.2002), S.283f.;ebenso Schwerdt/Tschainer (2002), S.255

dazu. Darüber hinaus gehören zu den pflegerischen Tätigkeiten Beratung und Anleitung nicht nur der Pflegebedürftigen, sondern auch der Personen im direkten Umfeld. Möglichkeiten weiterer Hilfen z.B. Hilfsmittel oder Möglichkeiten der Finanzierung müssen aufgezeigt werden können. Zusammenfassend benötigt die Pflegekraft Methodenkenntnisse in Beratung und Anleitung.

### **2.6.6 Managementkompetenz<sup>107</sup>**

Das Managen der Pflege und Betreuung eines Menschen mit Demenz im Sinne der Prozessverantwortung und –steuerung stellen laut Altenbericht die zentralen Aufgaben und Verantwortungsbereiche der professionellen Pflege dar. Die Delegation von Aufgaben an Hilfskräfte muss vom Einzelfall abhängig gemacht werden, nicht von der Art der Tätigkeit. So ist beispielsweise die Durchführung der Körperpflege bei einem bestimmten Pflegebedürftigen auf Hilfskräfte übertragbar, jedoch nicht grundsätzlich bei allen zu Pflegenden. Eine weitere Rolle spielt die Fähigkeit für das Managen der zeitlichen Ressourcen. Der Mensch mit Demenz reagiert auf Stress und Unruhe bei knappen Zeitressourcen.<sup>108</sup> Die gegebene Zeit auch in Phasen der Personalknappheit für die Pflegebedürftigen optimal einzuteilen, ist die Aufgabe an die Pflegekraft. Weiter ist die Gestaltung des Tagesablaufs und des Milieus ein Bestandteil der Managementkompetenz. Als Ziel hierbei sind im Altenbericht eine Stabilität in der Tagesstruktur sowie die Möglichkeit von Sinneserfahrungen und Akzeptanz angegeben. Die Kooperationskompetenz wird benötigt, da Pflegenden ein Verlaufsmanagement sicherstellen sollen und hierbei eine Stellvertreterrolle für den Menschen mit Demenz einnehmen. Die Übergänge in der Pflegebedürftigkeitskarriere sollen durch die Pflegenden begleitet werden.

### **2.6.7 Personengebundene Kompetenzen<sup>109</sup>**

Die personengebundenen Kompetenzen sind als eine Sondergruppe zu sehen, da sie an die einzelne Person gebunden gesehen werden und somit nur schwer oder gar nicht erlernbar sind. Die Pflegeperson bringt diese Kompetenzen im Idealfall

---

<sup>107</sup> vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.2002), S.284f.; ebenso Schwerdt/Tschainer (2002), S.255

<sup>108</sup> vgl. Lind (2000), S.57

<sup>109</sup> vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.2002), S.285; ebenso Schwerdt/Tschainer S.258ff.

also mit. Diese Aufzählung wird im späteren Verlauf der Arbeit vernachlässigt, da es um erlernbare Kompetenzen gehen wird.

Als Fähigkeiten, über die eine Pflegeperson verfügen sollte gelten:

- die Motivation, sich mit Menschen zu beschäftigen, die die kulturellen Kommunikationsregeln nicht mehr beachten können
- eine Toleranz und auch Wertschätzung der besonders großen, psychischen und körperlichen Nähe in der Arbeit mit dem Menschen mit Demenz
- die Bereitschaft und Fähigkeit zur „warmen Sorge“, in der die eigene Persönlichkeit zur Geltung gebracht wird
- eine hohe Beziehungsfähigkeit, getragen von Authentizität und Wertschätzung
- eine hoch entwickelte moralische Haltung mit maximaler Toleranz dem Menschen mit Demenz gegenüber
- die Neugierde auf den Menschen mit Demenz und die Bereitschaft, ihm in seinem Erleben wohl zu tun
- die ständige Korrektur der eigenen Person, um nicht persönliche Werte und Normen zu verallgemeinern
- Flexibilität, Kreativität und assoziatives Denken
- eine hohe Chaos- und Frustrationstoleranz
- Beherrschung von Ekelgefühlen
- der Umgang mit stigmatisierenden Erfahrungen im Umgang mit anderen Berufsgruppen oder Angehörigen
- Kenntnisse über Strategien zum Stressmanagement
- Humor

Dieser Bereich der personengebundenen Kompetenzen spielt nicht nur im Altenbericht eine Rolle, sondern auch bei anderen Autoren, die Anforderungen an die Pflege- bzw. Betreuungspersonen von Menschen mit Demenz formulieren.<sup>110</sup>

Es spielt die grundlegende Frage eine Rolle, ob das Miteinander erlernbar ist, und inwieweit Einstellungen zum anderen, also das eigene Menschenbild veränderbar sind. So finden sich z.B. auch bei Carl Rogers, der vom Therapeuten Empathie, Kongruenz und Akzeptanz bzw. Wertschätzung des Klienten fordert, um eine

---

<sup>110</sup> Siehe Bosch (1998), Kitwood (2005) etc.

klientenzentrierte Gesprächstherapie gelingen zu lassen, Abschnitte darüber, wie ein Therapeut ausgebildet werden kann, welche der drei Vorgaben seiner Einschätzung nach entwickelt werden können.<sup>111</sup> Dass nicht abschließend festgestellt werden kann, inwiefern und inwieweit Einstellungen und Haltung von außen, sprich durch Personalentwicklungsmaßnahmen beeinflusst werden können, ist insofern von Bedeutung, als dass sich mit einer Klärung dieser Frage der Kreis der entwickelbaren Kompetenzen vergrößern könnte. In dieser Arbeit wird die Einschränkung, die der Altenbericht vorgibt, übernommen.

Im Weiteren werden daher die ersten sechs Kompetenzen fokussiert. Ihre Entwicklung wird als möglich vorausgesetzt und angestrebt. Daher ist der nächste Schritt die Auswahl einer geeigneten Methode.

---

<sup>111</sup> vgl. Rogers (2004), S193

## 3. Die Methode zur Kompetenzentwicklung

### 3.1 Die Auswahl der Methode

Zur fachlichen Qualifizierung der Mitarbeiter und zur Erfüllung leistungsrechtlicher Vorgaben werden jährlich hohe Summen für Fortbildungsmaßnahmen ausgegeben. In vielen Fällen kann der Erfolg dieser Maßnahmen kritisch hinterfragt werden. Nach wie vor wird den meisten Fortbildungskonzepten ein Lernverständnis zu Grunde gelegt, dass das Lernen als kognitiven Akt versteht, in dem es um Informationsaufnahme und –verarbeitung geht.<sup>112</sup> Auch in den gerontopsychiatrischen Fachweiterbildungslehrgängen werden überwiegend lediglich Wissensbestände vermittelt.<sup>113</sup> Der Transfer dieses Wissens in das Handeln soll durch kognitive Verarbeitungsleistung erfolgen.<sup>114</sup> Unter Transfer wird der Vorgang verstanden, in dessen Rahmen die Übertragung von in einem Zusammenhang Gelerntem auf einen anderen Zusammenhang erfolgt.<sup>115</sup> Dass dieses nicht oder schlecht gelingt, äußert sich darin, dass fortgebildete Mitarbeiter im Handeln keine Fortschritte aufweisen und auch selber das Gefühl haben, nicht vorangekommen zu sein. Dieses führt bei manchen Mitarbeitern sogar zu einer ausgewiesenen Fortbildungsmüdigkeit. Diese Erkenntnis berücksichtigen Autoren neuerer pflagedidaktischer Literatur. So findet man zum Beispiel das Konzept des situierten Lernens (Holoch). Es besagt, dass sich das Wissen nicht nur in den Köpfen der Menschen abspielt, sondern immer im sozialen Kontext eingebunden ist (situiert).<sup>116</sup> Gelernt wird von Experten und zwar dann, wenn deren Wissen zeitnah an realen Problemen dargestellt wird, zum Beispiel in der Bearbeitung von Fallgeschichten<sup>117</sup>. Bedeutsam ist für den gelingenden Wissenstransfer, dass Gekanntes oder Erkanntes mit der Perspektive anderer in Verbindung gesetzt wird.<sup>118</sup> Dies soll die gesuchte Methode ermöglichen.

Dass von Experten gelernt wird, vertritt auch Benner. Sie empfiehlt die Anleitung durch, im Kompetenzniveau höher einzustufende, Kollegen. Pflegende auf den

---

<sup>112</sup> vgl. Wissmann (2004), S.60

<sup>113</sup> vgl. beispielsweise Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe

<sup>114</sup> vgl. Wissmann (2004), S.62

<sup>115</sup> vgl. Wittneben (2002), S.88

<sup>116</sup> vgl. Wissmann (2004), S.63, Holoch (2002a), S.35

<sup>117</sup> Es liegen vielfältige Möglichkeiten der Falldefinition und Fallbearbeitung vor. Die Typologie fallbezogener Methoden und deren Einsatz findet sich beispielsweise bei Steiner (2004), S. 173ff.

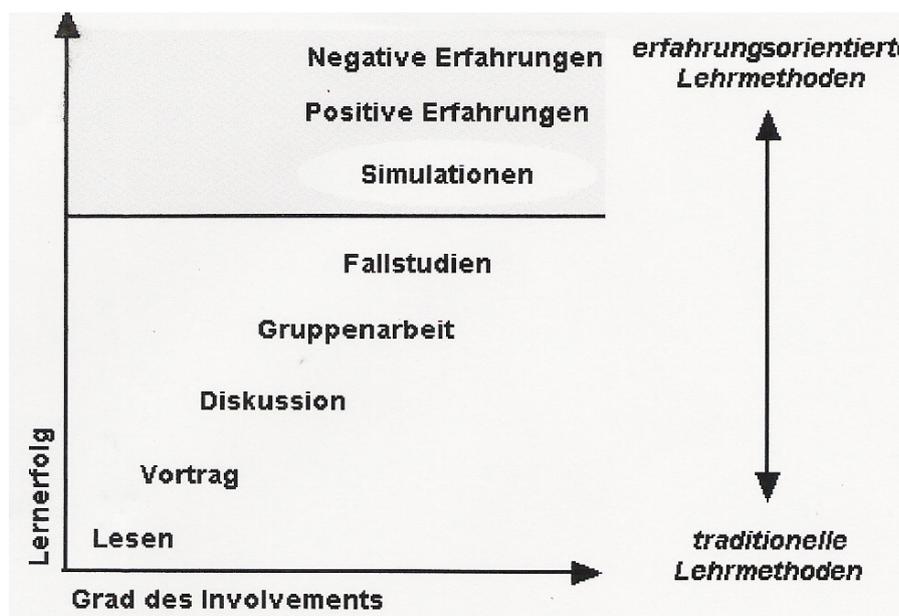
<sup>118</sup> vgl. Wissmann (2004), S.64

höchsten beiden Kompetenzniveaus können Nutzen aus dem Austausch untereinander ziehen.<sup>119</sup>

Eine ausführliche theoretische Begründung der fallorientierten Didaktik findet sich bei Hundenborn, die den Schluss zieht, „dass Kompetenz und Kompetenzentwicklung nicht als abstrakte Befähigung verstanden werden, sondern vielmehr gebunden sind an Pflege- und Lebenssituationen“<sup>120</sup>.

Ein weiterer Aspekt bei der Auswahl der Methode war der Aktivitätsgrad der Teilnehmer. Grundannahme ist, dass der Lernerfolg bei ansteigendem Aktivitätsgrad zunimmt. Meixner beschreibt den vergleichsweise hohen Erfolg der eher aktiven Methode Gruppendiskussion gegenüber der eher passiven Methode des Zuhörens eines Vortrages.<sup>121</sup>

Auch an anderen Stellen wird bezüglich des Lernerfolgs auf die Überlegenheit der erfahrungsbezogenen Lehrmethoden gegenüber den traditionellen Lehrmethoden verwiesen:



**Abbildung 3: Involvement bei unterschiedlichen Lehrmethoden**  
Quelle: Haas, Meixner, Online, 13.07.2008.

Wißmann, dessen Qualifizierungsprogramm „Brücken bauen zum Menschen mit Demenz“ auf der Kritik an bisherigen Fortbildungsansätzen basiert, legt der

<sup>119</sup> vgl. Benner (1994), S.178f.

<sup>120</sup> Hundenborn (2006), S.8

<sup>121</sup> vgl. Meixner (1995), S. 70

Fortbildung im Bereich der Pflege des Menschen mit Demenz Annahmen zu Grunde, die die bisher formulierten Anforderungen bestätigen und ergänzen:<sup>122</sup>

- Das Konzept der personenzentrierten Pflege von Tom Kitwood mitsamt aller Elemente wird zu Grunde gelegt.
- Pflegende tragen ein enormes intuitives Wissen in sich.<sup>123</sup> Dieses Wissen kann an andere weitergegeben und somit nutzbar gemacht werden.
- Lehren und Lernen erfolgt vom Konkreten zum Allgemeinen
- Im Mittelpunkt steht die Arbeit an Haltungen und Sichtweisen, die Entwicklung neuer Blickrichtungen und die Beachtung verschiedener Perspektiven.
- Die eigene Person muss stets miteinbezogen werden, da die Begleitung von Menschen mit Demenz vor allem Beziehungsarbeit ist.
- Elemente des „Trainings on the job“<sup>124</sup> sind notwendig.
- Das Ziel der Fortbildung ist, die Teilnehmer zu Veränderungen im Sinne von Verbesserungen in ihrer Arbeitspraxis zu befähigen.

Wegen der möglichen Erfüllung der geforderten, beschriebenen Kriterien durch die Durchführung von Fallarbeit<sup>125</sup> wurde diese Methode, die multiperspektivische Fallarbeit, ausgewählt. Die Chance, von Pflegenden mit höherem Kompetenzniveau zu lernen ist gegeben, wenn die Gruppe der Teilnehmer heterogen ist (z.B. nehmen nicht nur Anfänger teil, sondern auch Pflegenden mit unterschiedlich viel Berufserfahrung). Auf die Erfüllung dieser Anforderung ist bei der Anwendung der Methode zu achten. Die Nähe zum realen Berufsalltag ist durch die Einbringung eines realen Falles gegeben. Die Methode erfordert zudem das aktive Einbringen der Teilnehmer. Das Einbringen der eigenen Person wird erlangt durch die Vorgabe der Betrachtung der Perspektive der Teilnehmer. Der geforderte Perspektivenwechsel ist fester Bestandteil der Methode. Die

---

<sup>122</sup> vgl. Wißmann (2004), S.64f.

<sup>123</sup> Dieses auch als „implizites“ Wissen betitelte Wissen findet sich schon seit geraumer Zeit in den Veröffentlichungen des Wissensmanagement und der Organisationsentwicklung. Grundannahme ist, dass wir mehr wissen, als wir ausdrücken können. Ausführlich: Polany (1985)

<sup>124</sup> Training-on-the-job bezeichnet Bildung, die unmittelbar am Arbeitsplatz vollzogen wird vgl. Olfert (1999), S.444

<sup>125</sup> Der Fall ist ein Beispiel aus der Praxis der Teilnehmer, das exemplarisch betrachtet wird, um zu allgemeinen Erkenntnissen zu kommen, die auf andere Fälle übertragbar sind. vgl. Wissmann (2004), S.71

multiperspektivische Fallarbeit ist nach Wißmann ein Element der Praxisberatung und somit des „Trainings on the job“.

Diese ausgewählte Methode wird im Folgenden beschrieben.

### **3.2 Die multiperspektivische Fallarbeit**

Die multiperspektivische Fallarbeit<sup>126</sup> wurde im Jahr 2000 an der Fachhochschule Frankfurt im Rahmen einer Projektarbeit als Methode zur Qualifikation von Pflegepersonen in einer „Wohngemeinschaft psychisch veränderter Menschen im Alter“ entwickelt.<sup>127</sup> Sie wurde von der sozialpädagogischen Fallarbeit<sup>128</sup> abgeleitet und spezifiziert. Der Ablauf wird durch ein Prozessschema mit vier Schritten vorgegeben.

Die Wechselwirkung mit der Berufspraxis wird berücksichtigt, indem der bearbeitete Fall dem Berufsfeld der teilnehmenden Mitarbeiter entnommen wird. Der Fall umfasst eine Situation mit einem Patienten, der damit zum Fallgeber wird. Die Teilnehmer bringen den Fall ein, dadurch wird in der Regel eine für die meisten als herausfordernd und schwierig empfundene Pflegesituation gewählt. Anhand eines vorliegenden Schemas wird der Fall nun bearbeitet, um zu Lösungen zu gelangen, wie die schwierige Situation erleichtert werden kann. Nach dem ersten Termin erproben die Teilnehmer die Erkenntnisse, um beim zweiten Termin die Erkenntnisse zu evaluieren und den Fall abzuschließen.

#### **3.2.1 Die vier Phasen der multiperspektivischen Fallarbeit**

##### Anamnese<sup>129</sup>

In der Anamnesephase wird der zu behandelnde Fall gesucht und gefunden. Vorschläge kommen von den Pflegepersonen, der Moderator unterstützt. Genannt werden kann, was als erörterungswürdig empfunden wird. Nach der Notierung der Vorschläge auf dem Flipchart regt der Moderator die Entscheidungsfindung an. Es wird zugunsten der Tiefe nur ein Fall pro Sitzung bearbeitet. Nach der Entscheidung werden möglichst viele Informationen über den Fall gesammelt. Alle Pflegepersonen, die Einblick in den Fall haben, tragen dazu bei; angestrebt wird eine hohe Informationsdichte, z.B. werden auch eventuell relevante biographische

---

<sup>126</sup> im weiteren auch verkürzt „Fallarbeit“ genannt

<sup>127</sup> vgl. Hennig (2004), S.106

<sup>128</sup> vgl. Müller (2006); in dieser Arbeit wird sich durchgängig auf die multiperspektivische Fallarbeit im Sinne Hennigs bezogen.

<sup>129</sup> vgl. Hennig (2004), S.111-113

Daten gesammelt. Der Moderator achtet darauf, dass nur beschrieben und nicht interpretiert wird. Der zeitliche Umfang der einzelnen Beiträge sollte im Rahmen bleiben. Nachdem die Pflegepersonen den Fall beschrieben haben, verfügt jeder Teilnehmer über umfangreiches Wissen zum Fall, und die zweite Phase beginnt.

### Diagnose<sup>130</sup>

In der Diagnosephase wird der Fall mit Hilfe der in der Anamnesephase gewonnenen Informationen analysiert und interpretiert. Ziel ist zu erkennen, warum die Situation so ist und welche Anteile die einzelnen Beteiligten haben. Wichtig ist das Erkennen, welche Bedeutung die beschriebene Situation für die Beteiligten hat. Damit verbunden werden in der Diagnosephase die Perspektiven der Beteiligten unterschieden. Diese Perspektiventrennung stellt eine sehr anspruchsvolle Aufgabe dar. Der Moderator muss dabei unterstützen und aufzeigen, wenn die Perspektiven sich vermischen. Ansonsten droht die Gefahr, dass die Werte und Normen der Pflegekräfte auf den Menschen mit Demenz übertragen werden. Durch das Herausarbeiten der Perspektive des Fallgebers wird dessen Situation sichtbar und bekommt Einfluss. Durch einen so geöffneten Blick gelingt es in der anschließenden Phase besser, die Interventionen auf die Bedürfnisse des Fallgebers auszurichten.

### Interventionsplanung<sup>131</sup>

Was zukünftig getan werden soll und wie gehandelt werden kann, ist Thema der Interventionsplanung. Auf der Grundlage der gewonnenen Einsichten der vorangegangenen Phasen werden Interventionen vorgeschlagen und diskutiert. Die Teilnehmer der Fallarbeit einigen sich auf Interventionen und vergeben Zuständigkeiten für deren Durchführung. Somit kann die Pflegekraft bei der Durchführung der Interventionen in der Praxis mit der Sicherheit handeln, dass jeder über ihr Tun informiert ist und sie im Konsens mit den Kollegen handelt. Dieses erleichtert eine Begründung des eigenen Handelns beispielsweise gegenüber Angehörigen oder Ärzten. Die Ergebnisse der Interventionsplanung werden schriftlich festgehalten. Sie bilden die Grundlage für die abschließende Evaluationsphase.

---

<sup>130</sup> vgl. Hennig (2004), S.113-116

<sup>131</sup> vgl. Hennig (2004), S.117f.

### Evaluation der Interventionen<sup>132</sup>

Nach einem vorher festgelegten Zeitraum erfolgt die Evaluation. Diese Phase wird bei Hennig so benannt. Es sei kurz darauf verwiesen, dass ihre Inhalte nicht die Anforderungen an Evaluation, wie sie an empirische Evaluation beschrieben werden, erfüllen.

Die nun für eine gewisse Zeit in der Praxis erprobten Interventionen werden hinsichtlich ihrer Wirkung auf Pflegeperson und den Fallgeber untersucht. So kann es durchaus sein, dass gewisse Interventionen auf den Fallgeber einen positiven Einfluss haben, die Pflegeperson sich aber mit der Intervention nicht wohl fühlt. Gemeinsam wird betrachtet, ob die Interventionen weiter übernommen werden oder Änderungen bzw. Anpassungen vonnöten sind. Eventuell neu dazukommende Informationen oder Beobachtungen können berücksichtigt werden. So kann die Evaluationsphase gleichzeitig der Auftakt einer erneuten Fallbearbeitung des selben Fallgebers sein. Ist dies nicht gewünscht, wird der Fall in der Evaluationsphase nach der Überprüfung und eventuellen Anpassung der Interventionen abgeschlossen.

### **3.2.2 Die Rahmenbedingungen**<sup>133</sup>

Der zeitliche Rahmen einer Fallarbeit wird mit 60-90 Minuten angegeben. Teilnehmen sollten möglichst alle Mitarbeiter eines Bereichs oder einer Einheit. Der Moderator sollte nicht in die Institution eingebunden sein, um Loyalitätskonflikte, Verantwortungsüberschneidungen oder Kontrollwirkung zu vermeiden. Der Moderator soll über einige vorformulierte Kompetenzen<sup>134</sup> verfügen, da der Erfolg der Methode nach Hennig „stark von den Fähigkeiten des Moderators abhängig“<sup>135</sup> ist.

---

<sup>132</sup> vgl. Hennig (2004), S.118-121

<sup>133</sup> vgl. Hennig (2004), S.124f.

<sup>134</sup> Zusammenfassend: Moderationstechniken und Fachwissen; vgl. Hennig (2004), S.122-124

<sup>135</sup> Hennig (2004), S.122

## 4. Die Praxisanwendung

Eine Evaluation der Wirksamkeit der multiperspektivischen Fallarbeit wurde noch nicht vorgenommen.<sup>136</sup> Die empirische Überprüfung der Wirksamkeit der Methode kann auch in dieser Arbeit nicht geleistet werden. Dennoch soll ein erster Einblick in die Durchführbarkeit und Eignung der Methode gewonnen werden. Zu diesem Zweck wurde die Methode einmalig mit Mitarbeitern eines ambulanten Pflegedienstes durchgeführt. Diese Mitarbeiter pflegen Bewohner einer Wohngemeinschaft für Menschen mit Demenz.

durch die Betrachtung dieser Durchführung kann eine erste Einschätzung vorgenommen werden.

### 4.1 Die Fragestellung und die Erhebungsmethoden

Die Durchführung der Fallarbeit wird unter der Vorgabe folgender Fragestellung betrachtet:

**Zeigen sich bei der Durchführung der multiperspektivischen Fallarbeit Indizien<sup>137</sup> dafür, dass die Methode geeignet ist, die sechs Kompetenzbereiche zu entwickeln?**

Der Beantwortung dieser Frage wird sich methodisch auf zwei Wegen genähert:

Zum einen erfolgt eine Auswertung der Videoaufzeichnung der durchgeführten Fallarbeit durch Beobachtung.

Zum anderen erfolgt eine Befragung der teilnehmenden Mitarbeiter nach Abschluss der Fallarbeit.

Für die einzelnen Herangehensweisen wurden jeweils konkretere Fragen aus der vorgegebenen Fragestellung abgeleitet.

---

<sup>136</sup> Schriftliche Auskunft per E-Mail durch Margret Müller, Professorin am FB4, FH-Frankfurt, vom 19.10.2007

<sup>137</sup> Indiz = Hinweis, Anzeichen. Vgl. Duden (1990)

## **4.2 Die praktische Durchführung der Fallarbeit**

### **4.2.1 Die teilnehmenden Mitarbeiter**

Die Fallarbeit wurde mit einigen Mitarbeitern eines ambulanten Pflegedienstes durchgeführt. Die an der Fallarbeit teilnehmenden Mitarbeiter sind in der Pflege und Betreuung von neun Menschen mit Demenz, die in einer Wohngemeinschaft leben, beschäftigt. Die Wohngemeinschaft befindet sich in Lübeck. Vermieter ist die Alzheimergesellschaft Lübeck und Umgebung e.V..<sup>138</sup> Die neun Bewohner befinden sich alle in einem fortgeschrittenen Prozess dementieller Entwicklung. Die Mitarbeiter des Pflegedienstes leisten eine 24stündige Versorgung mit Erbringung von Pflegeleistungen im Sinne des SGB XI sowie Betreuungsleistungen nach SGB XI und SGB XII. Darüber hinaus werden alle hauswirtschaftlichen Tätigkeiten bei Bedarf unterstützt oder übernommen. Die Arbeitszeit der Mitarbeiter ist im Schichtdienst geregelt. Im Früh- und Spätdienst werden die neun Bewohner von mindestens zwei Pflegekräften betreut, nachts ist eine Pflegekraft anwesend. Darüber hinaus stehen zusätzlich Praktikanten und Ehrenamtliche zur Verfügung, die die Arbeit des Pflegedienstes sinnvoll ergänzen. Die Alzheimergesellschaft Lübeck und Umgebung e.V. übernimmt neben den Angehörigen und Betreuern der Bewohner eine Kontroll- und Beratungsfunktion bezüglich der Qualität der Pflege. Der Anspruch orientiert sich an den neusten Erkenntnissen zum Thema Pflege von Menschen mit Demenz<sup>139</sup> und ist als hoch einzuschätzen.

Es nahmen sechs Mitarbeiter an den beiden Terminen der Durchführung teil. Die Gruppe bestand aus zwei examinierten Altenpflegerinnen, einer Heilerzieherin, zwei ungelernten Mitarbeiterinnen mit allgemeiner Pflegeerfahrung, von denen eine die Ausbildung zur Präsenzkraft für die Pflege von Menschen mit Demenz absolviert hat, sowie einer Altenpflegeschülerin im ersten Lehrjahr. Zwei der Teilnehmerinnen sind länger als zwei Jahre in der Wohngemeinschaft tätig, die übrigen kürzer als zwei Jahre. Hiermit ist die Vorgabe der Heterogenität der Gruppe erfüllt. Eine individuelle Einschätzung des Kompetenzniveaus des

---

<sup>138</sup> Es handelt sich um eine ambulant betreute Wohngemeinschaft, bei der Vermietung der Wohnung und Erbringung der Pflegeleistungen in zwei unterschiedlichen Händen liegen muss, um den Status der ambulanten Pflege zu erhalten und nicht unter das Heimgesetz zu fallen. Zur Einteilung der verschiedenen Formen von Haus- und Wohngemeinschaften siehe z.B. Pawletko (2003), S. 92f.

<sup>139</sup> siehe beispielsweise Deutsche Alzheimer Gesellschaft (2003)

einzelnen Mitarbeiters liegt nicht vor, es wird jedoch vorausgesetzt, dass Berufserfahrung im Feld Demenz zu Kompetenzerhöhung geführt hat.

Die Mitarbeiter nehmen an vom Pflegedienst vierteljährlich angebotenen Fortbildungen (interne Fortbildungseinheiten im Rahmen von 1,5 Stunden) zum Thema Demenz teil. Über spezifische Fortbildungen z.B. Validation verfügt keine der teilnehmenden Mitarbeiterinnen. Eine der examinierten Altenpflegerinnen hat ein Jahr zuvor die Fortbildung zur Mentorin absolviert. Die Teilnehmer wurden bewusst ausgewählt und angesprochen. Es war Ziel, eine im Bezug auf das Wissen und Können heterogene Gruppe zusammenzustellen. Zwei weitere langjährige Mitarbeiter sagten die Teilnahme ab, wodurch die im Kompetenzgrad niedriger anzusiedelnden Teilnehmer denen mit höher erwarteter Kompetenz gegenüber in der Überzahl waren. Die Teilnahme erfolgte auf freiwilliger Basis. Die Zeit wurde als Arbeitszeit vergütet. Alle Mitarbeiter reagierten offen und interessiert auf die Einladung. Im Mitarbeiterteam besteht schon seit längerer Zeit der Wunsch, einen Rahmen zu finden, um sich außerhalb der Wohngemeinschaft austauschen zu können.

#### **4.2.2 Die Moderation**

Die Moderation der Fallarbeit wurde von der Autorin übernommen. Da die Autorin vor Inanspruchnahme des Erziehungsurlaubs im Betrieb als stellvertretende Pflegedienstleitung tätig war, wird die vorgegebene Forderung nach Neutralität des Moderators nicht erfüllt. Aus Ermangelung anderer Praxisfelder wurde dieser Umstand in Kauf genommen. Die Gefahr von Loyalitätskonflikten, Kontrollwirkung und Verantwortungsüberschneidung, die bei mangelnder Neutralität der Moderatorin zu befürchten sind, wird in diesem Fall dadurch abgeschwächt, dass seit knapp einem Jahr von Seiten der Moderatorin keine Tätigkeit im Betrieb ausgeführt wurde. Zudem nahmen drei der sechs, an der Fallbesprechung teilnehmenden, Mitarbeiterinnen ihre Tätigkeit im Betrieb erst nach Ausscheiden der Autorin auf und waren der Moderatorin somit nicht persönlich bekannt.

Die fachliche Kompetenz der Moderatorin kann durch die theoretische Auseinandersetzung mit dem Thema der Pflege bei Demenz im Rahmen des Studiums und dieser Diplomarbeit sowie der begleitenden Berufstätigkeit mit demselben Schwerpunkt als ausreichend angesehen werden.

### **4.2.3 Der Ablauf und die Inhalte**

Die Fallarbeit wurde, wie vorgesehen, an zwei Terminen durchgeführt. Der zeitliche Abstand zwischen den beiden Terminen betrug fünf Wochen.

Einleitend stellte die Moderatorin sich vor und beschrieb zusammenfassend den Ablauf der Fallarbeit. Über die Gründe und den Zweck der Durchführung wurde nur die Erprobung der Methode im Rahmen der Diplomarbeit genannt. Das Einverständnis für die Aufzeichnung der Fallarbeit per Video wurde eingeholt. Die Mitarbeiter wurden darauf hingewiesen, Fragen über Hintergründe der Durchführung nach Abschluss der zweiten Sitzung stellen zu können. Ziel war, die Mitarbeiter nicht im Vorwege über die zugrunde liegende Fragestellung der Erprobung in Kenntnis zu setzen, um den Verlauf der Fallarbeit nicht zu beeinflussen.

Es wurde ausdrücklich darauf hingewiesen, dass Einzelheiten der Fallarbeit nicht nach außen getragen werden, und die Fallarbeit nicht zu Zwecken der Mitarbeiterbeurteilung durchgeführt wird. Hierdurch sollte eine freie und offene Atmosphäre geschaffen werden.

#### Die Anamnese

Die Mitarbeiter schlugen vier Bewohner vor, deren Namen mit dem dazugehörigen Anliegen von Seiten der Mitarbeiter auf dem Flipchart notiert wurden. Nach kurzer Diskussion wurde sich einstimmig auf eine Bewohnerin als Fallgeberin geeinigt. Im Anschluss wurden die Teilnehmer aufgefordert, alle bekannten Informationen zur Bewohnerin und die Umstände der problematischen Pflegesituation genau zu schildern.

Die Beschreibungen zeigen eine 76jährige Bewohnerin, die sich bei den Toilettengängen bzw. der Versorgung mit Inkontinenzmaterial und der Körperpflege verweigert und diese pflegerischen Handlungen offensichtlich als höchstgradig unangenehm empfindet. Die Abwehr geht so weit, dass eine Durchführung der Versorgung in diesem Bereich zeitweilig nicht möglich ist und die Bewohnerin körperliches Abwehrverhalten wie Tätlichkeiten gegen die Pflegekraft zeigt. Die Teilnehmer schilderten beispielsweise die verschiedenen Stimmungslagen der Bewohnerin, sowie biographische Hintergrundinformationen. Die Dauer der Anamnesephase betrug 20 Minuten.

## Die Diagnose

In der Diagnosephase wurden die Teilnehmer aufgefordert, die Bedeutung der Situation aus den zwei Perspektiven, ihrer eigenen und der der Bewohnerin, zu beschreiben. Als Hilfestellung zur Trennung dieser zwei Perspektiven wurden die zwei Satzanfänge am Flipchart visualisiert.

„Das Problem bedeutet für mich....“

„Das Problem bedeutet für Frau Holms<sup>140</sup> ...“

Die Teilnehmer interpretierten das Abwehrverhalten der Bewohnerin auf verschiedenen Ebenen. Zum einen könnte es sein, dass die Bewohnerin, die Mutter dreier Kinder ist, es gewohnt ist, über andere zu bestimmen und nicht selber versorgt zu werden. Für dieses Beharren auf der gewohnten Rolle gaben die Teilnehmer als weitere, mögliche Erklärung an, dass die Bewohnerin auch beruflich, als Richterin, eine unabhängige Position innehatte.

Weiter könnte die Abwehr mit einem Vorfall in der zuvor erfolgten häuslichen Versorgung durch einen Pflegedienst zu tun haben. Hierbei soll es nach Angaben der Angehörigen zu einem Vorfall mit einem Mitarbeiter gekommen sein, über dessen genaue Umstände die Angehörigen keine Angaben machen konnten.

Das bloße Vergessen der Notwendigkeit der Körperpflege durch kognitive Verluste war ein weiterer Interpretationsansatz der Teilnehmer. Manchmal scheine die Versorgung der Bewohnerin schlichtweg nicht zu behagen, und eine erklärende Kommunikation sei nicht mehr möglich.

Die Teilnehmer waren alle der Meinung, dass es viel mit dem Charakter der Bewohnerin zu tun habe, dass diese sich nicht versorgen lassen möchte, sondern viel lieber selber die aktive Position einnehme.

Aus der eigenen Perspektive gaben die Teilnehmer an, dass die Situation problematisch sei, da die Versorgung nun mal gemacht werden müsse, und dieses oft durch die Bewohnerin erschwert und behindert würde. Zwei Teilnehmerinnen gaben an, dass es ihnen Unbehagen bereite, die Bewohnerin manchmal zwingen zu müssen. Der Einsatz von Körperlichkeit, wie beispielsweise das Festhalten der Hände sei aber manchmal unumgänglich, z.B. bei der

---

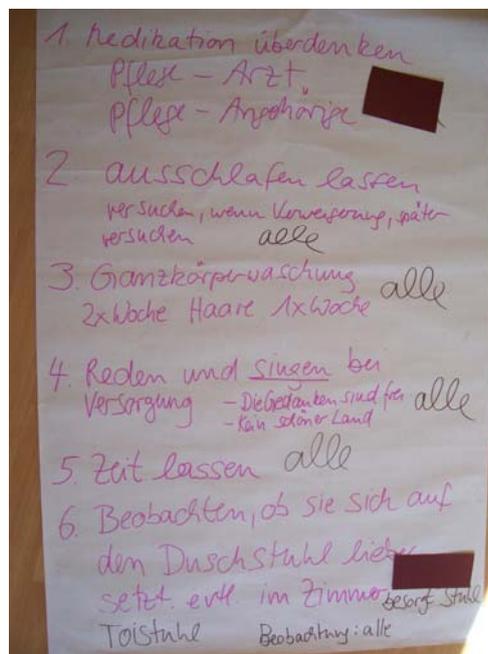
<sup>140</sup> Name der Bewohnerin geändert

Versorgung der Inkontinenz. Die Diagnosephase dauerte in der Durchführung 16 Minuten.

### Die Interventionsplanung

In der dritten Phase, die die letzte Phase des ersten Termins darstellte, wurden die Teilnehmer gebeten, Interventionen und Handlungsvereinbarungen vorzuschlagen, die nach Diskussion für alle verbindlich formuliert werden sollten. So konnten bestimmte Handlungen für einige Wochen ausprobiert werden, um sie im darauf folgenden Termin in der Evaluationsphase auf ihre Wirksamkeit zu überprüfen

Die beschlossenen sechs Interventionen wurden mit Zuständigkeit auf dem Flipchart notiert.



**Abbildung 4: Interventionsplan für Bewohnerin**

Quelle: Eigene Darstellung

Der Termin für die Durchführung der Evaluationsphase wurde in Absprache mit allen Teilnehmern der Fallarbeit für in fünf Wochen verabredet. Die Phase der Interventionsplanung nahm 25 Minuten in Anspruch.

Im Anschluss an den ersten Fallarbeitstermin wurden die Maßnahmen der Pflegedienstleitung des Betriebes vorgestellt. Die Durchführung der Maßnahmen bedurfte des Einverständnisses der Leitung, da andernfalls die Mitarbeiter in Konflikt mit bereits bestehenden Vorgaben gekommen wären. Zum Beispiel war

von Seiten der Leitung vorgegeben, dass betreffende Bewohnerin zu der aus der Biographie bekannten Zeit um 7 Uhr morgens versorgt wird. Dieses Vorgehen sollte nun für die nächsten Wochen dahingehend geändert werden, dass die morgendliche Versorgung dann stattfindet, wenn die Bewohnerin eine wache und zugängliche Phase hat. Nach Einwilligung der Leitung wurden die Maßnahmen verschriftlicht und ein Ausdruck dem Übergabebuch der Wohngemeinschaft sowie der Dokumentationsmappe der Bewohnerin beigelegt. So konnten zum einen die Mitarbeiter bei Bedarf nachlesen und zum anderen würden Mitarbeiter, die nicht an der Fallarbeit teilgenommen hatten, informiert.

### Die Evaluation

Die Evaluationsphase wurde planmäßig am verabredeten Termin durchgeführt. Alle sechs Mitarbeiterinnen nahmen teil. Sie wurden aufgefordert, über die Erfahrungen mit den vereinbarten Interventionen zu berichten.

Die Teilnehmer beurteilten unter Berücksichtigung der Perspektive der Bewohnerin vier der sechs Maßnahmen als hilfreich und mit positiver Wirkung. Eine Maßnahme, die Medikationsumstellung hatte zu einem Krampfanfall der Bewohnerin geführt und musste danach wieder rückgängig gemacht. Die Maßnahme, einen Toilettenstuhl im Zimmer einzusetzen wurde als nicht hilfreich bewertet.

In dieser Phase konnten außerdem von den Teilnehmern neue Beobachtungen eingebracht werden, und es wurden, daraus abgeleitet, neue Interventionen vorgeschlagen. Unter Berücksichtigung der einmaligen Durchführung der Fallarbeit konnten diese Vorschläge nicht aufgegriffen und weiter bearbeitet werden, wie es die theoretische Vorgabe vorsieht. Die Moderatorin regte an, diese Beobachtungen im Kollegenkreis weiter zu diskutieren und umzusetzen.

Abschließend wurden die Teilnehmer gebeten, die Durchführung der neuen Maßnahmen aus ihrem Erleben, also der eigenen Perspektive, zu schildern. Dabei gaben alle Teilnehmer an, die Interventionen als Arbeitserleichterung erlebt zu haben und bei der Umsetzung keine grundlegenden Probleme gehabt zu haben. Lediglich eine Teilnehmerin berichtete, mit dem Singen Probleme zu haben. Sie gab an, lieber eine CD einlegen zu wollen.

Die Dauer der Evaluationsphase betrug rund 23 Minuten.

Nach Abschluss der Evaluationsphase wurden die Teilnehmer über die Hintergründe der Durchführung aufgeklärt. Das Ausfüllen der Teilnehmerfragebögen erfolgte im Anschluss.

### **4.3 Die Reflexion der Durchführung der Fallarbeit**

#### **4.3.1 Die zu erwartende Reichweite der Ergebnisse**

Die einmalige Durchführung der multiperspektivischen Fallarbeit in der Praxis diente dazu, einen ersten Eindruck von der Eignung der Methode zu bekommen. Die Durchführung wurde unter Berücksichtigung empirische Vorgaben reflektiert. Eine Evaluation im Sinne einer empirischen Überprüfung konnte nicht vorgenommen werden. Unter Evaluation wird das methodisch organisierte und dokumentierte Bewerten eines Prozesses mit Begründung verstanden, das dem besseren Verstehen und Gestalten einer Praxismaßnahme im Bildungsbereich dient.<sup>141</sup>

Bei der Benennung des Gegenstandes der Evaluation helfen drei Schritte zur Präzisierung:

- „1. was man untersuchen will (Zielbeschreibung)
2. was man als erwünschte oder befürchtete Wirkung feststellen will und
3. welches die Kriterien und Indikatoren sind, die man erfassen kann und an denen man den Erfolg messen will (...).“<sup>142</sup>

In dieser einmaligen Praxisdurchführung ist die Zielbeschreibung, einen ersten Eindruck von der Eignung der Methode zu bekommen. Erwünschte oder befürchtete Wirkungen der Maßnahme auf die Arbeitsleistung im Sinne des kompetenten Handelns werden nicht betrachtet, der Erfolg der Maßnahme also nicht gemessen. Eine Messung des Kompetenzniveaus vor und nach der Maßnahme wäre hierfür das geeignete Vorgehen.

Da dieser Soll-Ist-Vergleich und damit die Erfolgsmessung nicht vorgenommen werden sollen, kann auch nicht von Evaluation der Maßnahme gesprochen werden.

Vielmehr wird die Wirkung der Methode während der Durchführung betrachtet, um hieraus erste Hinweise auf die Eignung ableiten zu können.

---

<sup>141</sup> vgl. Reischmann (2003), S.18f.

<sup>142</sup> Reischmann (2003),S.38

Somit sei auf die eingeschränkte Reichweite der Ergebnisse verwiesen, was keinesfalls eine Abwertung bedeutet. Im Gegenteil erscheint es sinnvoll, einen ersten Eindruck abzuwarten, bevor eine aufwändige und ressourcenintensive Evaluation in Angriff genommen wird.

Die Grundlagen der empirischen Sozialforschung dienen als Entscheidungshilfen für das Vorgehen bei der Reflexion der Praxiserprobung und werden an den entsprechenden Stellen zitiert.

### **4.3.2 Die Herleitung der Indizien und deren Kriterien**

Zum Bewerten eines Prozesses gehört eine explizite Begründung des angelegten Maßstabes, also eine nachvollziehbare Beschreibung und Begründung der Kriterien, die zu einem bestimmten Urteil führen.<sup>143</sup>

Um eine Beantwortung der gestellten Frage

**Zeigen sich bei der Durchführung der multiperspektivischen Fallarbeit Indizien dafür, dass die Methode geeignet ist, die sechs Kompetenzbereiche zu entwickeln?**

zu ermöglichen, müssen Indizien benannt werden, mithilfe deren Untersuchung diese Frage beantwortet werden kann. Zur genaueren Beschreibung der Indizien werden Kriterien festgelegt. Dafür muss im Vorwege benannt werden, was als Indiz für die Eignung zur Kompetenzentwicklung angesehen wird.

Die Benennung dieser Indizien stellt eine Herausforderung dar. Die Kompetenzentwicklung, um deren Beobachtung es eigentlich geht, ist als ein sehr komplexes Lernziel einzuordnen. Es beeinflusst Komponenten des Verhaltens und der Einstellung der Teilnehmer.<sup>144</sup>

Eine Kompetenzentwicklung entzieht sich aber weitgehend der quantitativen Erfolgskontrolle.<sup>145</sup> Dieser Hinweise besagt, dass es schwierig ist, Lernziele mit vielschichtigen und komplexen Inhalten messbar zu machen. Das Lernziel „Symptome einer Oberschenkelhalsfraktur aufzählen können“ dagegen wäre gut

---

<sup>143</sup> vgl. Reischmann (2003), S.21

<sup>144</sup> vgl. Weiß (1997), S.106

<sup>145</sup> Weiß empfiehlt daher statt der Kontrolle des Transfererfolges den Einsatz praxisnaher Methoden zur Transferunterstützung während der Bildungsmaßnahme. Außerdem empfiehlt er ein qualitativ orientiertes Weiterbildungscontrolling. Dies ermögliche die Einbeziehung von Einstellungen und Bewertungen der Teilnehmer. vgl. Weiß (1997), S.106

messbar, da das Aufzählen im Anschluss an die Maßnahme sicher geprüft werden kann.

Somit ist die Erhebung der Eignung der Fallarbeit dadurch erschwert, dass die angestrebten Veränderungen im Sinne der Kompetenzentwicklung im Verhaltens- und Einstellungsbereich angesiedelt sind.

Zur Einschätzung der Methode wurden Indizien erarbeitet, die auf Eignung hinweisen und deren Betrachtung zur Annäherung an die Lösung der Ausgangsfragestellung führen soll.

**a) Die inhaltliche Thematisierung der sechs Kompetenzbereiche**

**b) Der Aktivitätsgrad der teilnehmenden Mitarbeiter**

**c) Die Beurteilung der teilnehmenden Mitarbeiter bezüglich der Eignung der Maßnahme zur Entwicklung der sechs Kompetenzen für sich selber**

**d) Die gezeigte Reaktion der Fallgeberin nach Interventionsdurchführung**

Für die vier Indizien müssen wiederum Kriterien benannt werden, die in konkreter Weise fassbar gemacht werden können. Die Herleitung von Indizien und deren Kriterien bedarf einer geisteswissenschaftlich begründeten Setzung.<sup>146, 147</sup> Wottawa/ Thierau empfehlen eine intensive Abstimmung mit dem Auftraggeber und den relevanten Teilnehmern einer Evaluationsmaßnahme, da sonst eine nachträgliche Abwertung der Messinstrumente zu befürchten wäre.<sup>148</sup> Da die Festlegung der Beurteilungsindizien und -kriterien in dieser Arbeit in Einzelarbeit erfolgte, ist hier ein ausschnitthafte Auswahl gegeben, die im Rahmen der vorweggenommenen Zielsetzung der Betrachtung akzeptiert wird.

---

<sup>146</sup> beispielsweise anhand von subjektiver Plausibilität oder Verträglichkeitskriterien mit „etablierten“ Ansätzen Vgl. Wottawa/Thierau (2003), S.94

<sup>147</sup> Stangel-Meseke/ Gluminski fordern eine Auseinandersetzung der Wissenschaft mit Anforderungen an die Qualität, Gewinnung und Formulierung von Kriterien. Diese sei bisher nicht erfolgt.; vgl. Stangel-Meseke/ Gluminski (1990), S.6f

<sup>148</sup> vgl. Wottawa/ Thierau (2003), S. 91

Anzumerken ist, dass die Indizien a) bis c) nicht auf Kompetenzentwicklung hinweisen, sondern auf die Vorgaben für die Methode eingehen. Beschrieben wird, wodurch sich die Methode auszeichnen muss, um generell geeignet zu erscheinen. Bei Erfüllung dieser Vorgaben ist die Grundlage für die Eignung zu erkennen. Die Fallarbeit erfüllt also die Voraussetzungen für Eignung, wenn

- die Inhalte der Kompetenzen thematisiert werden
- die Aktivität der Teilnehmer hoch eingeschätzt wird
- die Teilnehmer die Methode für sich für geeignet halten
- die Reaktion der Fallgeberin auf eine Verbesserung ihres Wohlbefindens schließen lässt.

Das Indiz d), die Reaktion der Fallgeberin, könnte bereits als ein erster Hinweis auf Kompetenzanbahnung bei den Pflegepersonen interpretiert werden.

Die Herleitung der Indizien wird nun vorgenommen:

Folgende Fragen wurden für die ersten beiden Indizien formuliert und bearbeitet:

**a) Werden die sechs beschriebenen Kompetenzbereiche inhaltlich im Prozess der Fallbesprechung aufgegriffen? und**

**b) Wie ist der Aktivitätsgrad der teilnehmenden Mitarbeiter?**

Zur Beantwortung dieser Fragen wurden Kriterien hergeleitet, deren Auftreten dann beobachtet werden konnte. Die Beobachtungen wurden in den Beobachtungsbögen (Anhang A und B) festgehalten.

Die Frage a) beschäftigt sich mit den sechs Kompetenzen und ihren Elementen im Bezug auf ihre Thematisierung in der Fallarbeit. Es wird als notwendige Grundlage der Möglichkeit, Kompetenz zu erwerben, angesehen, dass die inhaltlichen Aspekte der sechs Kompetenzen überhaupt thematisiert werden. Wenn ein Kompetenzbereich behandelt wird, wird davon ausgegangen, dass alle Teilnehmer bezüglich dieser Kompetenz die Möglichkeit zur Wissens- und Erfahrungserweiterung und dadurch zur Kompetenzentwicklung haben.

Zum Beispiel kann Kompetenz zum ethischen Urteil nur dann entwickelt werden, wenn ethische oder moralische Aspekte thematisiert werden. Andererseits wird davon ausgegangen, dass eine Konfrontation mit Aussagen zu einem Kompetenzbereich, wie zum Beispiel zu einem ethischen Dilemma, zum Überarbeiten oder Überdenken der Erfahrungen und des Wissen des einzelnen Teilnehmers führt.

Grundlage für diese Annahme ist, dass der Teilnehmer in der Fallarbeit die Inhalte mit Aufmerksamkeit verfolgt (siehe auch Indiz b).

Durch die Unterteilung in die sechs vorgegebenen Kompetenzbereiche und deren Komponenten (Anhang E) kann differenziert werden, ob die Methode für die Entwicklung aller Kompetenzen und derer Komponenten geeignet bzw. ungeeignet erscheint oder ob für die einzelnen Kompetenzen unterschiedliche Beobachtungen zu machen sind.

Die sechs Kompetenzen werden im Erhebungsbogen (Anhang A) aufgelistet. Als Beobachtungskriterium vermerkt werden Äußerungen der Teilnehmer. So soll beispielsweise beobachtet werden, ob die Teilnehmer die Biographie des Fallgebers thematisieren. Dies wäre ein Indiz dafür, dass eine Komponente der sozialen Kompetenz zur Beziehungsgestaltung angebahnt wird. Betrachtet wird der Effekt auf die Gruppe. Bei der Einschätzung der individuellen Entwicklung der einzelnen Mitarbeiter spielt eine Rolle, wie erfahren der betreffende Mitarbeiter in einem bestimmten Bereich ist. So wird ein Pfleger, der die Biographie eines Pflegebedürftigen nicht generell einbezieht, von einem Pfleger, der mehr Wissen über Hintergründe und Vorgehen bei der Biographiearbeit hat und über Erfahrungen mit deren Einsatz verfügt, lernen können. Es ist durchaus denkbar, dass die Teilnehmer der Fallarbeit in den unterschiedlichen Bereichen unterschiedlich erfahren sind. So kann jemand über sehr genaue Fachkenntnisse bezüglich zum Einsatz kommender Medikamente verfügen, im Erkennen ethischer Dilemmata aber gänzlich unerfahren sein.

Bei jedem Teilnehmer werden die Erfahrungen und das Wissen unterschiedliche Schwerpunkte haben, und somit kann ggf. in unterschiedlicher Intensität an Kompetenz dazu gewonnen werden. Diese Unterschiede zu erheben und zu bewerten ist durch diese Beobachtung nicht möglich. Daher bleibt der einzelne Mitarbeiter im Beobachtungsbogen unberücksichtigt. Bei der Beobachtung der thematisierten Inhalte wird jede Kompetenz in ihre Komponenten unterteilt.

Die Auswertung der Videoaufzeichnung ermöglicht zudem eine Beschreibung der Aktivität der teilnehmenden Mitarbeiter zur Betrachtung der Frage b). Grundlage für das Interesse über die Aktivität der Teilnehmer ist die Annahme, dass Informationen umso besser behalten werden, je höher der Aktivitätsgrad des

Lernenden ist. Folgende Prozentzahlen dienen als Hinweis auf einen Trend für die Behaltenswerte:

„Zuhörer/innen behalten bei der eher passiven Informationsaufnahme

- 10% von dem, was sie lesen,
- 20% von dem, was sie hören
- 30% von dem, was sie sehen
- 50% von dem, was sie sehen und hören (audio-visuelle Methoden).

Bei einer eher aktiven Informationsaufnahme behält man

- 80% von dem, was man selbst sagt.
- 90% von dem, was man selbst ausführt.

(...) Für die Haftwerte entscheidend ist vor allem das innere und äußere Engagement des Zuhörers.“<sup>149</sup>

So hat der Grad der Aktivität einen Einfluss auf den Erfolg der Kompetenzanbahnung. Der grundsätzlich als relativ hoch erwartete Aktivitätsgrad der Methode Fallarbeit durch die vorausgesetzte Interaktion mit und unter den Teilnehmern war ein Kriterium bei der Auswahl der Methode. Ob sich diese Vorannahme bestätigt, soll betrachtet werden.

Als erstes Kriterium wird der Wortbeitrag der Teilnehmer bestimmt. Die Beobachtung der Wortbeiträge soll also einen Eindruck ermitteln, wie die Aktivität bei den Teilnehmern der Fallarbeit war. Die Annahme, dass Wortbeiträge Hinweis für Aktivität sind, wird hier aus vorangegangener Auflistung, dass 80% des selbst Gesagten behalten wird, hergeleitet. Allerdings kann auch jemand mit wenigen oder gar keinen Wortbeiträgen innerlich sehr beteiligt, also aktiv sein und hohe Behaltenswerte aufweisen. In einem Beispiel veranschaulicht Meixner diese weniger sichtbare, innere Aktivität: „Durch das veränderte Herangehen beim Lesen eines Buches kann man den Haftwert durchaus beeinflussen. Liest man es bloß, liegt der Haftwert bei ca. 10%. Tastet man sich fragend an den Inhalt heran und erarbeitet Sinnzusammenhänge erhöht sich der Aktivitätsgrad des Lesers und damit auch der Haftwert.“<sup>150</sup> Aus diesem Grund wurden neben den Wortbeiträgen als zweites Kriterium körpersprachliche Anzeichen von Aufmerksamkeit, nämlich die Blickrichtung der Teilnehmer und Körperbewegungen in Form von zustimmenden oder ablehnenden Kopfbewegungen, beobachtet.

---

<sup>149</sup> Meixner (1995), S. 70

<sup>150</sup> ebd.

Körpersprache gehört zur nonverbalen Kommunikation und gilt als weniger durch den Sender kontrolliert als verbale Kommunikation.<sup>151</sup> Darin liegt die Glaubhaftigkeit der Körpersprache. Die Beobachtung körpersprachlicher Hinweise ist allerdings unter Vorbehalt durchzuführen. Gestik, Mimik u.ä. können nicht zweifelsfrei gedeutet werden. So kann Blickkontakt Nähe, aber auch Herausforderung bedeuten. In dieser Beobachtung wird der Blickkontakt im Sinne von Kontaktinteresse gewertet.<sup>152</sup> Die zustimmenden oder ablehnenden Kopfbewegungen werden als Hinweis darauf gesehen, dass der Teilnehmer den Inhalten innerlich folgt und am Geschehen teilnimmt, auch wenn er sich nicht verbal beteiligt.

So soll durch diese beiden Kriterien die Aktivität bei den Teilnehmern beobachtbar werden, die sich nicht mit Wortbeiträgen beteiligen.

Unberücksichtigt bleibt die inhaltliche Qualität des Gesagten und auch die Art der Kopfbewegung (ablehnend oder zustimmend), denn der Grad der Aktivität ist grundsätzlich unabhängig vom vorhandenen Fachwissen oder der Zustimmung bzw. Ablehnung des Teilnehmers. Eine hohe Aktivität ist beispielsweise auch ohne erhebliches Fachwissen möglich.

Um eine vergleichende Aussage über den Aktivitätsgrad der Methode treffen zu können, müssten Vergleichswerte anderer Methoden vorliegen. Da dies nicht der Fall ist, wird beschreibend und interpretierend, nicht bewertend ausgewertet. Die Beschreibung der Ergebnisse wird durch eine Einschätzung der Autorin ergänzt. Für die Gewinnung der ergänzenden Eindrücke wurden fortlaufend Feldnotizen gemacht. Dieser offenen, unstrukturierten Beobachtung wurden keine Beobachtungskriterien zu Grunde gelegt.

Zur Betrachtung der Erfüllung des dritten Indizes wurde die Frage

**c) Wie ist die Beurteilung der teilnehmenden Mitarbeiter bezüglich der Eignung der Maßnahme zur Entwicklung der sechs Kompetenzen für sich selber?**

formuliert. Für die Erhebung der Beurteilung durch die Mitarbeiter müssen keine weiteren Kriterien gefunden werden, die Beurteilung kann direkt erfragt werden. Die positive Einschätzung seitens der Teilnehmer wird als Voraussetzung

---

<sup>151</sup> vgl. Günther (2003), S.25

<sup>152</sup> vgl. Günther (2003), S.26

angesehen, da die Einstellung zu einer Bildungsmaßnahme deren Erfolg beeinflusst. Ist der erwartete Nutzen der Bildungsmaßnahme für den Teilnehmer hoch, wirkt sich dieses positiv auf seine Motivation aus. Dieser Teilnehmer wird dann offen und mit Engagement an die Fallarbeit herangehen, was Grundlage dafür ist, dass die Methode gelingt und Kompetenzen angebahnt werden können.

Das vierte Indiz wird mit der Frage:

**d) Wie ist die gezeigte Reaktion der Fallgeberin nach der Interventionsdurchführung?**

betrachtet. In der Zielformulierung steht die Beachtung der Bedürfnisse des Menschen mit Demenz im Mittelpunkt. Wie sich sein Befinden verändert, soll an seinem Verhalten erkannt werden, da eine direkte Befragung in der Regel nicht möglich ist. Da das Verhalten nicht direkt beobachtet werden kann, werden als Kriterien die Schilderungen der Teilnehmer in der Evaluationsphase benannt. Werden positive Reaktionen erkennbar ist dies Hinweis darauf, dass die Fallarbeit in Übereinstimmung mit der Zielvorgabe eingesetzt werden kann. Die Reaktion der Fallgeberin kann auch ein erster Hinweis sein, ob die Pflegenden an Kompetenz hinzugewonnen haben. Bei positiver Reaktion kann gemutmaßt werden, dass die positive Reaktion eine Folge des kompetenteren Handelns der Pflegekräfte war.

### **4.3.3 Die Ergebnisse**

#### **4.3.3.1 Die Videobeobachtung**

Die Fragen a) und b) wurden durch die Auswertung der Videoaufzeichnung durch die Moderatorin gewonnen, also durch Beobachtung. Die Beurteilung durch jemanden, der selbst im Feld engagiert ist, birgt die Gefahr, dass man unbewusst für sich und die eigene Maßnahme Partei ergreift.<sup>153</sup> Dagegen gehalten werden kann, dass nur wer im Feld involviert ist, abschätzen kann, was wirklich von Bedeutung ist.<sup>154</sup> Außerdem lohnt sich der Aufwand einer Fremdevaluation

---

<sup>153</sup> vgl. Reischmann (2003), S.106

<sup>154</sup> vgl. ebd.

oftmals wegen der Unverhältnismäßigkeit der entstehenden Kosten zum Ergebnis nicht, oder ein fremder Evaluator ist nicht greifbar.

Somit ist die Überschneidung der Tätigkeiten von Durchführung und Auswertung der Maßnahme zwar auf Subjektivität hin zu hinterfragen, grundsätzlich aber auch positiv zu bewerten.

Die Aufzeichnung der Durchführung der beiden Sitzungen der Fallarbeit ermöglicht eine nachträgliche Auswertung. So war es der Autorin möglich, sich bei der Fallarbeit auf die Rolle der Moderatorin zu konzentrieren. Obwohl die globale Frage nach der Eignung der Methode feststand, waren zum Zeitpunkt der Durchführung noch keine Beobachtungsindizien und -kriterien festgelegt. So musste bei der Durchführung der Fallarbeit auch keine Beeinflussung in Richtung dieser Kriterien durch die Autorin, in dieser Situation in der Rolle der Moderatorin, befürchtet werden.

Im Beobachtungsbogen zu den Inhalten (Anhang A) sind die sechs Kompetenzen, unterteilt in ihre Komponenten, aufgeführt. Aufgrund der Vielschichtigkeit der zu erwartenden Beiträge war eine Vorgabe der zu beobachtenden Wortbeiträge nicht möglich. Eine Interpretation der Wortbeiträge war zum Ausfüllen des Beobachtungsbogens vonnöten. Durch die Möglichkeit zum mehrmaligen Ansehen und Anhören des Materials wurde diese Interpretation einzelner Sequenzen erleichtert. Die inhaltliche Thematisierung wurde in zwei Durchgängen beobachtet. Im ersten Durchgang wurden Stellen vermerkt, an denen inhaltliche Themen erkennbar waren. Im zweiten Durchgang wurde gezielt auf die Thematisierung von Kompetenzen, für die bisher kein Wortbeitrag gefunden wurde, geachtet.

### **Die inhaltliche Thematisierung der sechs Kompetenzen**

Für jede Kompetenz, deren inhaltliche Thematisierung beobachtet wurde, wird je mindestens ein Beispiel aus der Durchführung zitiert.

#### 1. Soziale Kompetenz zur Beziehungsgestaltung

Die Biographie der Fallgeberin wird von den Teilnehmern ausführlich und mehrmals thematisiert. Biographische Daten werden sowohl in der Anamnesephase zur Beschreibung der Bewohnerin wiedergegeben als auch in

der Diagnosephase als Grundlage für Mutmaßungen über Ursachen von Verhalten.

*Teilnehmerin<sup>155</sup>: „Die Tochter hat mir erzählt, dass Frau Holms als Kind ein Biest war.“*

Allgemeine biographische Daten zur Alterskohorte der Bewohnerin wurden nicht benannt.

Wahrnehmungen von Befindlichkeiten der Bewohnerin wurden in allen Phasen immer wieder berichtet.

*Beispiel 1:*

*Teilnehmerin: „Sie mag kein Wasser.“*

*Moderatorin: „Sie mag kein Wasser?“*

*Teilnehmerin: „Nee. Und schon gar nicht im Gesicht.“*

*Beispiel 2:*

*Teilnehmerin: „Aber mit Musik scheint es besser zu gehen.“ (Der Toilettengang A.d.A.)*

*Teilnehmerin2: „Wenn man mit ihr tanzt, kommt sie schon mit.“*

*Teilnehmerin: „Eher zumindest.“*

Berichte, die auf das Bemerken von Wahrnehmungsrichtungen schließen lassen, wurden gegeben.

*Beispiel1:*

*Teilnehmerin: „Aber das ist auch alles tageweise bei ihr. An einem guten Tag kriegt man das dann hin irgendwie so, und denn findet sie das auch gar nicht so ganz doll schrecklich, freut sich dann nachher auch und lässt sich gut föhnen und so, aber an manchen Tagen kommt man gar nicht an sie ran.“*

*Beispiel2:*

*Teilnehmerin: „...das ist unterschiedlich, manchmal, wenn ich um acht reingehe und Med (Medikamente A.d.A.) gebe ist sie schon wach, manchmal kann man auch erst halb zehn reingehen oder um elf. Das siehst Du auch an ihrem Gesicht. Wenn sie strahlt, alles gut.*

*Teilnehmerin2: „Genau.“*

*Teilnehmerin: „Dann kannst Du wunderbar mit ihr umgehen.“*

---

<sup>155</sup> Das Versehen der Teilnehmer mit Zahlen (z.B. Teilnehmer2) dient nur dem Zweck, darzustellen, dass sich verschiedene Teilnehmer in der Sequenz zu Wort gemeldet haben. Dabei ist z.B. „Teilnehmer2“ nicht jedes Mal die selbe Person.

## 2. Selbstreflexive Kompetenz

Das Hinterfragen von sich oder anderen fand statt.

*Teilnehmerin: „(...)aber vielleicht gibt es noch `ne andere Möglichkeit, das zu machen?“ (Teilnehmerin schilderte Durchführung einer Pflegehandlung gegen den Widerstand der Bewohnerin. A.d.A.)*

Äußerungen über das Erkennen der Notwendigkeit zur Reflexion waren nicht zu beobachten.

## 3. Klinische Beurteilungskompetenz

Zustandsbeschreibungen erfolgten.

*Teilnehmerin: „Man muss sich ja wundern, die Haut am Po ist völlig okay.“ (Gemeint ist der Hautzustand im Bezug auf Inkontinenz A.d.A.)*

Potentiale der Bewohnerin wurden genannt.

*Teilnehmerin: „Sie weiß schon ganz genau, wenn sie was nich` will, das zeigt sie(...).“*

## 4. Kompetenz zum ethischen Urteil

Ethische Aspekte wurden angesprochen.

*Beispiel1:*

*Moderatorin: „Warum ist das überhaupt ein Problem?“*

*Teilnehmerin: „Weil man das gegen ihren Willen tun muss. So halbwegs Gewalt anwenden muss. Das ist so schlimm.“*

*Teilnehmerin2: „Darfst Du das?“*

*Teilnehmerin: „Darfst Du das?“*

*Teilnehmerin2: „Nein, natürlich nicht.“*

*Teilnehmerin: „Nee, aber ich darf sie auch nicht verdrecken lassen.“*

*Beispiel 2:*

*Teilnehmerin: „Aber ich finde auch, wenn sie die Bettdecke festhält, dass man das dann auch respektiert, und sie dann auch liegen lässt.“*

## 5. Kenntnisse und Handlungskompetenz hinsichtlich pflegerischer Maßnahmen

Der Ablauf einer Pflegehandlung wurde beschrieben. Die Begründung wurde indirekt genannt.

*Teilnehmerin: „Also ich hab's auch schon mal versucht mit nem Waschlappen. Mit nem nassen Waschlappen, dass sie überhaupt das Gefühl kriegt, nass zu sein. Dann ging das nachher. So nach und nach.“ (Es geht ums Haarewaschen, A.d.A.)*

Unterstützende Maßnahmen im Sinne des fünften Kompetenzbereichs wurden nicht thematisiert.

Die Validation als Maßnahme wurde nicht thematisiert. Auch indirekt wurden keine Handlungen beschrieben, die die Grundsätze der Validation berücksichtigen.

Beratung oder Anleitung der Angehörigen wurden nicht thematisiert.

## 6. Managementkompetenz

Aspekte der Managementkompetenz, wie Zeit- oder Verlaufsmanagement wurden nicht thematisiert. Es erfolgten auch keine Aussagen über den Einsatz bei der Versorgung unter Berücksichtigung von Qualifikation der Mitarbeiter.

### Einschätzung

In der durchgeführten Fallarbeit wurden die Kompetenzbereiche der ersten und dritten Kompetenz schwerpunktmäßig und sich wiederholend thematisiert. Wiederholt wurden Beobachtungen und Zustandsbeschreibungen von Seiten aller Teilnehmer beigetragen. Auch die Elemente der zweiten und vierten Kompetenz wurden aktiv von Seiten der Teilnehmer eingebracht, indem einige Teilnehmer das eigene Handeln und das der anderen kritisch hinterfragten und Unbehagen in gewissen Situationen schilderten. Die Kompetenzen fünf und sechs wurden in ihren Inhalten kaum oder gar nicht thematisiert. Dies kann zwei Gründe haben. Zum einen gab es der behandelte Fall inhaltlich nicht her. Denkbar wären aber durchaus andere Fallkonstellationen, die ein vermehrtes Eingehen auf beispielsweise Aspekte der Angehörigenarbeit mit sich bringen würden.

Zum anderen können Themen nicht thematisiert werden, die den Teilnehmern nicht hinreichend bekannt sind. Ein Beispiel wäre das Konzept der Validation, das in der durchgeführten Fallarbeit unberücksichtigt blieb.

Grundsätzlich ist anzumerken, dass bei der Beobachtung manchmal die Schwierigkeit auftrat, dass die Aussagen der Teilnehmer nicht eindeutig einer bestimmten Kompetenz zugeordnet werden konnten. Dieser

Interpretationsspielraum könnte zum Beispiel durch das Hinzuziehen eines weiteren Beobachters minimiert werden.

Inhaltlich wurden nicht alle Kompetenzbereiche in der Fallarbeit thematisiert. Die gewünschte Ausprägung dieses Indizes war die inhaltliche Behandlung aller Kompetenzinhalte. Somit zeigt sich dieses Indiz in dieser Praxisdurchführung nur eingeschränkt und nicht in der geforderten Breite der theoretischen Vorgabe.

### **Die Aktivität der Teilnehmer**

Der Beobachtungsbogen zur Erfassung der Aktivität der Teilnehmer (Anhang B) gibt Platz für Vermerke bezüglich der einzelnen Mitarbeiter. Erfasst werden Wortbeiträge per Zeichen und körpersprachliche Aktivität per Notiz.

Der Bogen wurde durch zweimalige Sichtung des Materials ausgefüllt. Bei jedem Durchlauf wurden je drei Mitarbeiter parallel beobachtet. Für jede der vier Phasen wurden die Einträge in unterschiedlicher Farbe vorgenommen, um nach Phasen differenziert betrachten zu können.

Alle sechs Teilnehmer beteiligten sich in jeder der vier Phasen mit Wortbeiträgen. So wiesen alle Teilnehmer eine Aktivität in Form des Wortbeitrages auf. Eine gewisse Dominanz ist bei zweien der examinieren Teilnehmer zu bemerken, deren Äußerungen phasenweise deutlich häufiger erfolgen. Aber auch die drei nicht examinieren Teilnehmer beteiligten sich wiederholt und brachten Beobachtungen ein. Eine gravierende Restriktion der Wortbeiträge untereinander in Form von Unterbrechung oder Abwertung der Wortbeiträge konnte nicht beobachtet werden. Nur eine Mitarbeiterin machte gelegentliche Ansätze zu einem Wortbeitrag, konnte sich aber kein Gehör verschaffen. In diesen Fällen wurde die betreffende Mitarbeiterin zeitnah von der Moderatorin angesprochen und zum Einbringen ihres Beitrages aufgefordert. Wie sich in der Videoaufzeichnung darstellt, wurde dieses nicht Gelingen der Wortäußerung von Seiten betreffender Mitarbeiterin jedoch nicht in allen Fällen von der Moderatorin bemerkt, so dass in diesen Fällen davon ausgegangen werden kann, dass eine gewünschte Beteiligung durch Wortbeitrag nicht zustande kam.

In der Evaluationsphase zeigte die Auszubildende mit nur einem Wortbeitrag eine deutliche Zurückhaltung im Vergleich zu den anderen Mitarbeitern und den anderen Phasen.

Die körpersprachlichen Anzeichen von Aufmerksamkeit waren durch die Positionierung der Kamera gut zu beobachten. Die Blickrichtung der Teilnehmer war fast durchgängig auf den gerade Sprechenden gerichtet. Dies wird als Aufmerksamkeit für das Gesagte interpretiert. Weiter sind regelmäßig und von allen Mitarbeitern Kopfbewegung, meistens das zustimmende Nicken bei Beschreibungen von Beobachtungen, zu beobachten. Auch hier differiert die Aktivität in der Körpersprache untereinander. So zeigt zum Beispiel die Teilnehmerin, die sich bei den Wortbeiträgen nicht immer Gehör verschaffen konnte, eine besonders rege Körpersprache, die viele Äußerungen der anderen Teilnehmer ohne Worte bestärkt oder ablehnt. Eine andere Teilnehmerin zeigt wenig Einsatz von Gesten, macht aber durch ständigen Blickkontakt mit den Sprechenden einen aufmerksamen Eindruck.

### Einschätzung

Die Aktivität der Mitarbeiter wird von der Moderatorin als vergleichsweise hoch eingeschätzt. Diese Einschätzung wird aus dem Vergleich mit anderen Methoden gewonnen, die von der Autorin im Rahmen von Aus-, Fort- und Weiterbildung durchgeführt wurden. Die Teilnehmer erschienen durchweg interessiert und aufmerksam und beteiligten sich. Auffällig war eine starke Zurückhaltung bei der Diagnose und der Interventionsplanung. Es schien den Teilnehmern schwer zu fallen, kreativ zu werden. In diesen Phasen wurde von Seiten der Moderatorin lenkend und auffordernd eingegriffen, indem Nachfragen gestellt wurden. Durch diese Hilfestellungen gelang es der Gruppe, mit Unterstützung die angestrebten Ergebnisse (Benennung von möglichen Ursachen bzw. die Benennung von Interventionen) zu erarbeiten. Unbehandelt bleibt hier die Frage, ob eine durch Aufforderung zustande kommende Aktivität gegenüber der Aktivität aus Eigenimpuls als niedriger einzustufen wäre.

Die häufigeren Beiträge der zwei Teilnehmerinnen deutet unter Umständen eine Hierarchie unter den Mitarbeitern an.

Das Ausbleiben der Wortbeiträge seitens der Auszubildenden in der Evaluationsphase könnte durch ihre fehlende Erfahrung mit den Maßnahmen aufgrund von Abwesenheit im Praxisfeld (wegen Blockunterricht) in Verbindung gebracht werden. Diese Vermutung bleibt aber unbestätigt.

Eine ergänzende Beobachtung war, dass es unterschiedlicher Grade an Einflussnahme durch die Moderatorin bedurfte, um eine regelmäßige Beteiligung der Teilnehmer zu erzielen. In einigen Abschnitten kamen die Beiträge der Teilnehmer spontan, in anderen bedurften sie einer Aufforderung. Diese Beobachtung wird nicht auf schwankende Aktivität der Teilnehmer zurückgeführt. Auch in Phasen, in denen die Spontanäußerungen ausblieben oder Pausen entstanden, wiesen die körpersprachlichen Anzeichen auf aktive Teilnahme hin. Zudem wurden Hilfestellungen der Moderatorin, wie z.B. Fragen spontan angenommen. Somit werden ausbleibende Wortmeldungen, wie zum Beispiel in der Phase der Interaktionsplanung, auf andere Faktoren, etwa die mangelnde Übung im Erdenken neuer Handlungsstrategien, zurückgeführt.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass eine Aktivität in Form von Wortbeiträgen oder auch gezeigter Aufmerksamkeit von allen sechs Teilnehmern durchgängig gezeigt wurde, somit ist dieses Indiz in der geforderten Ausprägung gegeben.

#### **4.3.3.2 Das Verhalten der Fallgeberin**

Die Bewohnerin, deren Versorgung von den Teilnehmern thematisiert wurde, befindet sich in einem derart fortgeschrittenen Verlauf der kognitiven Einbußen, dass eine Befragung nicht möglich ist. Daher werden stattdessen die Beobachtungen, die die Mitarbeiter in der Evaluationsphase schilderten, beschrieben und interpretiert. Aufgrund der Übersichtlichkeit der Evaluationsphase wurden alle Äußerungen, die auf eine Reaktion der Bewohnerin hinwiesen oder eine Reaktion beschrieben, notiert. Ein Beobachtungsbogen wurde nicht gesondert konzipiert. Die Aussagen der Mitarbeiter konnten durch zweimaliges Ansehen der Evaluationsphase erfasst werden.

Die Maßnahme der Medikationsumstellung verlief kurzzeitig zum Nachteil der Bewohnerin, da sie einen Tag nach der Umstellung einen großen Krampfanfall bekam. Daraufhin wurde die alte Medikationsdosierung wieder verabreicht, und es wurden keine neuen Anläufe unternommen, etwas an der Medikation zu ändern.

Die zweite Maßnahme, das Ausschlafen lassen, scheint im Sinne der Bewohnerin zu sein.

*Teilnehmerin:* „Also das Ausschlafen lassen bei Frau Holms, muss ich sagen, das funktioniert gut.“

*Teilnehmerin2:* „Ja!“

*Zwei weitere Teilnehmer nicken zustimmend. Pause.*

*Moderatorin:* „Sehen das alle so?“

*Alle nicken, einige:* „Ja.“

*Moderatorin:* „Also für Frau Holms ist es angenehmer?“

*Teilnehmerin (nickt):* „Ganz bestimmt.“

*Teilnehmerin2:* „Ja schon.“

*Pause.*

*Moderatorin:* „Sehen das alle so?“

*Alle nicken zustimmend. Einige antworten:* „Ja.“

*Teilnehmerin3:* *Sie wirkt glücklicher, zufriedener.*“

Die dritte Maßnahme, die Reduzierung der Häufigkeit der Ganzkörperwäsche in der Woche wurde für die Bewohnerin als positiv beschrieben:

*Moderatorin:* „aber diese Maßnahme an sich, dass man an manchen Tagen darauf verzichten kann, Frau Holms ganz zu waschen, war das für Frau Holms angenehmer, oder...?“

*Teilnehmerin:* „Doch.“ (nickt, drei weitere Teilnehmer nicken.) „Sie liebt es.“

*Teilnehmerin2:* „Jaaa.“

*Zwei weitere:* „Ja.“

*Teilnehmerin:* „Vor allem die obere Partie.“

*Moderatorin:* „Dass man die weglässt?“

*Teilnehmerin:* „Ja“, zwei weitere: „Ja.“

*Teilnehmerin(an die anderen gewandt):* „Ne? Das mag sie zu gerne!“

*Teilnehmerin2:* „Ja. Katzenwäsche.“

Über die vierte Maßnahme, das Singen bei den Toilettengängen wurde die Reaktion der Bewohnerin auf eine Abwandlung der Maßnahme geschildert:

*Teilnehmerin:* „Also das nächste, Toilettengänge mit Singen, ich habe jetzt mit Märchen angefangen.“ (Alle lachen.) „Ja sie...(unverständlich)... und vom Wolf. Das war wunderbar, sie hat nur gelacht. (...) Das war echt genial.“

Über das Singen wurde gesagt, dass die Toilettengänge damit besser gingen. Es ist anzunehmen, dass bei reibungsloserem Verlauf der Pflege auch die Bewohnerin zufriedener war.

*Teilnehmerin: „Alle Lieder die sie kennt, die singt sie richtig mit.“*

*Moderatorin: „Ihr gefällt es gut?“*

*Vier Teilnehmer nicken zustimmend.*

Die Maßnahme, den Toilettengang mit Hilfe des Toilettenstuhles im Zimmer der Bewohnerin durchzuführen, wurde wegen mangelnder Akzeptanz der Bewohnerin nicht durchgeführt.

### Einschätzung

Zusammenfassend kann geschlussfolgert werden, dass einige der Maßnahmen aus Perspektive der Bewohnerin zu einer angenehmeren Gestaltung der Pflege geführt haben. Aus dem reibungsloseren Ablauf der Pflegehandlungen und dem ausbleibenden Abwehrverhalten der Bewohnerin lässt sich dieses ableiten. Auch die geschilderten Beobachtungen der Teilnehmer deuten auf ein verbessertes Wohlbefinden der Bewohnerin hin. Somit ist das Indiz, in Form des Verhaltens der Bewohnerin in Richtung der gewünschten Ausprägung, erkennbar.

#### **4.3.3.3 Die Teilnehmerbefragung**

Die Verwendung des Instruments der Befragung durch einen Fragebogen im Anschluss an die Lehrveranstaltung ist in der Praxis eins der wichtigsten Instrumente. Kritiker konstatieren, dass mit diesen Fragebögen lediglich die Teilnehmerzufriedenheit festgestellt wird. Diese ist am Ende der Veranstaltung stark durch die jeweilige Stimmung des Teilnehmers beeinflusst (Happy-Faktor).<sup>156</sup> Zudem kann der Teilnehmer nur das beurteilen, was er erkennt.

Dennoch liefern Fragebögen schnelle und leicht auszuwertende Informationen. Ihre Ergebnisse können als eine Art Frühwarnsystem genommen werden. Außerdem ist die Stimmung der Teilnehmer, wie erläutert, ein Faktor, der Einfluss auf das Gelingen einer Bildungsmaßnahme hat. Um diese positiven Aspekte des Fragebogens zu nutzen, wurde er in dieser Praxiserprobung eingesetzt und ausgewertet.

Der Fragebogen (siehe Anhang D) fragt mittels einer Skala von eins bis zehn, für wie geeignet die Teilnehmer die Methode der Fallarbeit zur eigenen Kompetenzentwicklung halten (1= trifft gar nicht zu bis 10= trifft voll zu). Somit wird

---

<sup>156</sup> vgl. Reischmann (2003), S.112

hier die Meinung der Teilnehmer abgefragt.<sup>157</sup> Es erfolgte der Hinweis, dass die Teilnehmer sich vorstellen sollen, welche verschiedenen Fälle mit Hilfe dieser Methode bei längerfristiger Durchführung bearbeitet werden würden, um eine Phantasie zu entwickeln, welche der Kompetenzen inhaltlich behandelt werden würden. Denn auch hier unterliegen die Teilnehmer der Einschränkung, dass sie die Fallarbeit nur anhand der einmaligen Durchführung beurteilen können und keine weitergehenden Erfahrungen vorliegen.

Die Skalierung des Fragebogens von eins bis zehn ermöglicht eine hohe Differenzierung. Der Teilnehmer wird gezwungen, eine „positive“ oder „negative“ Stellungnahme abzugeben, da durch die gerade Anzahl der Antwortmöglichkeiten eine Mittelkategorie fehlt.<sup>158</sup>

Unterschieden werden auch in diesem Fragebogen die sechs Kompetenzbereiche. Die Mitarbeiter erhielten zudem ein Erläuterungsformular zur Verdeutlichung, was sich hinter den einzelnen Kompetenzen verbirgt (siehe Anhang C). Die Mitarbeiter beantworteten jede der sechs Fragen, nachdem in der Gruppe mit Hilfe der Moderatorin die Begrifflichkeiten geklärt worden waren. Die Teilnehmer tauschten sich bei Bedarf aus, ob die Aussagen über die betreffende Kompetenz richtig verstanden wurden. Zur Veranschaulichung wurde für jede Kompetenz ein Beispiel für deren (nicht) Vorhandensein gefunden. Das Ankreuzen auf dem Fragebogen führte jeder Teilnehmer für sich durch. Diskussionen über die eigene Meinung bezüglich der Eignung wurden nicht geführt, um eine Beeinflussung untereinander zu verhindern.

Mit Hilfe der Auswertung dieser Befragung kann eine Aussage für jede der sechs Kompetenzen getroffen werden. Ein offener Fragebogen, mit qualitativ orientierten Auswertungsoptionen, wurde anfangs in Betracht gezogen. Wegen des Vorteils der schnellen Erhebungs- und Auswertungsmöglichkeit fiel dann aber die Entscheidung für den verwandten Fragebogen. Für den gewünschten Eindruck reicht die geschlossene Befragung aus.

Die Befragung wurde anonym durchgeführt, um Verzerrungen der Beantwortung durch gefürchtete Restriktionen zu vermeiden. Nach der Beantwortung wurde der Fragebogen von den Mitarbeitern jeweils in einen Umschlag gesteckt und verklebt.

---

<sup>157</sup> vgl. Reischmann (2003), S.111

<sup>158</sup> vgl. Diekmann (2003), S. 404f.

Die Fragebögen wurden als letztes ausgewertet, um keinen Einfluss auf die Beobachtung der Videoaufzeichnung auszuüben. Die Meinung hinsichtlich der Eignung der Methode zur Entwicklung der sechs Kompetenzen kann durch die Ermittlung eines Durchschnittswertes dargestellt werden:

Die Teilnehmer schätzten die Eignung der Fallarbeit, ihre **soziale Kompetenz zur Beziehungsgestaltung** zu entwickeln mit einem Durchschnittswert 8,6 von zehn Punkten ein. Vier Teilnehmer vergaben acht Punkte, zwei Teilnehmer vergaben zehn Punkte.

Der Durchschnittswert für die Einschätzung in Bezug auf die **selbstreflexive Kompetenz** beträgt ebenfalls 8,6 Punkte. Zwei Teilnehmer vergaben zehn Punkte, ein Teilnehmer neun, zwei weitere vergaben acht Punkte, und ein Teilnehmer bewertete mit sieben Punkten.

Die Eignung der Methode, die **klinische Beurteilungskompetenz** zu entwickeln schätzten die Teilnehmer für sich mit 8,8 Punkten ein. Je zwei Teilnehmer vergaben zehn bzw. neun Punkte, jeweils ein Teilnehmer vergab acht bzw. sieben Punkte.

Eine Eignung zur Entwicklung der **Kompetenz zum ethischen Urteil** bewerteten die Teilnehmer mit durchschnittlich 8,1 Punkten. Dabei vergaben je zwei Teilnehmer sieben bzw. acht Punkte, sowie je ein Teilnehmer neun bzw. zehn Punkte.

Die beste Bewertung im Sinne der Einschätzung auf Eignung erhielt die Fallarbeit für den Kompetenzbereich der **Kenntnisse und Handlungskompetenz hinsichtlich pflegerischer Maßnahmen**. Hier vergaben je drei Mitarbeiter neun bzw. zehn Punkte, woraus sich ein Durchschnittswert von 9,5 errechnet.

Die Entwicklungsmöglichkeit ihrer **Managementkompetenz** durch die Fallarbeit schätzten die Teilnehmer mit durchschnittlich acht Punkten ein, somit sind für diese Kompetenz die wenigsten Punkte vergeben worden. Zwei Teilnehmer vergaben hier neun Punkte, drei Teilnehmer acht und ein Teilnehmer sechs Punkte.

### Einschätzung

Zusammenfassend wurde die Eignung der Methode zur Kompetenzentwicklung deutlich positiv beurteilt. Die Punktwertschwankungen sind mit maximal 1,5 Punkten Unterschied zwischen dem höchsten und niedrigsten Ergebnis relativ

gering. Unter Berücksichtigung der Einschränkungen der Methode unterbleibt eine weitere Interpretation der einzelnen Ergebnisse.

Bei Betrachtung der Punktwerte ist mit diesem Fragebogenergebnis ein Indiz für die Eignung der Methode zur Entwicklung aller sechs Kompetenzbereiche gegeben.

#### **4.3.3.4 Die Selbstreflexion**

Die Einschätzung der Autorin bedarf einer selbstreflexiven Betrachtung, um den eigenen Einfluss auf Durchführungsprozess und Ergebnisse der Fallarbeit einzuschätzen.

Diese Beeinflussungen könnten durch (un)bewusste Erwartungen der Autorin zustande kommen<sup>159</sup>. Es gab für die Selbstbeobachtung die Vorgabe, Gedanken, Gefühle und Handlungen im Bezug auf die Fallarbeit im weitesten Sinne in Form von „Gedankenstichproben“<sup>160</sup> zu notieren. Diese Notizen wurden ebenfalls im Beobachtungsbogen der Feld-Notizen dokumentiert und ausgewertet.

Ziel war es, durch die Selbstreflexion den Grad der Objektivität zu erhöhen. Die Notizen brachten unerwartet viele Aspekte der eigenen Haltung und möglichen Einflussnahme zu Tage. Folgend werden zusammenfassend die prominentesten, subjektiv ausgewählten Beispiele im Verlauf beschrieben.

Anfangs bestand eine hohe Erwartungshaltung im Bezug auf die Eignung der Methode zur Kompetenzentwicklung. Dies begründet sich darauf, dass die gesichtete Literatur Erfolge für den Einsatz fallbezogener Bildungsmethoden in Aussicht stellt, und die Methode als die meist versprechende ausgewählt wurde. Diese hohe Erwartung wurde durch die praktische Durchführung bereits abgeschwächt. Die Beiträge der Teilnehmer entsprachen hinsichtlich der Kreativität bei Diagnose und Interventionsplanung nicht den erwarteten Ergebnissen der Autorin. Gerade beim Planen der Interventionen, die als wesentliches Element der Fallarbeit anzusehen sind, da sie eine Verbesserung der Problemsituation in der Praxis erwirken sollen, war ein hohes Maß an Lenkung durch die Moderatorin notwendig. Somit kam es hier nicht zu der erhofften

---

<sup>159</sup> Dieses Phänomen der selektiven Wahrnehmung ist beschrieben bei Diekmann (2003), S.44ff

<sup>160</sup> Bortz/Döring (2003), S.324

„Befruchtung“ der Teilnehmer untereinander durch Austausch über Erfahrungen und Ideen.

Ein Nachsinnen über die Gründe dieses Umstandes erbrachte die Erkenntnis, dass noch viele weitere Faktoren an dem Gelingen einer Bildungsmaßnahme beteiligt sind. Zum Beispiel kann es sein, dass Pflegende durch die stark hierarchische Gestaltung der Leitung in einem Betrieb vom eigenverantwortlichen und kreativen Denken abgehalten werden. Weitere Einflussfaktoren können die Beziehungen und Strukturen im Team selbst, die Motivationslage des Einzelnen zu Weiterbildungsmaßnahmen und noch diverse andere sein.

Durch diese Erkenntnis wurde die Erwartungshaltung der Autorin an das „Gelingen“ relativiert.

Von Seiten der Autorin bereitete es keine Probleme, die Einschränkungen der Methode gezielt zu suchen und sie zu benennen. Das Erkennen der Schwachstellen der Kompetenzklassifizierung, der Begrenzungen in Bezug auf die Eignung der Methode und der geringen Beweiskraft der Praxiserprobung entstand im Prozess der Arbeitserstellung. Zeitweilig wurde durch dieses Erkennen ein Wunsch nach „verschöner“ Darstellung und damit assoziierter Aufwertung der eigenen Leistung geweckt. Der in der Literatur beschriebene Effekt, die eigenen Ergebnisse positiv darstellen zu wollen, wurde somit in der Selbstbeobachtung wahrgenommen, und diesem Effekt konnte durch die Reflexion entgegengewirkt werden.

Die Selbstbeobachtung zeigte vor dem ersten Durchführungstermin eine hohe Motivation und eine große Bereitschaft, ein positives Arbeitsklima zu schaffen, verbunden mit dem Wunsch, positive Ergebnisse zu erzielen. Dies spiegelt sich in motivierendem Verhalten den Teilnehmern gegenüber. Die Videoaufzeichnung macht dieses deutlich. Zum Beispiel werden alle Beiträge der Teilnehmerin durch die Moderatorin mit Aufmerksamkeit verfolgt. Weiter erfolgen gelegentlich wertende Rückmeldungen wie: „Sie haben eine Reihe von guten Beobachtungen gemacht und auch benannt(...)“. Dieses Verhalten kann einerseits als Aktivität fördernd und somit beeinflussend gewertet werden. Andererseits kann es auch als wünschenswertes Verhalten eines Moderators generell angesehen werden.

Zusammenfassend ist das Ergebnis der Selbstbeobachtung, dass die Untersuchung nicht losgelöst von der Einstellung der Autorin betrachtet werden kann. Erwartungen und Vorannahmen waren vorhanden. Diese im Prozess zu dokumentieren und zu reflektieren wurde als außerordentlich hilfreich empfunden und führte nach Einschätzung der Autorin zu einer erhöhten Objektivität der Betrachtung.

## 5. Diskussion und Ausblick

In dieser Arbeit wurde die Einteilung von Kompetenzen des 4. Altenberichts gewählt. Wie beschrieben, ist diese Unterteilung nach Einschätzung der Autorin die übersichtlichste und strukturierteste, die Autoren berücksichtigen vorliegende Forschungsergebnisse. Dennoch wirft die Unterteilung Fragen auf und stellt in einigen Bereichen nicht zufrieden. Zum Beispiel erfolgt die Unterteilung in beeinflussbare bzw. entwickelbare Kompetenzen und personale Kompetenz, über die eine Person verfügt oder nicht. Diese Unterteilung ist zu hinterfragen. Die Feststellung, dass Werte und Einstellungen oder auch Bereitschaft für etwas nicht von außen beeinflussbar sind, kann angezweifelt werden. So geht beispielsweise Brunner davon aus, dass Einstellungen durch (soziale) Lernprozesse erworben werden und somit auch wieder abgelegt werden können. Für ihn sind Einstellungsänderungen somit denkbar.<sup>161</sup>

Im Altenbericht wird zum Beispiel unterstellt, dass von einer Pflegeperson erwartet werden kann zu lernen, die eigenen fachlichen Kenntnisse in Frage zu stellen (selbstreflexive Kompetenz) oder sich oder das eigene Handeln ethisch zu hinterfragen (Kompetenz zu ethischen Urteil). Die eigene Person hinsichtlich der Übertragung eigener Werte und Normen auf andere zu hinterfragen wird wiederum als mitzubringende Kompetenz angesehen. Diese Unterteilung erscheint willkürlich und nicht hinreichend begründet. Somit sei darauf verwiesen, dass Klärungsbedarf besteht für die Frage, was entwickelt werden kann und was nicht.

Weiter erscheint die Zuordnung der geforderten „grundlegenden Kenntnisse zur professionellen Pflege demenzkranker Menschen“ zu den einzelnen Kompetenzen, bzw. deren Integration, nötig, wenn man auf die Entwicklung der Kompetenzen abzielt. Die Zuordnung würde der genaueren inhaltlichen Beschreibung der einzelnen Kompetenzen dienlich sein, erfolgt jedoch nicht. Damit wird die Komponente Wissen nicht als Bestandteil der (performativen) Kompetenz angesehen. Diese Ausgliederung erscheint nicht schlüssig.

---

<sup>161</sup> Brunner (2003) S.496

Es wird als notwendig angesehen, sich unter Berücksichtigung der vorliegenden Empfehlungen von verschiedenen Seiten erneut der Aufgabe der Benennung der erforderlichen Kompetenzen für Pflegende zuzuwenden.

Die Ergebnisse der Erhebung der vorformulierten Indizien wurden dargestellt. Die kontinuierliche Beobachtung der Autorin des gesamten Prozesses erbrachte darüber hinausgehende Erkenntnisse. Diese Beobachtungen sollen an dieser Stelle als Ergänzung beschrieben werden.

Die Durchführbarkeit der Methode mitsamt allen Vorgaben wird als praktikabel eingeschätzt. Der zeitliche vorgegebene Rahmen ist angemessen für eine umfassende Bearbeitung. Die Phasen bauen logisch aufeinander auf und eine flüssige Durchführung war möglich. Sinnvoll erscheint das Einlegen einer kurzen Pause, da in der zweiten Hälfte Anzeichen von Ermüdung (Blicke zur Uhr, längere Schweigephasen) zu bemerken waren.

Anzumerken ist, dass die Vermittlung von Fertigkeiten oder gewisser theoretischer Grundlagen nicht durch die Fallarbeit alleine geschehen kann. Dies lässt sich am Beispiel des Konzeptes der Validation erläutern. Validation ist eine Komponente der geforderten Kompetenz „Kenntnisse und Handlungskompetenz hinsichtlich pflegerischer Maßnahmen“ und wurde in der durchgeführten Fallarbeit nicht thematisiert.

Ein solch umfassendes Konzept bedarf der Vermittlung der grundlegenden Elemente dieses Ansatzes. Dieses Wissen zu lehren und die Anwendung einzuüben ist im Rahmen der Fallarbeit sicher nicht möglich und müsste gesondert erfolgen. Diese Notwendigkeit, der Schaffung von Grundlagenwissen, ist auch auf für andere Komponenten dieser Kompetenzen erkennbar, z.B. die Kenntnisse der unterstützenden Maßnahmen, also Hilfsmittel oder Finanzierungsmöglichkeiten. In Teilaspekten ist die Thematisierung dieser Inhalte denkbar, und auch bei der Reflektion der Anwendung der Validation kann die Fallarbeit hilfreich sein. Es erscheint aber sinnvoll, im Vorwege notwendiges Basiswissen oder Basisfertigkeiten zu vermitteln.

Somit erscheint die Methode zur Entwicklung von Wissens- und Fertigkeitskomponenten nur bedingt geeignet, hierbei sollten andere Methoden ergänzend eingesetzt werden. Ggf. könnte die Fallarbeit auch modifiziert werden.

Fallen z.B. beim Durchführen der Fallarbeit Wissensdefizite auf, könnte der Moderator diese spontan ergänzen (z.B. im Anschluss an die Veranstaltung), denkbar jedoch nur für überschaubare Inhalten (wie beispielsweise Nebenwirkungen eines bestimmten Medikaments). Andernfalls müssten die Informationen an die entsprechende Stelle weitergeben werden, damit den Mitarbeitern zeitnah eine Wissensvermittlung auf andere Weise zur Verfügung gestellt wird. Im diesem Sinne könnte der Einsatz der Methode durch Modifizierung oder Ergänzung optimiert werden.

Eine weitere Auffälligkeit war in der Evaluationsphase zu finden. Hier wurden von Seiten der Teilnehmer unaufgefordert Vorschläge für weitere Interventionen eingebracht. Mit diesen Vorschlägen zeigten die Teilnehmer in der Evaluationsphase mehr Initiative als in der Phase der Interventionsplanung beim vorangegangenen Termin. Dort wurde lediglich eine Intervention von Seiten der Teilnehmer vorgeschlagen, die anderen mussten durch Moderation entwickelt werden. So stellt sich die Frage nach der Ursache dieser Beobachtung. Mutmaßlich kann es daran liegen, dass die Teilnehmer beim zweiten Termin „aufgetaut“ waren und sich mutiger für kreative Vorschläge zeigten. Diese erstmalige Durchführung könnte von der anfänglichen Scheu der Teilnehmer durch die Konfrontation mit einer neuen und ihnen unbekanntem Situation geprägt worden sein.

Ein anderer Erklärungsansatz ist, dass die Teilnehmer durch die erste Sitzung sensibilisiert wurden und in dem darauf folgenden Praxiseinsatz gewisse Aspekte aufmerksamer beobachteten.

Diese Veränderung im Verhalten der Teilnehmer bereits als Indiz für die Entwicklung von Kompetenz zu bewerten, erscheint denkbar, entbehrt jedoch einer Grundlage. Jedoch erscheint diese Beobachtung beachtenswert und führt zu einer Bestärkung der Empfehlung, die Methode der Fallarbeit fortlaufend anzubieten<sup>162</sup>.

Die Moderation als wichtigen Baustein zum Gelingen der Methode zu betrachten erweist sich nach der Praxiserfahrung als gerechtfertigt. Der aufmerksame

---

<sup>162</sup> vgl. Hennig (2004), S.122

Moderator wird die Methode nutzen können, um Kompetenzdefizite bei den Teilnehmern zu ermitteln. So wie in diesem Praxisbeispiel auffiel, dass die Teilnehmer Scheu beim kreativ Werden haben oder über mangelnde Kenntnisse der Validation verfügen.

Größtmögliche Erfahrung sowie Wissen im Fachgebiet Demenz ermöglichen es außerdem, dass die Teilnehmer nicht nur untereinander, sondern auch vom Moderator lernen.

Günstig wäre es im Sinne des Praxisbezugs, wenn mindestens ein Teilnehmer aus der Gruppe über ein hohes Kompetenzniveau verfügt, und somit anstelle des Moderators zum „Lernen vom Experten“ zur Verfügung steht. Dies wäre insofern ein Vorteil, da ein Mitarbeiter des Betriebes durch die Tätigkeit im Praxisfeld mehr „Innensicht“ hat als der Moderator und in die Gruppe der übrigen teilnehmenden Mitarbeiter integriert ist. Dies könnte zur besseren Akzeptanz der Beiträge und Anregungen in der Gruppe führen.

In dieser Praxisdurchführung waren die Mitarbeiter auf niedrigem Kompetenzniveau in der Überzahl. Die inhaltliche Qualität der Fallarbeit hätte nach Einschätzung der Autorin von der Teilnahme weiterer erfahrener Mitarbeiter profitiert.

Trotz der möglichen Lenkung der Inhalte durch den Moderator erscheint die Fallarbeit zur Förderung einiger Kompetenzen geeigneter als für andere. So wird nach der Erfahrung dieser einmaligen Durchführung die besondere Eignung für die Anbahnung der ersten vier Kompetenzen gesehen. Diese Einschätzung unterliegt jedoch ausdrücklich dem Hinweis, dass sich diese Gewichtung im Verlauf von mehreren Durchführungen durchaus verschieben kann.

Mit Sicherheit kann jedoch rein durch die inhaltliche, strukturelle Vorgabe der vier Phasen der Schluss gezogen werden, dass bei jeder Durchführung der Fallarbeit beschreibende Elemente von Zustand und Wahrnehmungen im Sinne der Kompetenzen eins (soziale Kompetenz zur Beziehungsgestaltung) und drei (klinische Beurteilungskompetenz- hier besonders das Erkennen von Verhaltensursachen) behandelt werden. Dies wird bereits in der Durchführung der Anamnese- und Diagnosephase sichergestellt.

Wie im Kapitel über den Kompetenzbegriff deutlich wurde, handelt es sich bei Kompetenz um ein vielschichtiges Konstrukt. Es wird stets schwierig oder

unmöglich sein, Kompetenz zu operationalisieren. Dennoch muss beim Blick in die Praxis dieses Vorhaben weiter verfolgt werden. Die Praxis stellt Anforderungen an Personalauswahl, -fort- und -weiterbildung. Die Beschreibung der gesellschaftlichen Situation machte die Herausforderungen der Zukunft bezüglich der Pflege von Menschen mit Demenz deutlich.

Zur Überprüfung der Wirksamkeit der Methode wäre nun, nachdem sich Hinweise auf Wirksamkeit gezeigt haben, eine Evaluation zu planen. Hierbei stellt sich die Frage nach dem Vorgehen. Denkbar wäre eine Beobachtung der Pflegenden in der Praxis. Auch das Verhalten der Menschen mit Demenz kann beobachtet werden. Ein weiterer Ansatz zur Kompetenzmessung findet sich bei Benner. Sie schlägt erzählende Beschreibungen kritischer Situationen als Methode der Leistungsbeurteilung vor.<sup>163</sup>

Abschließend wird die Eignung der Methode für die drei wichtigsten Sektoren der Pflege skizziert. Die multiperspektivische Fallarbeit scheint für den Einsatz in der Akutversorgung nicht geeignet. Die durchschnittlich kurze Verweildauer erlaubt kein intensiveres Kennen lernen und ausführliches Beobachten des Menschen mit Demenz. Ein Aufenthalt von ca. sechs Wochen wäre mindestens notwendig, um pro Fallgeber die vier Phasen und somit zwei Termine zu gestalten. Ein deutlich längerer Verweilzeitraum wäre zugunsten der Tiefe der Fallbearbeitung wünschenswert. Diese Voraussetzung ist in der Akutversorgung in den seltensten Fällen gegeben.

Der Einsatz in der ambulanten und auch stationären Altenpflege wird als sinnvoll angesehen. Hier sind die geforderten Voraussetzungen erfüllt. Ein Team ist in die Versorgung involviert, denkbar wäre sogar die Einbeziehung weiterer Berufsgruppen oder pflegender Angehöriger.

So erfüllte die Arbeit die in sie gesetzten Erwartungen. Interessante und erhellende Aspekte zum Thema Qualifizierung für die Pflege des Menschen mit Demenz sind zu Tage getreten. Neue Aufgaben, das Thema betreffend wurden aufgezeigt. Was bleibt ist die Hoffnung, der kommenden Herausforderung der

---

<sup>163</sup> vgl. Benner (1994), S.180

Pflege des Menschen mit Demenz in seinem Sinne als Profession Pflege gerecht werden zu können.

## Literaturverzeichnis

Benner, Patricia (1994): Stufen zur Pflegekompetenz. From Novice to Expert. Bern u.a.: Verlag Hans Huber

Bickel, Horst (2002): Das Wichtigste 1. Die Epidemiologie der Demenz. In: Das Wichtigste – Informationsblätter. Berlin: Deutsche Alzheimergesellschaft [online]  
URL: <http://www.deutsche-alzheimer.de/index.php?id=37&nocache=1&file=7&uid=224> [Stand: 23.05.2006]

Blinkert, Baldo; Klie, Thomas (2004): Solidarität in Gefahr? Pflegebereitschaft und Pflegebedarfentwicklung im demografischen und sozialen Wandel. Hannover: Vincentz Verlag

Bölicke, Claus, Steinhagen-Thiessen, Elisabeth (2002): Qualität in der Pflege dementierender alter Menschen. Pflegequalitätskonzepte für dementiell Erkrankte. In: Igl, G. et al. (Hrsg.): Qualität in der Pflege. Betreuung und Versorgung von pflegebedürftigen alten Menschen in der stationären und ambulanten Altenhilfe. Stuttgart: Schattauer, S.179-190

Bortz, Jürgen; Döring, Nicola (2003): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. Berlin u.a.: Springer-Verlag

Bosch, Corry F.M. (1998): Vertrautheit. Studie zur Lebenswelt dementierender alter Menschen. Wiesbaden: Ullstein Medical Verlag

Brunner, Ewald Johannes (2003): Pädagogische Interaktion. In: Auhagen, Ann Elisabeth; Bierhoff, Hans-Werner (Hrsg.): Angewandte Sozialpsychologie. Das Praxishandbuch. Weinheim u.a.: Beltz Verlag, S.495-510

Buber, Martin (1995): Ich und Du. Stuttgart: Reclam

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

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe: Weiterbildung/Zusatzqualifikation  
Gerontopsychiatrie/Demenz. [online] URL:  
<http://www.dbfk.de/baw/fortundweiter/gerontopsychiatrie.htm>, [Stand: 08.07.2008]

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (Hrsg.) (2003): Stationäre Versorgung von  
Alzheimer-Patienten. Leitfaden für den Umgang mit demenzkranken Menschen.  
4.aktualisierte Auflage. Berlin: Meta Data

Diekmann, Andreas (2003): Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden,  
Anwendungen. 10. Auflage. Reinbek: Rowohlt

Dudenredaktion: Duden. Das Fremdwörterbuch. 5.Auflage. Mannheim:  
Dudenverlag 1990

Gnahn, Dieter (2007): Kompetenzen - Erwerb, Erfassung, Instrumente.  
Studientexte für Erwachsenenbildung. Buchreihe des Deutschen Instituts für  
Erwachsenenbildung (DIE). Bielefeld: Bertelsmann Verlag

Günther, Ullrich (2003): Basics der Kommunikation. In: Auhagen, Ann Elisabeth;  
Bierhoff, Hans-Werner: Angewandte Sozialpsychologie. Das Praxishandbuch.  
Weinheim u.a.: Beltz Verlag, S.17-42

Halek, Margareta; Bartholomeyczik, Sabine (2006): Verstehen und Handeln.  
Forschungsergebnisse zur Pflege von Menschen mit Demenz und  
herausforderndem Verhalten. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft

Hennig, André (2004): Multiperspektivische Fallarbeit. In: Wißmann, Peter (Hrsg.): Werkstatt Demenz. Hannover: Vincentz Verlag, S.106-127

Holoch, Elisabeth (2002a): Situiertes Lernen und Pflegekompetenz. Entwicklung, Einführung und Evaluation von Modellen situierten Lernens in der Pflegeausbildung. Bern u.a.: Verlag Hans Huber

Holoch, Elisabeth (2002b): Situiertes Lernen – Eine Basis zur Entwicklung von transferfördernden Modellen für die Pflegeausbildung. In: Görres, Stefan et al. (Hrsg.): Auf dem Weg zu einer neuen Lernkultur: Wissenstransfer in der Pflege. Bern u.a.: Verlag Hans Huber, S.253-265

Hundenborn, Gertrud (2006): Fallorientierte Didaktik in der Pflege. Grundlagen und Beispiele für Ausbildung und Prüfung. München: Urban & Fischer bei Elsevier

Kittwood, Tom (2005): Demenz. Der personen-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Bern u.a.: Verlag Hans Huber

Kooij, Cora van der (2004): Demenzpflege: Herausforderung an Pflegewissen und Pflegewissenschaft. In: Tackenberg, Peter und Abt-Zegelin, Angelika (Hrsg.): Demenz und Pflege. Eine interdisziplinäre Betrachtung. 4.Auflage. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag, S.62-76

Lind, Sven (2000): Umgang mit Demenz. Wissenschaftliche Grundlagen und praktische Methoden. Münster: Agenda Verlag

Meixner, Hanns-Eberhard (1995): Überzeugen statt Anweisen. 2., überarbeitete Auflage. Bornheim: Hanseatischer Fachverlag für Wirtschaft

Müller, Burkhard (2006): Sozialpädagogisches Können. Ein Lehrbuch zur multiperspektivischen Fallarbeit. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag

Olbrich, Christa (1999): Pflegekompetenz. Bern u.a.: Verlag Hans Huber

Olbrich, Christa (2001): Kompetenz und Kompetenzentwicklung in der Pflege- Eine Theorie auf Grundlage einer empirischen Studie. In: Kriesel, Petra, Krüger, Helga; Piechotta, Gudrun: Pflege lehren- Pflege managen. Eine Bilanzierung innovativer Ansätze. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, S.271-287

Olfert, Klaus; Steinbuch, Pitter A. (1999): Personalwirtschaft. 8. Auflage. Ludwigshafen: Friedrich Kiehl Verlag

o.V.: Europäische NEXT-Studie. [online] URL:

[http://www.next.uni-wuppertal.de/dt/studie\\_dt.htm](http://www.next.uni-wuppertal.de/dt/studie_dt.htm), Stand: [13.05.2008]

Pawletko, Klaus (2003): Wohngemeinschaften für Demenzkranke. Entwicklung und Perspektiven. In: Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (Hrsg.): Stationäre Versorgung von Alzheimer-Patienten. Leitfaden für den Umgang mit demenzkranken Menschen. 4. aktualisierte Auflage. Berlin: Meta Data

Polany, Michael (1985): Implizites Wissen. Frankfurt am Main: Suhrkamp

Reischmann, Jost (2003): Weiterbildungs-Evaluation. Lernerfolge messbar machen. Neuwied: Luchterhand

Rogers, Carl R. (2004): Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis. 4. Auflage. Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag

Schofield, Joanne: Den Alltag beobachten. In: Altenpflege 11/2005, S.42-44

Schwerdt, Ruth; Tschainer, Sabine (2002): Spezifische Anforderungen an die Pflege demenziell erkrankter Menschen. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): Expertise zum Vierten Altenbericht der Bundesregierung. Band III. Hochaltrigkeit und Demenz als Herausforderung an die Gesundheits- und Pflegeversorgung. Hannover: Vincentz Verlag, S.181-288

Stangel-Meseke, Martina; Gluminski, Iris (1990): Weiterbildungsevaluation. In: Geißler, Karlheinz; Laske, Stephan; Orthey, Astrid (Hrsg.): Handbuch Personalentwicklung: Beraten, Trainieren, Qualifizieren. Köln: Dt. Wirtschaftsdienst, S.1-23

Steiner, Edmund (2004): Erkenntnisentwicklung durch Arbeiten am Fall. Ein Beitrag zur Theorie fallbezogenen Lehrens und Lernens in Professionsausbildungen mit besonderer Berücksichtigung des Semiotischen Pragmatismus von Charles Sanders Peirce. Dissertation. [online] URL: <http://www.dissertationen.unizh.ch/2005/steiner/diss.pdf> [Stand: 21.07.2008]

Weiß, Reinhold (1997): Methoden und Faktoren der Erfolgsmessung in der betrieblichen Weiterbildung. In: Grundlagen der Weiterbildung- Zeitschrift. 8.Jahrgang. Heft 3. Neuwied: Luchterhand, S.104-108

Wißmann, Peter (2004): Lernbegleitung statt Fortbildung. In: Wißmann, Peter (Hrsg.): Werkstatt Demenz. Hannover: Vincentz Verlag, S.59-74

Wittneben, Karin (2002): Könnerschaft in der Pflege- Transfer und Transformation von pflegerischem Wissen. In: Görres, Stefan et al. (Hrsg.): Auf dem Weg zu einer neuen Lernkultur: Wissenstransfer in der Pflege. Bern u.a.: Verlag Hans Huber, S.88-95

Wottawa, Heinrich; Thierau, Heike (2003): Lehrbuch Evaluation. 3., korrigierte Auflage. Bern u.a.: Verlag Hans Huber

Zimbardo, Philip G. (1995): Psychologie. 6. neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Berlin u.a.: Springer Verlag

## Anhang

Anhang A: Beobachtungsbogen Inhalte .....	A-1
Anhang B: Beobachtungsbogen Aktivität .....	B-3
Anhang C: Erläuterungen zum Fragebogen .....	C-5
Anhang D: Fragebogen .....	D-6
Anhang E: Die Komponenten der sechs Kompetenzen.....	E-7

## Anhang A: Beobachtungsbogen Inhalte

	Beispiel mit Name des Mitarbeiters und Quellenverweis (Ort auf dem Datenträger, Nummer des Datenträgers)
1.1 Gibt Auskunft/erfragt über Biographie allgemein	
1.2 Speziell	
1.3 Berichtet über die Wahrnehmung von Befindlichkeiten aus Sicht des Pflegebedürftigen	
1.4 Berichtet, Wahrnehmungslichtungen genutzt zu haben	
2.1 Hinterfragt sich oder andere	
2.2 Erkennt Notwendigkeit zur Reflexion	
3.1 Beschreibt/ erfragt Zustand	
3.2 Erfragt/ beschreibt Potentiale. Schlägt vor	
4. Ethische Fragen werden aufgeworfen, ethische Aspekte angesprochen	
5.1 Beschreibt Ablauf von	

Pflegehandlungen, gibt Begründungen, erfragt Ablauf, schlägt begründet Änderung vor	
5.2 Schlägt unterstützende Maßnahmen vor bzw. erfragt Möglichkeiten (Hilfsmittel, Finanzierungsmöglichkeiten)	
5.3 Gibt Anregung zur Validation bzw. fragt dieses nach	
5.4 Schlägt Beratung oder Anleitung der Angehörigen vor	
6.1 Gibt Vorschläge oder Beispiele für Zeitmanagement	
6.2 Verlaufsmanagement/ Pflegebedürftigkeitsprozesssteuerung wird erwähnt	
6.3 Gibt an, in welchen Bereichen Examen zur Versorgung notwendig ist	

## Anhang B: Beobachtungsbogen Aktivität

<b>Teilnehmer</b>	<b>Anzeichen von Aktivität</b> (I = Wortäußerung oder eindeutige Kopfbewegung, schriftliche Bemerkung zum Blickverhalten)
Teilnehmer 1	
Teilnehmer 2	
Teilnehmer 3	

Teilnehmer 4	
Teilnehmer 5	
Teilnehmer 6	

# Anhang C: Erläuterungen zum Fragebogen

## Erläuterungen zum Fragebogen

1. **soziale Kompetenz zur Beziehungsgestaltung** meint:
  - sich in die Lage des Bewohners hineinversetzen zu können.
  - Kenntnisse über die Biographie des Bewohners und die biographischen Besonderheiten seiner Altersgruppe zu haben.
  - Befindlichkeiten und Tagesform des Bewohners wahrzunehmen.
2. **Selbstreflexive Kompetenz** meint:
  - Die Bereitschaft, bisheriges Wissen und Handeln zu hinterfragen.
  - Sich Zeit zu nehmen, um Wissen und Handeln zu hinterfragen.
3. **Klinische Beurteilungskompetenz** meint:
  - Den Pflegebedarf des Bewohners einschätzen zu können.
  - Die Ressourcen des Bewohners einschätzen zu können.
  - Das Umfeld (Angehörige, Wohnraumgestaltung) einschätzen und Verbesserungspotentiale erkennen zu können.
4. **Kompetenz zum ethischen Urteil** meint:
  - In der Lage zu sein, ethische Entscheidungen treffen zu können.
  - Ethische Dilemmata erkennen zu können.
5. **Kenntnisse und Kompetenz hinsichtlich pflegerischer Maßnahmen** meint:
  - In der Durchführung der pflegerischen Tätigkeiten sicher zu sein.
  - Bei Abweichungen vom üblichen Verlauf der Pflegehandlung Begründungen nennen zu können.
  - Die Pflegesituation für den Bewohner möglichst stressfrei gestalten zu können.
  - Validation erklären und anwenden zu können.
  - Personen im Umfeld des Bewohners anleiten und beraten zu können (pflegerische Handlungen, Alltagsbegleitung, Hilfsmittel, Finanzierung...)
6. **Managementkompetenz** meint:
  - Bei Personalmangel oder knapper Zeit entscheiden können, was wichtig ist (Zeitmanagement)
  - Die Tagesstruktur und die Angebote (Freizeit, Sinneswahrnehmungen...) für den Bewohner gestalten können.
  - Bei Übergängen (z.B. Krankenseinlieferung) für den Bewohner stellvertretend die Organisation übernehmen zu können.

Nur examinierte Kräfte:

  - Entscheiden zu können, wann pflegerische Tätigkeiten an ungelernete Kräfte delegiert werden können.

## Anhang D: Fragebogen

### Fragebogen

Ich halte die durchgeführte Form der Fallarbeit für geeignet,...

1. meine soziale Kompetenz zur Beziehungsgestaltung zu entwickeln.

Trifft gar nicht zu            trifft voll zu  
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. meine selbstreflexive Kompetenz zu entwickeln.

Trifft gar nicht zu            trifft voll zu  
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. meine klinische Beurteilungskompetenz zu entwickeln.

Trifft gar nicht zu            trifft voll zu  
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. meine Kompetenz zum ethischen Urteil zu entwickeln.

Trifft gar nicht zu            trifft voll zu  
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. meine Kenntnisse und Handlungskompetenz hinsichtlich pflegerischer  
Maßnahmen zu entwickeln.

Trifft gar nicht zu            trifft voll zu  
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. meine Managementkompetenz zu entwickeln.

Trifft gar nicht zu            trifft voll zu  
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Danke für Ihre Teilnahme!!!

## **Anhang E: Die Komponenten der sechs Kompetenzen**

### **Die Komponenten der sechs Kompetenzen**

1.1 Kenntnisse Biographie allgemein

1.2 Kenntnisse Biographie speziell

1.3 Wahrnehmung von Befindlichkeiten aus der Perspektive des Pflegebedürftigen

1.4 Wahrnehmungslichtungen erkennen und nutzen

2.1 Sich oder andere hinterfragen (Bereitschaft dazu)

2.2 Notwendigkeiten zur Reflexion erkennen (Zeit dafür nehmen)

3.1 Zustände erkennen und beschreiben

3.2 Potentiale/Ressourcen erkennen (des Pflegebedürftigen sowie des Umfeldes)

4. Ethische und moralisch Fragestellungen werden erkannt. Entscheidungen begründet.

5.1 Pflegehandlungen kennen, Ablauf, Änderungen begründen

5.2 Unterstützende Maßnahmen (Hilfsmittel, Finanzierungsmöglichkeiten)

5.3 Konzept der Validation

5.4 Beratung oder Anleitung der Angehörigen

6.1 Zeitmanagement

6.2 Verlaufsmanagement/ Pflegebedürftigkeitsprozessessteuerung

6.3 Erkennen, in welchen Bereichen Examen zur Versorgung notwendig ist

## **Eidesstattliche 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.

Rethwisch, den 25.07.2008