

Demenzpflege Theorie

Ansätze für die Entwicklung einer Mikrotheorie für Menschen mit schwerer Demenz und Verhaltenssymptomen

Judith Dominguez

1 Inhaltsverzeichnis

2	Einleitung.....	2
3	Methode	3
4	Demenz mit Verhaltenssymptomen.....	3
4.1	Verhaltenssymptomatik	4
4.1.1	Definition	4
4.1.2	Agitation	4
4.2	Ursachen und Erklärungsmodelle	5
4.2.1	Somatische Ursachen	6
4.2.2	psychologische Ursachen	6
4.2.3	ökologische Ursachen.....	8
5	Pflege Theorien	8
5.1	Einführung.....	8
5.2	Pflegeempfänger.....	8
5.3	Gesundheit.....	9
5.4	Hauptzweck und Aufgabe der Pflege	10
5.5	Umgebung.....	10
5.6	Ausgewählte theoretische Ansätze	11
5.6.1	Bedürfnistheorien	11
5.6.2	Interaktionstheorien	14
5.6.3	Ergebnistheorien	15
5.6.4	Personenzentrierte Ansätze	16
6	Schlussfolgerungen.....	19
7	Ansätze für eine Demenzpflege Theorie.....	20
8	Literaturangaben	22

2 Einleitung

Die Prävalenz demenzielle Störungen steigt mit dem Alter an und wegen der demografischen Entwicklung, leben heute mehr Menschen mit Demenzerkrankungen als je zuvor. Die Prävalenzrate für die über 90 Jährigen beträgt in der Schweiz 25% und nur 8% der demenzkranken Menschen sind jünger als 70.¹ Will man groben Schätzungen aus Deutschland glauben, so sind in stationären Institutionen der Altenpflege ungefähr 60% der Bewohnenden demenzkrank, auch wenn nur bei rund einem Drittel eine solche Krankheit diagnostiziert ist.²

Die heute zur Verfügung stehende Medizinisch-Pharmakologische Behandlung von Verhaltensstörungen sind wenig effektiv. Meist werden sedierende Medikamente (44%), Antidepressiva (26%), Neuroleptika (25%) und Antidementia (11%) verabreicht.³ Mit einer Heilung dieser chronischen degenerativen Krankheit ist in nächster Zukunft nicht zu rechnen und auch wenn eine Krankheitsverzögerung durch medikamentöse Behandlung heute teilweise schon erfolgreich ist, bleibt die Pflege demenzkranker Menschen eine der grössten Herausforderung in unserer Zeit. Verhaltenssymptome bei Demenz sind ein wichtiger Grund für den Eintritt in Institutionen der Langzeitpflege.⁴ Sie gehören neben Tod und Sterben zu den grössten Belastungen sowohl für die Pflegenden als auch für die Angehörigen und beeinträchtigen die Lebensqualität der Mitbewohnenden mit unter beträchtlich. Es sind vor allem Aggressivität, der Kontrollverlust über das eigene Verhalten, Eigensinn, die Unvorhersehbarkeit des Verhaltens, die diese Belastungen erzeugen.⁵ Zudem vokale Störungen wie Schreien und Rufen, die bei den Pflegenden Frustration, Ärger und ein sich vom Betroffenen distanzieren zur Folge haben.⁶ Sie stören die Qualität der zwischenmenschlichen Beziehungen und beeinflussen das gesamte Umfeld.⁷

Pflegelehren sind die Grundlage des pflegerischen Handeln in der Praxis und geben Antworten auf die Frage, nach den Ziele und Aufgaben der Pflege. Sie zeigen die Notwendigkeit von Pflegeinterventionen auf und machen die Leistungen für die Kostenträger transparent und nachvollziehbar. In der Pflegewissenschaft spielt das Alter eine eher untergeordnete Rolle und die Herausforderungen der Pflege alter Menschen werden darin kaum thematisiert.⁸ In Mitteleuropa, wo die Pflegewissenschaft erst vor wenigen Jahren eine akademische Disziplin geworden ist, steckt die Entwicklung von Pflegelehren ganz allgemein noch in den Kinderschuhen. Theorien mit klar formulierten Definitionen über Pflege, die anhand wissenschaftlicher Kriterien erstellt und überprüft werden, machen Leistungen erst transparent und ermöglichen es den Pflegenden diese zu thematisieren.⁹ In der Pflegewissenschaft besteht heute Konsens darüber, dass situationsbezogene Mikrotheorien, die sich auf bestimmte Altersgruppen oder Krankheitsbilder beschränken, dringend notwendig sind, aber bislang noch nicht entwickelt wurden.¹⁰ Dies ist erstaunlich in Anbetracht der demografischen Entwicklung und der Prävalenz der Demenz und dem Potential für die Pflege, sich innerhalb dieses Bereiches als unabhängige Profession zu etablieren.

Das Krankenversicherungsgesetz schreibt in der Leistungsverordnung für die Krankenpflege in Pflegeheimen vor, dass die Versicherungen nur Kosten von Untersuchungen, Behandlungen und Pflegeleistungen übernimmt, die auf ärztliche Verordnung hin oder im ärztlichen Auftrag erbracht werden. Leistungen in diesem Sinne sind Abklärungs- und Beratungsgespräche, Untersuchungen wie Blutdruckmessen, Behandlungen wie Wundversorgung und die Grundpflege wie Dekubitusprophylaxe oder Hilfe beim Essen und Trinken. Für Menschen mit

psychogeriatrischen Erkrankungen können zudem Orientierungshilfen, Kontrollen und Gespräche oder Zuwendung für Menschen, die mit ihrem Verhalten das Umfeld belasten, verrechnet werden. Die typische somatische Krankheitsorientierung der Hausärzte und Altenpflegenden stösst aber in der Demenzpflege an Grenzen und die Pflegenden sind meist stark überfordert.¹¹ Die Vielzahl der heute angewandten Pflegeinterventionen für Demenzkranke mit Verhaltenssymptomen erfüllen das Kriterien der nachgewiesenen Effektivität noch nicht.¹² Es fehlen Beschreibungen über die Pflegeempfänger und über die Aufgabe der Pflege, die Ziele der Pflegeinterventionen und Instrumente für deren Evaluation. In der praktischen Pflege dementiell erkrankter Menschen mit Verhaltenssymptomen ist Verwirrung beobachtbar. Einerseits ist unklar, ob Verhaltenssymptome durch Interventionen vermindert werden sollen oder ob die Autonomie des dementiell erkrankten Menschen dadurch unnötigerweise eingeschränkt wird. Andererseits stellt sich den Pflegenden die Frage, ob Beschäftigungen wie Singen und Spielen Aufgabe der Pflege sind, diese als therapeutische Interventionen verstanden werden können und Verhaltenssymptome dadurch tatsächlich vermindert werden. Eine Demenzpflegelehre könnte die Grundlage sein, um Antworten auf diese Fragen zu finden.

3 Methode

Für eine Annäherung an die gestellten Fragen wird in einem ersten Schritt mit Hilfe von Fachliteratur das Phänomen der Verhaltenssymptome bei schwerer Demenz beschrieben. Aus dem gesamten Verhaltenskomplex wurde dafür das häufig beobachtbare und besonders problematische Verhalten der Agitation ausgewählt. Um die Verhaltenssymptomatik besser zu verstehen, werden deren mögliche Ursachen diskutiert und Erklärungsmodelle erläutert.

In einem zweiten Schritt werden die Bestandteile von Pflegelehren und in der Praxis häufig verwendete Theorien vorgestellt. Diese Theorien werden in Bezug auf Demenz mit Verhaltenssymptomen auf ihre Eignung hin beschrieben.

Und als dritter Schritt werden die Erkenntnisse und Erkenntnislücken kurz zusammengefasst und Ansätze für die Entwicklung einer Demenzpflegelehre aufgeführt.

4 Demenz mit Verhaltenssymptomen

Der Morbus Alzheimer ist die wichtigste Demenzerkrankung und in 50% aller Fälle die Ursache dementieller Störungen. In 20% der Fälle liegt eine vaskuläre Demenz vor, die auch als Multiinfarktdemenz bezeichnet wird. In 25% der Fälle kommen diese beiden Demenzformen kombiniert vor und dies wird als gemischtes psychoorganisches Syndrom bezeichnet.¹³ Daneben gibt es aber eine Reihe weiterer primärer und sekundäre Demenzformen, die sich in ihrer Ursache zwar unterscheiden, aber nur wenig in den beobachtbaren Symptomen. Zwar gehören beispielsweise optisch szenische Halluzinationen zwingend zu einer Lewy-Körperchen Demenz, können aber auch bei allen anderen Demenzkrankheiten auftreten. Die unterschiedliche Ausprägung der Verhaltenssymptome bei den verschiedenen Demenzformen ist kaum untersucht worden.¹⁴ Deswegen wird in den folgenden Erläuterungen nur der Überbegriff Demenz benutzt, sofern nicht Forschungsergebnisse, die bei nur einer Demenzkrankheit durchgeführt wurden, vorgestellt werden.

4.1 Verhaltenssymptomatik

4.1.1 Definition

Verhalten ist ein aktiver Vorgang lebender Organismen. Menschliches Verhalten wird sowohl als Resultat rationaler Entscheidungen gesehen, als auch als Ausdruck seiner Emotionen. Die psychobiologischen Emotionsmechanismen werden heute intensiv untersucht. Man geht davon aus, dass Emotionen einen starken Einfluss auf das Verhalten haben. Diesen Zusammenhang und den neurobiologischen Prozess dazu zu untersuchen, ist allerdings nicht einfach und deshalb sind viele Fragen noch offen.¹⁵ Unter Sozialverhalten wird das Verhalten von Menschen als Reaktion auf Gruppenmitglieder verstanden, das soziale Verhalten beinhaltet die Mimik, Gestik, Sprache, Handlung oder Unterlassung, die von andern in einer bestimmten Situation erwartet werden. Die Verhaltensbiologie beschäftigt sich mit den aktiven Veränderungen eines Lebewesens als Anpassung an die Umweltbedingungen, die beobachtbar und messbar sind, wie zum Beispiel die Körperhaltung, Bewegungen, Laute, Körperabsonderungen, die der Verständigung dienen, Farb- und Formveränderungen oder Gesten. In der Biologie werden diese Anpassungsleistungen sowohl als genetisch beeinflusst, als auch in Lernprozessen erworben begriffen. Wiederholt sich in bestimmten Situationen das Verhalten in immer gleicher Art und Weise, spricht man sowohl in der Biologie als auch in Soziologie und Psychologie von Verhaltensweisen.¹⁶ Synonym wird der Begriff Benehmen verwendet. Das Benehmen umschreibt das Betragen, die Lebensart, die Erziehung oder Kinderstube, die Umgangsformen, das Auftreten, die Haltung, der Anstand, die Manieren und wer sich nicht zu benehmen weiss, der ist unhöflich.¹⁷ Wegen der herausragenden Bedeutung der Verhaltenssymptomatik für die Pflege und Betreuung bezeichnet man diese in der Pflegewissenschaft des deutschen Sprachraums als Verhaltensstörungen, Verhaltensauffälligkeiten oder als herausforderndes Verhalten. Im englischen Sprachraum wird dieser Symptomkomplex als challenging behaviour, maladaptive, dysfunctional oder treffender als BPSD behavioural and psychological symptoms of dementia bezeichnet.¹⁸ Diese Begriffe des englischen Sprachraumes implizieren eher einen intrinsischen Ursprung des Verhaltens, also durch den Demenzkranken selbst ausgelöstes, während die deutschen Begriffe den Einfluss des Umfeldes als Auslöser in den Vordergrund stellen. Welche beobachtbaren Verhaltensweisen zu diesem Symptomkomplex gezählt werden, ist uneinheitlich. So werden Wahnvorstellungen und Halluzinationen, sofern sie sich für das Umfeld nicht störend oder auffällig manifestieren, nicht zu den Verhaltenssymptomen gezählt. Ebenso wird das Leitsymptom, die Fehlinterpretation der Realität, nur dann als inappropriate (unangemessenes) Verhalten beschrieben, wenn dieses für das Umfeld auffällig ist.¹⁹ In einer Konsenskonferenz einigten sich 1996 660 Experten der Internationalen Association (IPA) auf den Begriff BPSD mit der folgenden Definition: „Der Begriff Verhaltensstörungen sollten durch den Begriff verhaltensbezogene und psychologische Symptome der Demenz (BPSD) ersetzt werden, der definiert ist als: Symptome gestörter Wahrnehmung, Denkinhalte, Stimmung oder Verhalten, die häufig bei Patienten mit Demenz auftreten.“²⁰

4.1.2 Agitation

Darunter werden zusammenfassend unangemessene verbale, vokale oder motorische Aktivitäten verstanden. Der Begriff kommt aus dem englischen und bedeutet Unruhe, Bewegung, Aufregung, Erregung, Rastlosigkeit. In der Psychologie wird Agitation als erregte Bewegung und wiederholte unproduktive Aktivität

bezeichnet. Die Prävalenz beträgt 44% und die Inzidenz innerhalb eines Jahres 14% in der institutionellen Langzeitpflege.²¹

Mit Wandern sind ziellose Bewegungen gemeint, allerdings ist eine Abgrenzung schwierig, da nicht jedes ziellos aussehende Umhergehen auch für den Betroffenen ziellos ist. Im amerikanischen Pflegediagnosesystem NANDA wird Wandern als ruheloses Umhergehen, als zielloses oder repetitives Sich-Fortbewegen und Umhergehen, das die betreffende Person einem Verletzungsrisiko aussetzt. Die verschiedenen Formen des Wanderns wurden von der Internationalen Psychogeriatrischen Association beschrieben.²² Bei Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen wird die Prävalenz des Herumwanderns und Weglaufens mit 25% angegeben.²³ Die Inzidenz innerhalb eines Jahres wurde kaum untersucht und liegt schätzungsweise zwischen 11 und 50%.²⁴ Dieses Symptom scheint bei Alzheimer höher zu sein als bei vaskulären Demenzformen.

Ein besonderes Verhaltenssymptom, welches zur Agitation gezählt wird, ist das picking behaviour. Darunter werden Handlungen subsummiert, wie Sachen verpacken, Sachen verschieben, an Sachen reiben oder streichen. Auch das zwanghafte Sammeln und Verstecken von Nahrungsmitteln, Gegenständen oder Müll kann zu diesem Verhaltenssymptom gezählt werden.

Auch die Aggressivität wird zur Agitation gerechnet. Die Aggressivität ist zielgerichtet gegen eine andere Person, sich selbst oder ein Objekt. Sie tritt bei Demenz häufig auf und wird verbal, körperlich oder sexuell ausgedrückt. Die Aggressivität ist eine der häufigsten Gründe für den Eintritt in eine Institution.²⁵ Die Prävalenz von körperlicher Aggressivität bei Demenz liegt je nach Studie zwischen 31 und 41%, die sexuell ausgedrückte bei ungefähr bei 4%. Die Prävalenz der verbalen Aggressivität wird mit 40%, deren Inzidenz innerhalb eines Jahres mit 22% angegeben. Ob es geschlechtsspezifische Unterschiede gibt ist nicht belegt. Zwischen den verschiedenen Demenzkrankheiten scheint es in Bezug auf Aggressivität keine Unterschiede zu geben.²⁶

Vokale Störungen sind ebenfalls häufig bei demenzkranken Menschen in Langzeitinstitutionen. Zu dieser Kategorie zählt man lautes Schreien, Rufen, Klagen und Jammern, ständiges verbales auf sich Aufmerksam-Machen, paranoide Äusserungen, laute Selbstgespräche führen, wiederholtes Fragen, bizarre Geräusche machen und ähnliches.²⁷ Je nach Messmethoden und Stichprobe schwankt die Prävalenz zwischen 10 und 60% und scheint keine geschlechtsspezifischen Unterschiede aufzuweisen.

Weitere Verhaltensänderungen können im Bereich der Sexualität auftreten. Dazu gehören das öffentliche Masturbieren, den Gebrauch vulgärer Worte, sexuelle Angriffe auf Mitbewohnende oder betreuende Personen.²⁸

4.2 Ursachen und Erklärungsmodelle

Die Zusammenhänge zwischen dem Ausmass des kognitiven Zerfalls und der Stärke der Verhaltenssymptomatik ist nur wenig untersucht worden. Zwischen Agitation und dem Grad der kognitiven Fähigkeiten scheint es aber eine Beziehung zu geben.²⁹ Ebenso korreliert die Stärke der kognitiven Beeinträchtigungen mit dem Wandern.³⁰ Es gibt Hinweise darauf, dass bei Demenz grundsätzlich eine Tendenz zum Wandern besteht und diese mit der Abnahme der kognitiven Fähigkeiten aufgrund der Gehirnschädigungen zunimmt.³¹

Die Ursachen oder Auslöser von Verhaltenssymptomen bei Demenz sind unklar und Forschungsergebnisse haben teilweise widersprüchliche Ergebnisse hervorgebracht.³² Sie werden in drei Hauptkategorien eingeteilt, nämlich somatische, psychologische und ökologische.³³ Auf der Basis dieser Kategorien sind

verschiedene Modelle entwickelt worden, um Verhaltenssymptome bei Demenz zu erklären³⁴:

4.2.1 Somatische Ursachen

In der Neurobiologie geht man heute davon aus, dass die Verhaltenssymptomatik bei der Alzheimerdemenz durch die gleichen neuropathologischen Prozesse wie bei den kognitiven Veränderungen entstehen.³⁵ Die Ursachen des ziellosen Umhergehens sind nicht geklärt. Vermutlich hängen kognitive, neurologische Faktoren und Einflüsse der Umgebung mit dem Wandern zusammen. Durch die Zerstörung von Nervenzellen im Gehirn und das Fehlen bestimmter Stoffe wird Wandern als Form der Hyperaktivität und als Folge einer motorischen Dysfunktion angesehen, die durch die verminderte Selbstkontrolle noch gefördert wird. Vokale Störungen treten vermehrt auf im Zusammenhang mit anderen Sprachstörungen. Je stärker die sprachliche Beeinträchtigung, desto stärker die vokale Störung. Deshalb kann vermutet werden, dass die vokale Störung für den Betroffenen den Sinn einer Kompensation der eingeschränkten kommunikativen Möglichkeiten hat.³⁶

Verbale Verhaltenssymptome kommen eher bei körperlichem Unbehagen und Schmerzen vor.³⁷ Die Ursachen vokaler Störungen sind vielfältig, treten aber meist in Folge von Gehirnschädigungen bei schwerer Demenz oder cerebrovaskulären Erkrankungen auf oder können durch Schmerzen ausgelöst werden.³⁸ Die Ursachen von pickin behaviour werden ebenfalls im Zusammenhang mit Schmerzen beschrieben.³⁹

Bei der Untersuchung der Ursachen kommt erschwerend hinzu, dass Verhaltenssymptome wie zum Beispiel Aggression direkt durch die Wahrnehmung des eigenen kognitiven Leistungsabfalls ausgelöst werden kann oder, wie bei alten Menschen nicht selten, eine Multimorbidität vorliegt und die psychische Symptomatik eine unabhängige Ätiologie aufweist.⁴⁰ Körperliche Dysfunktionen wie Inkontinenz, Obstipation, Beeinträchtigungen in der Fortbewegung und eine verminderte Fähigkeit zur Selbstversorgung werden ebenfalls als Ursachen vermutet.⁴¹

Im Model der Verhaltenshemmung werden neurologische Veränderungen im Gehirn und Gehirnschädigungen als Ursache für Verhaltenssymptome gesehen. Um das Verhalten zu erklären, müssen die spezifischen Mechanismen der Transmission, die geschädigten Stellen im Gehirn und die Neurotransmitter, welche für die Verhaltenssymptome verantwortlich sind, identifiziert werden. Neuere Untersuchungen unterstützen diese Annahme, dass pathophysiologische Prozesse die Ursache von Verhaltenssymptomen sind.⁴²

Die Behandlung von Verhaltenssymptomen auf Grund somatischer Ursachen sind auf den Gebieten der Neurologie, Pharmakologie und Medizin zu suchen und nicht Bestandteil der Pflegewissenschaft. Erfolgreiche Behandlungsmöglichkeiten würden aber die Aufgabe der Pflege und die damit verbundenen Pflegeinterventionen entscheidend beeinflussen.

4.2.2 psychologische Ursachen

Psychologische Ursache von Agitation sind meist nicht leicht ersichtlich, vermutet werden innere Spannungen.⁴³ Sie könnte eine verständliche und normale Reaktion auf kognitiver Fehlleistungen sein und somit aus Frustration über das eigene Unvermögen entstehen und dem damit zusammenhängenden Gefühl des Kontrollverlustes. Lautes schreien und rufen wird in Zusammenhang mit Langweile und Alleinsein beschrieben.⁴⁴ Agitiertes Verhalten wird als unbewusste „Körpersprache“ bezeichnet, die eine Vielzahl von Zuständen und Befindlichkeiten

ausdrücken soll. Für das Wandern wird beispielsweise die Suche nach Sicherheit und Vertrautem angenommen.⁴⁵

Das Modell der unbefriedigten Bedürfnisse geht davon aus, dass diese das unangemessene Verhalten auslösen. Weil mit dem Verlauf der Krankheit die Fähigkeit die eigenen Bedürfnisse selbständig zu befriedigen abnimmt, entsteht ein Ungleichgewicht zwischen den Bedürfnissen und der Befriedigung derselben und die Verhaltenssymptome sind eine Folge davon. Das unangemessene Verhalten wird in diesem Modell als Versuch die eigenen Bedürfnisse zu befriedigen erklärt. So wird beispielsweise das laute Rufen als Hilfeschrei interpretiert oder Wandern als Langeweile oder als Wunsch nach mehr Autonomie. Das Verhaltenssymptom ist demnach ein Indikator für unbefriedigte Bedürfnisse und das Verhalten des demenzkranken Menschen hat für ihn sowohl Sinn als auch Ziel.⁴⁶

Demenzkranke Menschen „überspielen“ die eigenen Fehlleistungen und behaupten meist trotz schwerster Abhängigkeit noch vollständig selbständig zu leben. Dies lässt allerdings nicht zwingend auf eine Beschränkung der Selbstwahrnehmung schliessen. Offenbar können Menschen mit Alzheimerdemenz bis in späte Stadien noch über ein Selbstbild verfügen.⁴⁷ Davon abgeleitet wurde das narrative Modell von Ricoeur. Dieses Modell fokussiert auf das typische Symptom der „Fassade“. Allerdings ist unklar, ob dieses Symptom eine Antwort des Betroffenen auf die kognitiven Einbussen ist oder der Ausdruck der kognitiven Einbusse an sich. Die Basis des Modells gründet auf die Idee der narrativen Identität, als das Bild, welches der Mensch von sich selbst hat und sich dieses durch das Erzählen bewusst macht. Die narrative Identität ist also ein bewusst erzählbares Selbstbild.⁴⁸ Die willentliche Fähigkeit sich an bestimmte Episoden im Leben zu erinnern, gibt uns ein Gefühl für uns selbst, für Zugehörigkeit und Sinn.⁴⁹ Diese narrative Identität befindet sich immer in Bewegung, wird ständig aufgelöst und neu gebildet und es ist notwendig, dass wir immer wieder von uns selbst erzählen. Im Alter haben Erinnerungen einen noch wichtigeren Stellenwert als in früheren Jahren und diese Erinnerungen werden, zusammen mit neuen Erfahrungen, wieder und wieder erzählt. Neu gelerntes wird zu Erinnerungen aus der Vergangenheit in Beziehung gesetzt, mit einander abgestimmt und bewusst gemacht. Dadurch wird die Identität des alten Menschen gebildet. Nimmt das Kurzzeitgedächtnis ab, so stehen nur noch Erinnerungen aus der fernen Vergangenheit für die narrative Identität zur Verfügung. Dadurch wird die narrative Identität aber zu einer Maske der aktuellen Person, die in vielen wichtigen Punkten nicht mehr zu passen scheint. Die hinter der narrativen Maske verborgene Identität kann in Folge der Erinnerungslücken nicht mehr erzählt und dadurch auch nicht mehr bewusst gemacht werden. Dafür sind vor allem Funktionen des Hippocampus und des parahippocampalen Netzes verantwortlich, welche bei der Alzheimerdemenz teilweise verloren gehen. Vermutlich entsteht auf diese Weise die Fassade betreffend vermeintlicher eigener Fähigkeiten und einem Selbstbild, welches für andere Personen als nicht zutreffend erlebt wird. Ist die Diskrepanz zwischen der narrativen Maske und der situativen Anforderung selbst für den Betroffenen überdeutlich, geht die narrative Maske verloren. Es findet eine Demaskierung statt und der Betroffene findet keine Bezugspunkte mehr, die identitätsbildend sind. In diesem Sinne könnten Verhaltenssymptome teilweise erklärt werden. Die erlebte Situation wird aussergewöhnlich und es kommt zu Fehlinterpretationen, die als Versuch gewertet werden müssen eine stabile autopsychische Orientierung wieder herzustellen.⁵⁰

Die psychologischen Ursachen sind von grosser Bedeutung für die Demenzpflege, die neben der Körperpflege hauptsächlich Beziehungspflege ist, und dienen als wissenschaftliche Grundlagen für die Formulierung von Demenzpflegelehren.

4.2.3 ökologische Ursachen

Ein kausaler Zusammenhang zwischen neurologischen, psychosozialen und Umwelteinflüssen beim Wandern wurde noch nicht wissenschaftlich belegt.⁵¹ Nachgewiesen hingegen konnte, dass zu Essenszeiten weniger gewandert wird, als bei sozialer Isolation und Umwelteinflüsse auf sensible Menschen so stark wirken, dass sie mit Weggehen darauf reagieren.⁵² Das Pickin behaviour wird als Folge von unzureichender stimulierenden Aktivitäten gesehen.⁵³ Vokale Störungen scheinen ebenfalls durch Einflüsse der Umgebung ausgelöst oder verstärkt zu werden wie zum Beispiel, wenn sich jemand durch andere Personen bedroht fühlt.⁵⁴ Das Vulnerabilität-Stressmodell⁵⁵ aus der Psychiatrie basiert auf der Annahme, dass Demenzkranke empfindlicher auf ihre Umgebung reagieren und eine verminderte Stresstoleranz haben als nicht demenzkranke Menschen. Durch die kognitiven Einschränkungen können die Betroffenen die situationsspezifischen Anforderungen nicht mehr bewältigen und erfahren deshalb die Umwelt mehr und mehr als Belastung. Darauf reagiert der demenzkranke Mensch mit Verhaltenssymptomen. Besonders häufig wird das Model der Umwelt-Personen-Interaktion heute diskutiert. Dieses Model ist auf der Annahme aufgebaut, dass menschliches Verhalten ein Ergebnis von Interaktionen zwischen Personen und Umgebung ist. Verhaltenssymptome werden als Antwort auf nicht erfolgreiche Interaktionen mit Pflegenden gedeutet.⁵⁶ Die Gestaltung des ökologischen Umfeldes liegt teilweise in den Händen von Entscheidungsträgern und Architekten, kann aber auch durch das Aufgabenverständnis der Pflegenden beeinflusst werden. Zudem sind die Ursachen für die Verhaltenssymptome des ökologischen Umfeldes eng mit denen der psychologischen Ursachen verknüpft.

5 Pflegelehren

5.1 Einführung

Pflegelehren beschreiben Phänomene der Pflegepraxis, erklären Beziehungen zwischen verschiedenen Phänomenen, sagen Folgen voraus oder schreiben Pflegehandlungen vor.⁵⁷ Fragen aus der Praxis werden identifiziert, einem Diskurs zugeführt, beantwortet und Ergebnisse werden der Praxis wieder zugeführt.⁵⁸ Pflege bedarf der Pflegelehre „as a tool which she can use to help her to look critically at her own practice to improve the effectiveness of the care she gives“.⁵⁹ Erst wenn das intuitive und erfahrungsbezogene Wissen theoretisch überdacht wird, entsteht ein eigenes wissenschaftliches Fach der Pflege. Zudem machen fundierte Theorien mit klaren Definitionen Pflegeleistungen sichtbar und nachvollziehbar.⁶⁰ Pflege beschreibt auch das Soll der Pflege⁶¹ und dient als Werkzeug, das die Praxis effizienter und effektiver macht.⁶² Pflegelehren enthalten folgende Bestandteile: Pflegeempfänger, Gesundheit als Ziel der Pflegeinterventionen, Aufgabe der Pflege und Umwelt.⁶³

Während in der Anfangsphase der Pflegewissenschaft Makrotheorien von hohem Abstraktionsniveau und ebensolcher Reichweite entwickelt wurden, erfordert die Zukunft vor allem Mikrotheorien, die sich auf ein ganz bestimmtes Pflegephänomen konzentrieren, welche die praktische Arbeit widerspiegeln.⁶⁴

5.2 Pflegeempfänger

Die einzelnen Pflegelehren legen sich auf einen bestimmten Hauptfokus fest und dieser ist aus historischen Gründen nicht der Pflegeempfänger, sondern die Aufgabe und Rolle der Pflege oder die Ausbildung der Pflegenden. Die Pflegelehretikerinnen

versuchten den Professionalisierungsprozess der Pflege zu forcieren und deshalb war (und ist) es notwendig, die Berufsrolle zu definieren und gegenüber anderen verwandten Berufen, wie zum Beispiele diejenige des Arztes, abzugrenzen. Das Ziel war (und ist es noch immer) die Pflege als eigenständige Wissenschaft und ebensolcher praktischer Beruf zu etablieren.

5.3 Gesundheit

Die Wissenschaft sucht seit Jahrhunderten nach einer Beschreibung der Gesundheit des Menschen und wahrscheinlich wird man nie eine wirklich befriedigenden Lösung dafür finden. Meist ging man vom Begriff Krankheit aus und definierte die Gesundheit als deren Gegenteil. Andererseits kann die Gesundheit auch als Form des Menschseins gesehen werden und als Prozess mit Phasen von Wohlbefinden und Unwohlsein. Die Auffassung von Gesundheit ist individuell unterschiedlich und stark von Erziehung und gesellschaftlichen Einflüssen geprägt. Der Zustand Gesundheit kann als gesellschaftliche Norm beschrieben werden und ebenso die Vorstellung, wie ein besserer Gesundheitszustand erreicht werden kann. Es herrscht grosse Uneinigkeit darüber, wie Gesundheit „diagnostiziert“ werden kann. Kann Gesundheit durch die Abwesenheit von Krankheit oder mit Hilfe von positiven Befunden festgestellt werden?⁶⁵

Die bekannteste Definition von Gesundheit ist diejenige der WHO⁶⁶ aus dem Jahre 1947. Hier wird von der Gleichheit aller Menschen ausgegangen und Gesundheit als fundamentales Recht der Menschen angesehen: „We conceive of health as being a state of complete physical, mental and social wellbeing, not merely the absence of disease or infirmity“. Allerdings wird dieser Zustand des völligen Wohlbefindens nicht definiert und es wird ausser Acht gelassen, dass kranke Menschen sich wohlfinden können oder Phasen von sozialem Unwohlsein, wie zum Beispiel Liebeskummer, üblicherweise nicht als Krankheit definiert werden, obwohl der Zustand des völligen Wohlbefindens nicht erreicht wird.

Nach der Internationale Classification of Functioning (ICF) ist eine Person gesund, wenn ihre körperlichen Funktionen (einschliesslich geistige und seelische) und ihre Körperstrukturen allgemein anerkannten Normen entsprechen, diese Person all das tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsprobleme erwartet wird (Aktivitäten), sie zu allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, Zugang hat und sich in diesen Bereichen in der Weise und in dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder -strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (Teilhabe).

Demenzkranke Menschen sind objektiv gesehen zwar krank, ob sich aber schwer demenzkranke Menschen mit Verhaltenssymptomen auch subjektiv krank fühlen ist wegen der kognitiven Einschränkungen schwierig zu beurteilen. Wahrscheinlich haben viele Betroffene keine Krankheitseinsicht mehr. Die Gesundheit ist für eine Demenzpflegetheorie deshalb von geringer Bedeutung. An deren Stelle müssten die Verhaltenssymptomatik gestellt werden und die damit verbundenen subjektiven Gefühle wie das Wohlbefinden. In Frage käme auch eine Anlehnung an die Definition der geistigen Behinderung. Sie wird definiert als der andauernde Zustand deutlich unterdurchschnittlicher kognitiver Fähigkeiten sowie damit verbundene Einschränkungen seines affektiven Verhaltens.⁶⁷ Dieser Zusammenhang wurde bisher in den Pflegetheorien und den Sozialagogischen Theorien noch kaum beachtet.

Soziologisch gesehen wird das Phänomen Krankheit oft als Ausdruck fehlender Übereinstimmung zwischen den Normen oder Erwartungen des Individuums und der Gesellschaft gesehen.⁶⁸ Da Verhaltenssymptome Abweichungen des Benehmens,

und dieses durch die gesellschaftlichen Normen definiert wird, könnte auch der Begriff Krankheit anstelle von Gesundheit aufgenommen werden.

5.4 Hauptzweck und Aufgabe der Pflege

Die Eliminierung von Krankheit ist sowohl aus Sicht der Fachpersonen als auch gesellschaftlich gesehen das Hauptziel der Medizin und Pflege. In den von Krankheit und der Medizin dominierten Epochen, war die Krankenschwester eher eine Assistentin des Arztes, die mithilfe den Patienten wieder gesund zu machen.⁶⁹ Die Pflege wird in der Schweiz bis heute in Behandlungspflege und Grundpflege eingeteilt. Die Behandlungspflege, englisch technical nursing, zeigt den Einfluss der Medizin und des naturwissenschaftlichen Ansatzes deutlich. Der Begriff der Grundpflege, englisch basic nursing, existiert im deutschsprachigen Raum mit zwei entgegengesetzten Bedeutungsinhalten. Die eine Bedeutung mit reduktionistischer-fraktionierender Position siedelt sich in der schulmedizinischen und krankenhaus- und gesundheitspolitischen Denkweise an und die andere mit einem euphemistischen-allumfassenden Definitionsversuch innerhalb der Pflege selbst.⁷⁰ Die Krankenpflegesschulen wurden während der letzten zwanzig Jahren zu Gesundheitsschulen umbenannt. Dies als Symbol des gesellschaftlichen Wandels mit dem Trend hin zu mehr Selbstverantwortung der Menschen für ihre eigene Gesundheit. Der Hauptzweck der Pflegenden ist demnach heute nicht mehr nur die Kranken zu pflegen, sondern sie anzuleiten die Gesundheit und Selbständigkeit wiederzuerlangen, diese zu fördern und nachhaltig zu erhalten. Ein Genesungsprozess kann als Lernprozess aufgefasst werden und die Pflegenden haben die Aufgabe diesen Prozess in Bewegung zu bringen und zu begleiten.⁷¹ Die Beschreibung des Hauptzwecks der Pflege ist also nur möglich, wenn gleichzeitig der Begriff Gesundheit definiert wird. In der Akutmedizin geht man von einem objektiven, biologisch begründeten Krankheitsbegriff aus und das Ziel des medizinischen und pflegerischen Handelns ist ein objektiver Gesundheitszustand. Im Bereich der chronisch Krankheiten hingegen geht man von einem subjektiven Gesundheitsbegriff aus und das pflegerische Handeln richtet sich nach subjektiven Zielen wie Wohlbefinden und Lebensqualität. Die Demenzkrankheiten gehören zu den chronischen Erkrankungen, für die es keine Heilung gibt. Das bedeutet, dass das Ziel der Pflegeinterventionen das subjektive Wohlbefinden der Betroffenen ist. Für Menschen mit schwerer Demenz und Verhaltenssymptomen stellt sich die Frage, ob die der Norm abweichenden Handlungen für den Betroffenen das subjektive Wohlbefinden steigern oder vermindern. Wird das Wohlbefinden des Betroffenen durch sein Verhalten gesteigert, bestünde die Aufgabe der Pflege darin, ihn beim Ausführen der normabweichenden Handlung zu unterstützen. Wird das Wohlbefinden hingegen vermindert, sind die Pflegeinterventionen auf die Verminderung der Verhaltenssymptome zu richten. Die Aufgabe der Pflege kann nicht losgelöst von den gesellschaftlichen Normen betrachtet werden. Pflege ist ein gesellschaftlicher Auftrag und muss die gesellschaftlichen Vorstellungen darüber erfüllen. Pflegewissenschaftliche Theorien und die praktischen Handlungen auf deren Hintergrund wirken aber wiederum auf die gesellschaftlichen Vorstellungen ein. Empirische Studien über die Wirksamkeit von Pflegeinterventionen in der Demenzpflege könnten dafür wichtige Argumente liefern.

5.5 Umgebung

Der Mensch befindet sich in ständiger Interaktion mit seiner Umwelt. Er wirkt auf die Umwelt ein und sie wirkt auf den Mensch zurück. Die Umwelt des Menschen kann man in interpersonale und extrapersonale Umwelt unterteilen. Die interpersonale

Umwelt betrifft die soziale Interaktion mit anderen Menschen oder Menschengruppen und die extrapersonale den Rest. Die Umwelt wird von Menschen unterschiedlich wahrgenommen. Deshalb spricht man auch von der geschaffenen Umwelt, die sich auf unbewusstem Wissen, Werten und Überzeugungen aufbaut.⁷²

Die Gestaltung der Umwelt durch die Pflegenden ist sicherlich ein wichtiger Bestandteil einer Demenzpflegelehre. Allerdings ist sehr wenig darüber bekannt, welche Einflüsse, welche Verhaltenssymptome auslösen und ob dies das Wohlbefinden eher erhöht oder vermindert. Auf Grund fehlender wissenschaftlicher Nachweise wird in der Praxis eine Vielzahl von umweltbedingten Faktoren angenommen wie zum Beispiel Farben als Orientierungshilfen, obwohl dieser Effekt bis heute nicht nachgewiesen werden konnte.

5.6 Ausgewählte theoretische Ansätze

Meleis⁷³ teilt die Pflegelehren in drei Denkschulen ein: die Bedürfnistheoretische, die Interaktionstheoretische und die Ergebnistheoretische Denkschule. Die Mehrheit dieser Theorien wurde im englischsprachigen Raum entwickelt.

5.6.1 Bedürfnistheorien

In den Bedürfnistheorien geht man davon aus, dass es die Aufgabe der Pflege ist, die Bedürfnisse der Patienten zu befriedigen. Als Grundlage wurde die Theorie von Maslow verwendet. Sie geben hauptsächlich Antwort auf die Frage, was Pflegendes tun. In der Schweiz hat Liliane Juchli auf der Basis der Bedürfnistheoretikerinnen ein Standard Werk für die Ausbildung geschaffen und damit wesentlich zur Verbreitung dieser theoretischen Ansätze beigetragen.

Das Bedürfnismodell nach Dorothea Orem⁷⁴ wurde 1959 für Curriculum für einen Krankenpflegekurs entwickelt und ist in der Langzeitpflege heute noch beliebt und weit verbreitet. Dies erstaunt, denn Pflegelehren sind auch ein Spiegel der Gesellschaft und diese hat sich in der Zwischenzeit vermutlich stark verändert. Der Pflegeempfänger ist für Orem ein Mensch, dessen Selbstpflegeerfordernisse die Selbstpflegefähigkeiten überschreitet und Gesundheit definiert sie als Zustand von Heilsein und Ganzheit. Orem definiert die Selbstpflegeerfordernisse aus einem pathophysiologischen und medizinischen Blickwinkel. Orem nimmt an, dass der Patient mündig und fähig ist, die Verantwortung für die Selbstpflege zu übernehmen und beschränkt sich auf die Komponente der pflegerischen Versorgung. Orem nimmt ein Bedürfnisse nach Normalität in ihrem Katalog auf. Sie geht davon aus, dass jeder Mensch sein Leben so verbringen möchte, wie es in Übereinstimmung mit seinen Anlagen und Fähigkeiten steht.

Die Theorie von Orem ist für die Pflege in Krankenhäusern entwickelt worden und eignet sich weniger für Menschen die keinen maximalen Grad an Unabhängigkeit anstreben. Für Demenzkranke Menschen stellt sich die Frage, ob sie das Bedürfnis nach Normalität tatsächlich haben, wie sich ein solches erfassen lässt, was mit Normalität konkret gemeint ist und, ob sich diese Normalität auf das Leben vor bzw. während der Erkrankung bezieht oder darauf, wie sich vermutlich die Persönlichkeit im Alter weiter entwickelt hätte, wäre diese Person nicht erkrankt? Die Umwelt und Umweltfaktoren betrachtet Orem als helfende Methode, die aber nur beschränkt nützlich ist. Sie integriert die Umwelt ins pflegetherapeutische Handeln, indem sie es zu den Aufgaben der Pflege zählt, für eine der Entwicklung fördernde Umgebung zu sorgen. Es gibt eine grosse Anzahl Studien, die Teilbereiche der Theorie von Orem in bestimmten Situationen wie Diabetes oder Postoperative Pflege untersucht und die Selbstpflegeaktivitäten der Patienten beschrieben haben. Eine Studie befasst

sich mit der morgendlichen Pflege von Menschen mit Alzheimer und der erfolgreichen Förderung der körperlichen Selbstpflege.⁷⁵

Die 1993 in Edinburgh entstandene Theorie von Nancy Roper, Winifred Logan und Alison Tierney⁷⁶ ist einer der am häufigsten verwendeten Theorien in den schweizerischen Institutionen der Langzeitpflege und den Pflegeausbildungen. Dies wahrscheinlich deshalb, weil ihre Theorie trotz der Komplexität recht einfach erscheint, Elemente der modernen Gesellschaft enthält und die Lebensspanne berücksichtigt. Die fünf wichtigsten Elemente sind die Lebensaktivitäten, die Lebensspanne, das Abhängigkeits- oder Unabhängigkeitskontinuum, Faktoren, welche die Lebensaktivitäten beeinflusst und die Individualität im Leben. Die drei Autorinnen haben bisher wenig diskutierte Themen wie Sterben und Tod, Sexualität und wirtschaftspolitische Faktoren in ihre Theorie aufgenommen. Sie machen eine Verknüpfung von Pflege und Leben indem sie davon ausgehen, dass Gesundheit oder die Beschwerden einer Krankheit eng mit dem Leben und den Lebensgewohnheiten verknüpft sind und das Leben beschreiben sie mit zwölf Aktivitäten. Alle Menschen haben zum Beispiel das Grundbedürfnis sich zu bewegen, dieses ändert sich jedoch im Laufe des Lebens, so dass Säuglinge und alte Menschen andere Bewegungsbedürfnisse haben. Das Abhängigkeits- oder Unabhängigkeitskontinuum entspricht in etwa der Selbstpflegtätigkeit von Orem, welches sich nach Alter und gesundheitlichem Zustand ändert. Die Aufgabe der Pflege ist es den Abhängigkeitsgrad zu erkennen und den Patienten so zu unterstützen, dass er wieder eine grösstmögliche Unabhängigkeit erlangt. Sollte dies nicht oder nur teilweise möglich sein, hat die Pflege den Patienten darin zu unterstützen, seine Abhängigkeit zu akzeptieren.

Diese Pflegetheorie geht an keiner Stelle auf die Bedürfnisse von alten Menschen mit Demenz und Verhaltenssymptomen ein und auch aus den beschriebenen Lebensaktivitäten sind keine entsprechenden Pflegeinterventionen, mit Ausnahme von Arbeiten und Spielen, abzuleiten. Arbeiten und Spielen betrachten die Autorinnen als grundlegenden Aspekt des Lebens. Spielen wird hier im Gegensatz zu Arbeiten verwendet, also ein umfassender Begriff für die Gestaltung der Zeit, in der nicht gearbeitet wird. Dazu gehören Entspannung, Erholung, Hobby, Sport und andere Freizeitaktivitäten. Die Frage, ob es die Aufgabe der Pflege ist, Menschen mit Demenz bei der Ausübung von Freizeitaktivitäten zu unterstützen bleibt offen. In der Schweiz gehören entsprechende Pflegeinterventionen jedenfalls nicht zu den krankenkassenpflichtigen Leistungen und es ist auch schwer vorstellbar, dass diese auf ärztliche Verordnung hin ausgeführt werden können. Ein starker Einfluss von Freizeitaktivitäten auf Verhaltenssymptome kann vermutet werden, denn in den Erklärungsmodellen wird unter anderem auch die Langeweile oder Stress als Auslöser beschrieben.

Einer der wenigen deutschsprachigen Theorien ist diejenige von Monika Krohwinkel, 1998. Sie wurde massgeblich von Orem und Roper et al. beeinflusst. Sie hat die Theorie der Aktivitäten des täglichen Lebens modifiziert und erweitert, indem sie Themen des sozialen Lebens und der existentiellen Erfahrungen integrierte. Damit versuchte sie der Tatsache gerecht zu werden, dass nicht nur die Lebensaktivitäten, sondern auch die sozialen und existentiellen Erfahrungen einen Einfluss auf die Gesundheit des Menschen haben. Für Krohwinkel ist die Krankheit und Gesundheit ein dynamischer Prozess und sie identifiziert Wohlbefinden und Unabhängigkeit als subjektiv empfundene Teile von Gesundheit, das heisst, Gesundheit bedeutet eine subjektiv zufriedenstellende Entfaltung von Selbständigkeit und Wohlbefinden in den Aktivitäten des Lebens.

Auf dem Hintergrund der Pflegelehre von Krohwinkel ist eine Projektbeschreibung für die Implementierung eines Demenzpflegekonzepts für Alters- und Pflegeheime entwickelt worden.⁷⁷ Dieses Projektkonzept enthält zwar viele Hilfsmittel wie Raumkonzepte für die Umweltgestaltung, die Qualifikation von Mitarbeitenden und Arbeitshilfen für die Gestaltung des Alltags oder die Ernährung dementiell erkrankter Menschen, geht aber nur unter dem Kapitel ärztliche Versorgung kurz auf Verhaltenssymptome ein. Verhaltenssymptome werden hier einseitig als von der Umwelt ausgelöst beschrieben und die Pflegenden werden aufgefordert auch dort die Ursachen und Lösungsmöglichkeiten zur Vermeidung von Verhaltenssymptomen zu suchen.

Das Erkennen der Bedürfnisse ist bei Demenzkranken mit Verhaltenssymptomen keine einfache Aufgabe. Keine noch so detaillierte objektive Beschreibung kann das subjektive Erleben auch des einfach strukturierten Menschen so erfassen, dass es durch diese Beschreibung einem anderen Menschen qualitativ zugänglich und nachvollziehbar wird. Das naturwissenschaftliche Konzept der Anwendung einer objektiven Beobachtungssprache setzt nämlich voraus, dass innerpsychische Vorgänge vollumfänglich abgebildet werden können. Dies ist jedoch nur über die subjektive Mitteilung des betroffenen Individuums möglich, während die naturwissenschaftliche objektive, reproduzierbare Beschreibung die Position der Dritten Person voraussetzt. Nicht das Verhältnis zur Welt der Körper, sondern das Verhältnis zur anderen Psyche ist die eigentliche Herausforderung. Anhand des vollkommen eigenständigen seelischen Erlebnis des Anderen stoßen wir an eine Grenze, die uns nur vorsichtige, höfliche Blicke in das fremde Land erlaubt.⁷⁸ Das heißt, die Pflege muss sich damit abfinden, dass sich die innerpsychischen Vorgänge und die daraus entstehenden Bedürfnisse nur erahnen lassen. Die in der Dritten Person objektive Beschreibung der Bedürfnisse des Anderen kann immer nur eine Hilfskonstruktion sein. Das gleiche gilt für das Ziel der pflegerischen Interaktionen, das subjektive Wohlbefinden, welches bei schwerer Demenz nur selten verbal kommuniziert werden kann.

Haben Demenzkranke die gleichen Bedürfnisse, wie nicht dementiell erkrankte Menschen? Gilt im Bereich dieser Bedürfnisse die Kontinuitätstheorie, das heißt soll die Art der Bedürfnisbefriedigung Geltung haben, die dem Betroffenen vor Krankheitsbeginn wichtig war? Es kann beispielsweise beobachtet werden, dass vormals religiöse Menschen jegliches Interesse an Religion und religiösen Zeremonien und Ritualen verlieren (vergessen) oder die Kleiderwahl sich gänzlich ändert, so dass ein dementiell Erkrankter bevorzugt im Pyjama zu frühstücken, obwohl er dies früher im Leben als unkorrekt bewertet hatte.

Welche Bedürfnisse die Pflegenden erkennen sollen, die Momentanen oder die von der Biographie abgeleiteten ist unklar. Ebenfalls unklar ist, wie weit die gesellschaftlichen Normen das Erkennen der Bedürfnisse durch die Pflegenden beeinflusst und beeinflussen darf oder soll. Welche Bedürfnisse werden in der heutigen Gesellschaft als gesundheitlich bedingte gewertet und deren Befriedigung mit Hilfe der Pflege als krankenkassenpflichtige Leistung betrachtet? Welche Bedürfnisse, die nicht selbständig befriedigt werden können, haben gesundheitlich relevante Folgen und welche Bedürfnisbefriedigung wird als nicht relevant eingestuft? Mit welchen Methoden, wissenschaftlich, gesellschaftlich oder politisch wird entschieden, ob einzelne Bedürfnisse und deren (nicht) Befriedigung gesundheitliche Folgen haben. Wie viele Bedürfnisse darf der einzelne Patient haben? Auf diese Fragen geben die Bedürfnistheoretikerinnen nur teilweise und uneinheitlich Antwort. Die Liste der Bedürfnissen, die von den Pflegenden zu

erkennen und befriedigen sind, unterscheiden sich. Und wer soll darüber entscheiden, welche Bedürfnisse unter welchen Umständen von der Pflege befriedigt werden sollen und als krankenkassenpflichtige Leistung abgegolten werden? Laut Orem und Roper et al. sind es die Pflegenden die entscheiden, welche Selbstpfledefizite bestehen und welche Pflegeinterventionen notwendig sind. Gehören auch Leistungen zum Auftrag der Pflege, die nicht in den Katalog der Krankenkasse aufgenommen wurden und privat finanziert werden müssen? Nicht nur das Erkennen der Bedürfnisse bereitet einige Schwierigkeiten, sondern auch das Ziel für deren Befriedigung, das Wohlbefinden und die Lebensqualität des Patienten. Wie kann die Pflege nach den Bedürfnistheorien nachweisen, dass die Pflegeintervention wirksam war, wie das die Krankenkassen vorschreiben? Dafür müsste ein Messinstrument für Wohlbefinden angewendet werden und auch hier stellt sich die Frage, wer entscheidet darüber, wieviel Wohlbefinden die Gesellschaft dem Einzelnen und dem Demenzkranken im Besonderen zugesteht.

5.6.2 Interaktionstheorien

Allen Interaktionstheorien sind die Annahmen gemeinsam, dass die Integrität des Menschen bewahrt werden muss, alle Menschen nach Selbstverwirklichung streben, Lebensereignisse notwendig sind, um eine weitere Entwicklungsstufe zu erreichen und die Pflegekraft selbst ein integraler Bestandteil des Pflegeprozesses ist. In diesen Theorien wird die Pflege als Interaktionsprozess verstanden. Sie zeigen auf, dass Pflege ein bewusster Prozess ist und reflektiert werden kann. Die Pionierin dieser Gruppe von Theoretikerinnen war Peplau, die 1952 ihr Interaktionsmodell vorstellte und bis heute sowohl in der Praxis als auch in der Ausbildung häufig verwendet wird. Nach Peplau ist Pflege ein therapeutischer, interpersonaler, regelmässiger und ziel- und gesundheitsorientierter Prozess. Sie integriert. In Ihre Theorie Stress- und Entwicklungsmodelle, und sie geht davon aus, dass der Patient aus der Krankheit eine wichtige Erfahrung machen kann und dadurch seine Persönlichkeit weiterentwickelt. Sie beschreibt verschiedene Phasen der Interaktion zwischen Patient und Pflegekraft und deren Rollen, die sich stark an die Situation in Krankenhäusern orientieren. Die Aufgabe der Pflege ist es, den Patienten bei seiner Entwicklung der Persönlichkeit zu unterstützen und fördern, denn Gesundheit kann durch Wachstum erreicht werden. Die Theorie ist nur auf Fälle ausgerichtet, in denen die verbale Kommunikation gegeben ist. Die Pflegelehre von Peplau eignete sich wegen den kognitiven Einschränkungen nur teilweise für Demenzkranke. Die Phasen der Interaktion können sich bei schwerer Demenz aus Sicht des Kranken immer nur in der Orientierungsphase abspielen, während die Pflegenden alle Phasen durchlaufen. Das Bewusstsein der Pflegenden, vom Demenzkranken immer in der Rolle des Fremden wahrgenommen zu werden, bietet aber einen Ansatz für erfolgreiche Interaktionen. Der Interaktion zwischen dem demenzkranken Menschen und den Pflegenden wird heute grosse Bedeutung beigemessen. Dies hat einerseits mit dem zunehmenden Kostenbewusstsein und dem Kostendruck in der Altenpflege zu tun, andererseits aber auch mit der Annahme, dass die Art der Interaktion der Pflegenden massgeblich zum Wohlbefinden demenzkranker Menschen beiträgt. Ziel ist grösstmögliche Unabhängigkeit (tiefe Kosten) und Wohlbefinden. In vielen praktischen Pflegeansätzen wird angenommen, dass das Verhalten der Pflegenden der Hauptfaktor für das Auftreten von unerwünschten Verhaltenssymptomen ist.

5.6.3 Ergebnistheorien

Grundlage der Ergebnistheorien sind System-, Adaptations- und Entwicklungsmodelle. Das Ziel der pflegerischen Fürsorge ist die Wiederherstellung eines stabilen Gleichgewichts. Die Ergebnistheorien sind auf den Bedürfnistheorien aufgebaut. In der Denkschule der Ergebnisse, die alle in den USA entstanden sind, wurde der Fokus auf das Ergebnis der Pflege gelegt, das heisst, sie waren am Endresultat des Pflegeprozesses interessiert. Diese Theorien haben kaum eine Bedeutung in der praktischen Langzeitpflege der Schweiz.

Die einflussreichste Theoretikerin dieser Denkschule war Dorothy Johnson⁷⁹. Ihr Pflegeergebnismodell entstand 1958, wurde aber erst 1980 vollständig vorgestellt. Johnson betrachtet den Menschen als Verhaltenssystem mit Subsystemen, wovon jedes eine Struktur und Funktion hat. Diese Subsysteme sind Zugehörigkeit, Abhängigkeit, Nahrungsaufnahme, Ausscheidung, Sexualität, Aggression und Leistungsverhalten. Diese Systeme gilt es zu schützen, zu stimulieren und zu pflegen. Sie betrachtet die Pflege als eigenständige Profession mit der Aufgabe, Verhaltensweisen einer Person zu fördern, um Krankheiten zu verhindern oder Gesundheit wieder herzustellen. Die Pflege besteht nun darin, als externe Kraft die Integration des Patientenverhaltens auf einem optimalen Niveau zu sichern, sofern das Verhalten des Patienten für die soziale und körperliche Gesundheit eine Bedrohung darstellt oder eine Krankheit vorliegt. Das optimale Niveau setzt Johnson nicht mit vollständiger Gesundheit gleich, sondern es heisst, wirksame Verhaltensweisen zur Bewältigung des Alltags zur Verfügung zu haben.

Da Johnson die gesundheitsorientierte Pflege nicht berücksichtigt, sondern sich auf die individuelle Pflege beschränkt, enthält sie Elemente, die für die Langzeitpflege alter Menschen geeignet sind und die in den gesundheitsorientierten Theorien meist vollständig fehlen. Das von Johnson beschriebene Subsystem des Leistungsverhaltens hat die Funktion die Kontrolle über die Umwelt (oder Teile davon) oder über sich selbst und die eigenen Fertigkeiten zu behalten. Im gleichen Sinne beschreibt sie das Subsystem des aggressiven Verhaltens als Schutz des eigenen Selbst vor realen oder imaginären Gefahren. Die pflegespezifische Aufgabe ist die Förderung effizienter und effektiver Verhaltensweisen. Sie sagt hingegen nicht, ob aggressives Verhalten effizient und effektiv sein kann oder eben nicht. Dadurch bleibt der Auftrag der Pflege unklar. Ihre Theorie enthält aber explizit das Verhalten auch wenn dieses nicht im Zusammenhang mit Demenz beschrieben wurde und bietet deshalb einen Ansatz für die Entwicklung einer Demenzpflegelehre.

Betty Neumann, 1975, hat eine Systemtheorie entwickelt, in welchem der Mensch als System erfasst wird. Die Theorie beschäftigt sich mit Stress und den Reaktionen darauf. Der Patient wird schematisch als zentraler Kreis dargestellt, der von Widerstands- und Abwehrlinien umgeben ist, deren Aufgabe es ist die Stressoren fern zu halten. Je weiter die Abwehrlinie vom zentralen Kern, dem Menschen, entfernt ist, desto stärker ist ihre Schutzfunktion. Kann eine oder mehrere Abwehrlinien den eindringenden Stressoren keinen Widerstand mehr entgegensetzen, wird das gesamte System destabilisiert. Neumann formuliert fünf Variablen, die zusammen das Bewältigungsmuster des Patienten ausmachen. Die physiologische, psychische, soziokulturelle, entwicklungsgeschichtliche, die sich auf die Biographie eines Menschen bezieht und die spirituelle Variable. Je besser die fünf Variablen aufeinander abgestimmt sind, desto effektiver können Stressoren abgewehrt werden. Für Neumann bedeutet Gesundheit Stabilität und Wohlbefinden. Krankheit definiert sie mit Hilfe dem physikalischen Begriff der Entropie, das heisst, wird mehr Energie verbraucht, als vorhanden ist, ist der Körper krank und ein zu grosser Energieverlust führt zum Tod. Krankheit entsteht dadurch, dass Stressoren

ungehindert von den Abwehrlinien zum zentralen Kern vorrücken können, weil die Energie für die Abwehr fehlt. Die Aufgabe der Pflege ist es sich mit allen Variablen zu befassen, die einen Klienten in seiner Umwelt beeinflussen. Die Pflege muss die Stressoren, welche den Patienten bedrohen erkennen und Ziel ist das optimale Wohlbefinden, das Bewahren bzw. Fernhalten von schädlichen Einflüssen und das Wiederherstellen des Gleichgewichts. Im Pflegeprozess arbeitet Neumann mit Pflegediagnosen, Pflegezielen und Pflegeergebnissen. Wie Patienten aber auf Stress reagieren beschreibt Betty Neumann leider nicht. Sie bezieht sich in ihrer Theorie nur auf die Prävention. Zudem setzt die Umsetzung der Theorie von Neumann voraus, dass der Patient mit den Pflegenden die Ziele aushandeln kann, was bei schwerer Demenz oft nicht mehr möglich ist.

Verhalten ist eine Reaktion auf innere und äussere Stimuli, eine Anpassung an eine bestimmte Situation und Ausdruck von Emotionen. Dies gilt wahrscheinlich genauso für demenzkranke Menschen. Es ist aber anzunehmen, dass für demenzkranke Menschen nicht die gleichen Faktoren Stressoren sind, wie für nicht kranke Menschen und die stressauslösenden Faktoren vermutlich bereits bei viel geringerer Intensität Adaptationsprozesse auslösen. Es stellt sich deshalb die Frage, wie Pflegende die Stressoren erkennen können, die den demenzkranken Menschen bedrohen. Da die Ursachen von Agitation bei Demenz nicht wirklich geklärt ist, kann nicht entschieden werden, ob Umweltfaktoren diese auslösen oder teilweise auslösen. Das gleiche gilt für die Anpassungsprozesse. Welche Verhaltensweisen demenzkranker Menschen sind unter welchen Umständen Anpassungen an eine Umwelt, die vom kranken Menschen wahrgenommen werden, also eine von ihm unbewusst erschaffene Umwelt ist. Da das Kommunikationsvermögen demenzkranker Menschen in fortgeschrittenen Stadien meist stark eingeschränkt ist, können die Betroffenen darüber auch nur ausnahmsweise Antwort geben. Offen ist auch, ob die Agitation nicht eine für den betroffenen gesunde Reaktion ist, eine Anpassung, um den eigenen Selbstwert, das Selbstgefühl, und die soziale Integration aufrecht zu erhalten und die Auswirkungen nur auf das Umfeld einen schädlichen Einfluss hat. Das würde bedeuten, dass der Betroffene selbst nicht bedroht ist, ja vielleicht sogar einen gesundheitlichen Nutzen aus der Agitation zieht, diese als effektive Anpassung an eine ihn bedrohende Umwelt einsetzt. Die Aufgabe der Pflege bestünde dann aber darin, den demenzkranken Menschen in seinem Verhalten zu unterstützen und ihm zu helfen die Agitation ausleben zu können. Zudem ist Stress nicht per se gesundheitsschädigend und deshalb benutzt man heute den Begriff Eustress. Stressoren können als Herausforderung, als Mittel gegen Langeweile, als Motivation für Handlungen gesehen werden, die zudem dem Menschen das Gefühl von Kompetenz vermitteln in dem Sinne, dass man von sich glaubt mit dem eigenen Verhalten die Situation meistern und kontrollieren zu können. Die Ergebnistheorien ermöglichen, weil sie nicht von einzelnen Menschen, sondern von Systemen allgemein ausgehen, die Angehörigen leicht einzubeziehen.

5.6.4 Personenzentrierte Ansätze

Die personenzentrierten Ansätze sind keine Theorien, sondern eher Therapieformen. Bisher wurde noch keiner dieser Ansätze als Pflegelehre konzipiert.⁸⁰ Die Ursprünge dieser Ansätze liegt in der klientenzentrierten Psychotherapie, die vor allem von dem amerikanischen Psychologen Carl Rogers begründet wurde.⁸¹ Zentral in diesen Ansätze sind Persönlichkeitstheorien und dazugehörige Therapiemodelle. Sie gehen davon aus, dass beim menschlichen Organismus nicht nur Grundbedürfnisse wie Fortpflanzung, Nahrung etc. sondern auch Ziele wie

Lernen, Kreativität, das Streben nach Glück oder der Aufbau sozialer Beziehungen notwendig sind. Der Drang nach Selbstverwirklichung ist nach Rogers ein Schlüsselkonstrukt seiner Theorie. Das Erleben wird definiert als Gesamtheit der sensorischen und emotionalen Prozesse und Ereignisse, die im Bewusstsein des Organismus potentiell zur Verfügung stehen. Rogers geht davon aus, dass das Selbst auf der wahrgenommenen Wertschätzung anderer aufbaut und als positive Selbstachtung ins Selbstkonzept integriert wird. Als wichtigste Ursache für Verhalten wird die subjektiv wahrgenommene Realität vermutet. Entsprechend ist die subjektive Wahrnehmung die Grundlage für therapeutische Prozesse der Verhaltensänderung.

Misstände und die Hilflosigkeit in der praktischen Betreuung dementiell erkrankter Menschen mit Verhaltenssymptomen, war die hauptsächliche Motivation für die Entwicklung neuer Therapieformen. Es wurde versucht im Gegensatz zur medizinischen Wahrnehmung und Behandlung der Krankheit, den Menschen als Ganzes zu sehen und zu respektieren, wie er seine Situation deutet. Das Ziel der Pflege ist das emotionale Wohlbefinden. Dieses Wohlbefinden soll mit einer vertrauensvollen, empathischen zwischenmenschlichen Beziehung und der Möglichkeit, dass der Betroffene trotz offenkundigen Einschränkungen das Gefühl hat, möglichst viel bewirken zu können.

Zu den personenzentrierten Ansätzen zählt die Validation, die von Naomie Feil entwickelt und als integrative Validation von Nicole Richard weiterentwickelt wurde. Die zwei Ansätze unterscheiden sich im theoretischen Hintergrund, sind aber beides Kommunikationsmethoden, um den Zugang zum Demenzkranken herzustellen. Es gibt nur wenige Studien über die Verminderung von Verhaltenssymptomen durch die Validation und deren Resultate sind zudem widersprüchlich. Für die Praxis ist die Validation dennoch von grosser Bedeutung und wird überall in der Demenzpflege verwendet. Dies ist wahrscheinlich ein Ausdruck der Hilflosigkeit der Pflegenden im Umgang mit Demenzkranken, die Verhaltenssymptome zeigen und zudem ein interessantes Forschungsfeld.

Der personenzentrierte Ansatz von Tom Kitwood,⁸² ein Psychologe mit psychotherapeutischem und sozialpsychologischem Hintergrund führte zu der weit verbreiteten Messmethode Dementia Care Mapping (DCM). Kitwood kritisiert die reduktionistische Denkweise, Demenz nur als neuropathologische Erkrankung zu sehen und andere Faktoren dadurch unbeachtet zu lassen. Gegen die naturwissenschaftliche Auffassung, dass alle seelisch-geistigen Störungen organisch bedingt sind, vertrat er den Standpunkt, dass man psychische Probleme eines Menschen nur im sozialen Kontext der Lebensgeschichte, der Biographie und den sozialen Beziehungen verstehen könne. Seiner Meinung nach führt das medizinische Erklärungsmodell der Demenz dazu, dass sich die Betreuenden auf rein palliative Pflege beschränken und das Fortschreiten der Demenz fatalistisch akzeptieren. Seinen Studien zufolge gibt es nur eine schwache Korrelation zwischen den organisch-degenerativen Veränderungen und den Symptomen, so dass von weiteren Einflussfaktoren ausgegangen werden muss. Stark umstritten ist Kitwoods Hypothese der Remenz, in der er behauptet, dass unter bestimmten Umständen selbst bei weit fortgeschrittener Demenz bereits verlorene Fähigkeiten zurück gewonnen werden können. Tom Kitwood versucht die Demenz neu zu konzeptualisieren und die Aufgabe der Pflege über eine rein palliative hinweg zu einer psychotherapeutischen hin zu formulieren. Er nennt fünf psychische Bedürfnisse, die befriedigt werden müssen, damit sich demenzkranke Menschen wohlbefinden. Diese sind Bindung, Trost, Identität, Beschäftigung und Einbeziehung

in Gruppen. Das Ziel der Pflege ist das Wohlbefinden, welches er mit dem Personsein gleichsetzt.

Der theoretische Ansatz von Kitwood ist in der Praxis zwar bekannt, dient aber hauptsächlich der Evaluation der Demenzpflege und nicht als theoretischer Hintergrund für Pflegeinterventionen. Bisher wurde seine Theorie oder Teile davon noch in keiner Pflegelehre verwendet. Erschwerend kommt hinzu, dass Pflegenden in der Regel keine Psychotherapeuten sind und die Anwendung in der Praxis deshalb sehr schwierig ist.

Böhm: Das Psychobiografische Pflegemodell von Böhm wird als systemorientiertes Kommunikationsmodell betrachtet.⁸³ Böhm selbst bezeichnet sein Modell als wissenschaftlich, es wurde aber nicht im etablierten wissenschaftlichen Kontext und nicht mit wissenschaftlichen Methoden erarbeitet. Das Pflegemodell ist eher mit einem deskriptiven Zugang, durch teilnehmende Beobachtung und seiner persönlichen subjektiven Kritik am traditionellen Pflegeverständnis erarbeitet worden.⁸⁴ Im Psychobiografischen Pflegemodell geht Böhm von den Möglichkeiten der Selbstpflege und Selbstfürsorge alter und „verwirrter“ Menschen aus. Die Gesundheit definiert er in Anlehnung an Parson, als ein Zustand optimaler Leistungsfähigkeit für die wirksame Erfüllung der Rollen und Aufgaben für die ein Mensch sozialisiert wurde. Er geht davon aus, dass die sozialen Prägung vor dem 25. Altersjahr tiefer und nachhaltiger sind, als diejenigen in den späteren Lebensjahren⁸⁵ Böhm beschreibt die seelische Gesundheit als alles was normal ist, was in einer Gesellschaft üblicherweise getan oder nicht getan wird. Krank sein bedeutet, dass jemand nicht mehr in der Lage ist, die für sein Alter entsprechenden Aufgaben auszuführen.⁸⁶

Die seelische Gesundheit mittels der Norm einer Gesellschaft zu definieren, ist in einer sich mehr und mehr individualisierten Gesellschaft problematisch. Die Bandbreite der Norm dehnt sich aus und durch das Entstehen vieler verschiedener Subkulturen müssten unterschiedliche Normen definiert werden. Zudem sind Normen auch genderspezifisch. Die Definition über die Fähigkeit selbständig die dem Alter entsprechenden Aufgaben zu übernehmen ist ebenfalls problematisch. Die Aufgaben im Alter sind bisher noch wenig entwickelt. Und was für gesellschaftliche Aufgaben haben demenzkranke Menschen? Auch mit Verhaltenssymptomen beschäftigte sich Böhm. Er meint, dass wenn Verhaltensänderungen nur als Symptome hirngorganischer Veränderungen interpretiert werden, die Pflegenden den Umwelteinflüssen keine Beachtung schenken. Andererseits beklagt er an verschiedenen Stellen seiner Schriften, dass Pflegenden statt mit Fachwissen mit Gefühl und Intuition pflegen. Doch gerade der naturwissenschaftliche diagnostische Zugang bietet Fachwissen, um die Symptome der Demenzkrankheit zu verstehen und verhindert diese als Persönlichkeitsmerkmale des Betroffenen zu interpretieren. Möglicherweise verbirgt sich bei Böhms Interpretationen und Vorschlägen eine gewisse Voreingenommenheit der etablierten Wissenschaftsbereiche gegenüber, zu der heute nicht nur die Medizin, Psychologie und Neurowissenschaften zählen, sondern auch die Pflege. Erst der interdisziplinäre Zugang, der die naturwissenschaftlichen Erkenntnisse mit ein bezieht, ermöglicht das Verstehen der Krankheitssymptome und das ableiten geeigneter Pflegeinterventionen. Böhm definiert Aktivierung als Unterstützung der Eigenverantwortlichkeit und Eigenständigkeit durch die Pflege. Seiner Meinung nach setzt dies psychische Gesundheit voraus, die bei demenziell Erkrankten sicherlich nicht gegeben ist. Davon abgeleitet müsste man sagen, dass laut Böhm demenzkranke Menschen nicht aktiviert werden können und seiner Definition nach es nicht möglich ist mit Unterstützung Eigenverantwortung und Eigenständigkeit zu fördern. Er führt deshalb

für Menschen mit geistigem Abbau den Begriff der Reaktivierung ein. Darunter versteht er das Geben von Impulsen zur Wiederbelebung, Reanimierung der Altersseele. Allerdings bleibt unklar, was Böhm unter dieser Alterseele versteht.

6 Schlussfolgerungen

Die heute in der Pflege alter Menschen am meisten diskutierten und angewendeten Pflegelehren sind fast ausnahmslos im englischsprachigen Raum entstanden und gehören zu den sogenannten Grand Theorien. Der alte Mensch als Pflegeempfänger und die Demenz im Besonderen werden kaum berücksichtigt. Die meisten Pflegelehren sind in der Zeit nach dem zweiten Weltkrieg erschienen und enthalten die für die damalige Zeit zentrale Perspektive des Berater-Verhältnisses und dem Bestreben der Pflege eine eigenständige, von der Medizin unabhängige Profession zu sein. Der Einfluss dieser Theoretikerinnen ist dennoch bis heute enorm. Auf der Basis der Theorien von Henderson und Roper et al. entstand der in der Schweiz noch immer in der Ausbildung und Praxis verwendete Ansatz von Juchli. Die Antwort auf die schwierige Frage, wie die Bedürfnisse des Patienten von der Pflegenden erkannt werden kann, mutet im Verhältnis zur Komplexität der Sachlage äusserst bescheiden an. Henderson empfiehlt der Schwester ganz einfach in die Haut des Patienten zu schlüpfen.

Auch der Ansatz der Interaktionstheoretikerin Peplau hat Eingang in die Ausbildung und praktische Altenpflege gefunden. Dies verwundet nicht, denn diese häufig verwendeten Theorien sind praxisnah und haben grosse Nähe zur Medizin und der Defizittheorie.⁸⁷

Die Ergebnistheoretikerinnen sind kaum in der Altenpflege zu finden, obwohl auch sie interessante Ansätze zu bieten haben. Gerade die Anpassungsmodelle könnten im Bereich der Verhaltenssymptome auf gewisse Fragen Antworten geben. Die Personenzentrierten Ansätze sind bei den Pflegenden in der Langzeitpflege sehr beliebt, da sie mit den von der Pflege geforderten Werten nach Ganzheitlichkeit übereinstimmen und nicht die medizinische Diagnose, sondern den betroffenen Menschen in den Vordergrund stellen. Ausserdem sind es die einzigen Ansätze, die sich explizit mit der Demenzpflege auseinandersetzen und die unbefriedigende Situation in der Altenpflege thematisieren. Die Betonung auf die Einflussmöglichkeiten der Pflegenden nicht nur auf das Wohlbefinden der demenzkranken Menschen, sondern auch auf den Krankheitsverlauf selbst, erhöht andererseits die Anforderungen an die Pflegenden. Die Schwierigkeiten den Erfolg von Pflegeinterventionen in der Pflege chronischkranker Menschen sichtbar zu machen und die damit verbundene Frustration wird dadurch noch gefördert. Die Pflegenden werden für das Fortschreiten der Krankheit und die Verhaltenssymptome teilweise verantwortlich gemacht, deren Auftreten als Reaktion auf das Fehlverhalten der Pflegenden interpretiert. Die Effektivität und die Grenzen der personenzentrierten Ansätze sind genauso unklar wie die tatsächlichen Möglichkeiten diese anzuwenden. Im personenzentrierten Ansatz bestehen die Pflegeinterventionen aus der Anwendung von Gefühlen, der Empathie im Sinne des sich in den andern einfühlen und der Intuition. Alles Begriffe die nicht objektiv und sachlich in eine Pflegeplanung integriert werden können und deren Ausführung kaum nachgewiesen werden kann. Zudem enthalten diese Ansätze psychotherapeutische und sozialpsychologische Anteile, die weit über das Wissen und Können, welches in Pflegeausbildungen erworben wird, hinausgehen.

7 Ansätze für eine Demenzpflegelehre

Gegenwärtig werden in den Alters- und Pflegeheimen in der Demenzpflege um die 40 verschiedene Konzepte mehr oder weniger erfolgreich angewendet⁸⁸. An diesen unterschiedlichen Vorschlägen und dem Durcheinander von teilweise sich widersprechenden Ansätzen ist die Hilflosigkeit in der Demenzpflege deutlich sichtbar. Die Aufgabe der Pflege in diesem Tätigkeitsfeld zu beschreiben, Pflegeinterventionen wissenschaftlich zu untersuchen und Pflegelehren zu entwickeln hat die Pflegewissenschaft bis heute jedoch noch nicht in Angriff genommen. Auch die Medizin hat ausser der pharmakologischen symptomatischen Behandlung der Betroffenen keine Unterstützung für die Pflegenden zu bieten. Die in der praktischen Pflege tätigen sind somit allein auf ihr Erfahrungswissen angewiesen und setzen dies theoretisch unreflektiert ein.

Die Entwicklung einer Demenzpflegelehre für Menschen mit Verhaltenssymptomen ist meiner Meinung nach nicht allein im Fachgebiet Pflegewissenschaft zu orten. Die Ursachen von Verhaltenssymptomen sind hochkomplex und die Erklärungsmodelle kommen aus ganz unterschiedlichen Fachrichtungen wie zum Beispiel der Medizin, Neurobiologie, Psychologie, Sozialagogik und Soziologie. Ein interdisziplinärer gerontologischer Ansatz, der die Pflegewissenschaft mit einbezieht scheint mir daher eher erfolgsversprechend. Eine internationale Nachforschung über angewendete und so fern vorhanden evaluierte Konzepte könnte zudem einigen Erkenntnisgewinn bedeuten.

Vom Verhaltenssymptom der Agitation sind sowohl die Demenzkranken selbst, als auch das soziale Umfeld betroffen. Der Hauptfokus einer Demenzpflegelehre kann deshalb nicht alleine der Pflegeempfänger sein, sondern muss das soziale Umfeld, die Angehörigen, Pflegenden und Mitbewohnenden miteinbeziehen. Die Verhaltenssymptome sind auch auf geschlechtsspezifische Aspekte hin zu betrachten, möglicherweise verhalten sich dementiell erkrankte Männer und Frauen unterschiedlich und bedürfen unterschiedlicher Pflegeinterventionen.

Den Ursachenerklärungen für die Verhaltenssymptome aus den unterschiedlichen Fachrichtungen kommt eine Schlüsselstellung zu. Die somatischen Ursachen sind von der Medizin und Pharmakologie dominant geprägt, während die psychologischen und sozialen Möglichkeiten von Pflegeinterventionen eröffnen. Allerdings sind nicht nur die Ursachen der Symptome zu untersuchen, sondern auch deren Wirkung auf den Pflegeempfänger selbst und das unmittelbar betroffene soziale Umfeld. Auch die verwendeten Begriffe Gesundheit, Krankheit oder Behinderung und deren Definition sind entscheidend, da diese das Ziel der Pflegetätigkeit in eine bestimmte Richtung lenken. Verhaltenssymptome müssen innerhalb der Begriffe Gesundheit, Krankheit oder Behinderung diskutiert und definiert werden. Welches Verhalten ist gesund, krank oder Ausdruck einer Behinderung? Dabei spielen die gesellschaftlichen Normen, Menschenbilder und Vorstellungen über Krankheit, Gesundheit, Behinderung, normales Benehmen u.ä. eine grosse Rolle, die wiederum von der Lebenslage, dem Geschlecht, der Kultur, dem Lebensstile des Betrachters geprägt werden.

Die Aufgabe der Pflegenden richtet sich nach den Ursachen der Verhaltenssymptomen, dem Einfluss dieser Symptome auf den Pflegeempfänger selbst und dessen Umfeld und ist zudem im gesellschaftlichen Kontext zu betrachten. Es ist bisher unklar, wie in der Praxis tätige Pflegenden ihre Aufgabe verstehen, zählen sie beispielsweise Spielen und Singen zu ihren Tätigkeiten oder

beschränkt sich das Aufgabenverständnis auf die klassische Einteilung von Grund- und Behandlungspflege? Die Wirkung von therapeutischen Ansätzen und Beschäftigungen wie Spielen und Singen auf die demenzkranken Menschen mit Verhaltenssymptomen wäre zu untersuchen. Ein Nachweis deren Wirksamkeit auf das Wohlbefinden der Betroffenen und deren Umfeld könnte die Legitimation dazu liefern, diese Ansätze als Aufgabe der Pflegenden (oder anderer Berufsgruppen in diesem Tätigkeitsfeld) zu formulieren. Sofern ein erweitertes Aufgabengebiet Pflege die Wirkung auf das Wohlbefinden und Gesundheit nachweisen liesse, käme auch eine entsprechende Aufnahme dieser Tätigkeiten in den Katalog der krankenkassenpflichtigen Leistungen zur Diskussion.

Die Einflussfaktoren der Umwelt auf die Verhaltenssymptome wären im einzelnen zu untersuchen. Noch ist zum Beispiel unklar, welche räumlichen Situationen welche Wirkungen auf Verhaltenssymptome haben. Solche Erkenntnisse könnten in die Bauprojekte entsprechender Institutionen einfließen und würde die Fachrichtung Architektur mit einbeziehen. Auch in die Gestaltung des bereits bestehenden Raumes wird viel Zeit und Geld investiert, es werden Farbkonzepte, Dekorationen und Orientierungshilfen angewendet, ohne dass deren Wirkung nachgewiesen worden wäre. Bisher häufig angeführt wurde der Einfluss der Haltung und das Verhalten der Pflegenden selbst als Auslöser von Agitation. Dieser Zusammenhang sollte genauer untersucht werden und die Ergebnisse in Aus- und Weiterbildungen für Pflegenden und Angehörige einfließen. Ein rund um die Uhr therapeutisches Verhalten der Pflegenden gegenüber den dementiell erkrankten Menschen ist mit dem heutigen Personalbestand und der Leistungsabgeltung allerdings vermutlich nicht zu bewerkstelligen. Als Entlastung könnte ein Einsatz der in Japan entwickelten Pflegeroboter in Frage kommen. Es müsste untersucht werden, welchen Einfluss diese auf Verhaltenssymptome haben und wie die Akzeptanz für deren Einsatz in der Schweiz vorbereitet werden kann. Widerstände beim Einsatz von Pflegerobotern bei Pflegenden, Angehörigen und dem gesellschaftlichen Umfeld sind zu eruieren und Wege zu deren Verminderung zu finden. In der Praxis kann beobachtet werden, dass demenzkranke Menschen mit Verhaltenssymptomen Gegenstände wie Puppen, Plüschtiere oder weiche Bälle gern annehmen und mit sich herum tragen. Die Wirkung des Einsatzes von Gegenständen auf die Verhaltenssymptome wäre zu untersuchen und die Möglichkeit von Gegenständen mit integrierter Robotertechnik, die auch Pet-Roboter genannt werden, zu überlegen.

8 Literaturangaben

- ¹ Höpflinger, F. (2004): Pflegebedürftigkeit in der Schweiz, Prognosen und Szenarien für das 21. Jahrhundert. Hans Huber Verlag
- ² Bundesministerium für Familien Senioren Frauen und Jugend (2002): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation. Bonn
- ³ Seidl, U. et al. (2007): Nicht-kognitive Symptome und psychopharmakologische Behandlung bei demenzkranken Heimbewohnern. Fortschr. Neurol. Psychiat. 75: 1-8
- ⁴ Seidl, U. et al. (2007): Nicht-kognitive Symptome und psychopharmakologische Behandlung bei demenzkranken Heimbewohnern. Fortschr. Neurol. Psychiat. 75: 1-8
- ⁵ Zimber, A. (1999): Arbeitsbelastung und Beanspruchung in der Altenpflege. Forschungsstand in der Bundesrepublik Deutschland. In: Arbeitsbelastung in der Altenpflege. Göttingen, Verlag für Angewandte Psychologie
- ⁶ Brodaty, H. et al. (2003): Nursing home staff attitudes towards residents with dementia: strain and satisfaction with work. Journal of Advanced Nursing 44(6): 583-590
- ⁷ Halek, M. und Bartholomeyczik, S. (2006): Verstehen und Handeln, Forschungsergebnisse zur Pflege von Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten. Wittener Schriften, schlütterscher Verlag
- ⁸ Schneider, C. (2007): Pflege und Betreuung bei psychischen Alterserkrankungen, eine gerontosoziologisch-pflegewissenschaftliche Analyse. Facultas Verlag, Wien
- ⁹ Kühne-Ponesch, S. (2004): Modelle und Theorien in der Pflege. Facultas UTB
- ¹⁰ Schneider, C. (2007): Pflege und Betreuung bei psychischen Alterserkrankungen, eine gerontosoziologisch-pflegewissenschaftliche Analyse. Facultas Verlag, Wien
- ¹¹ Lind, S. (2003): Demenzkranke Menschen pflegen, Grundlagen, Strategien und Konzepte. Hans Huber Verlag
- ¹² Halek, M. und Bartholomeyczik, S. (2006): Verstehen und Handeln, Forschungsergebnisse zur Pflege von Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten. Wittener Schriften, schlütterscher Verlag
- ¹³ Höpflinger, F. (2004): Pflegebedürftigkeit in der Schweiz, Prognosen und Szenarien für das 21. Jahrhundert. Hans Huber Verlag
- ¹⁴ Halek, M. und Bartholomeyczik, S. (2006): Verstehen und Handeln, Forschungsergebnisse zur Pflege von Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten. Wittener Schriften, schlütterscher Verlag
- ¹⁵ Koch, Ch. (2005): Bewusstsein, ein neurobiologisches Rätsel. Spektrum
- ¹⁶ www.wikipedia.org/wiki/Verhalten
- ¹⁷ Duden: Die sinn- und sachverwandten Wörter
- ¹⁸ Kastner U. und Löbach. R (2007).: Handbuch Demenz. Urban und Fischer
- ¹⁹ Cohen-Mansfield, J. (2001): Nonpharmacologic interventions for inappropriate behaviors in dementia: a review, summary, and critique. The American Journal of Geriatric Psychiatry 9(4): 361-381
- ²⁰ Finkel, S.I. et al. (1996): Behavioural and psychological signs and symptoms of dementia: A consensus statement on current knowledge and implications for research and treatment. International Psychogeriatrics 8(3): 497-500
- ²¹ Ballard C.G. et al. (2001): a 1-year follow-up study of behavioural and psychological symptoms in dementia among people in care environments. Journal of Clinical Psychiatry 62(8): 631 - 636

-
- ²² International Psychogeriatric Association (IPA) (1998): Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD). www.ipa-online.org/ipaonlinev3/ipaprograms/bpsdrev/toc.asp#
- ²³ Ballard C.G. et al. (2001): a 1-year follow-up study of behavioural and psychological symptoms indementia among people in care environments. *Journal of Clinical Psychiatry* 62(8): 631 - 636
- ²⁴ Halek, M. und Bartholomeyczik, S. (2006): Verstehen und Handeln, Forschungsergebnisse zur Pflege von Menschen mit Demenz und herausforderdem Verhalten. Wittener Schriften, schlütterscher Verlag
- ²⁵ Halek, M. und Bartholomeyczik, S. (2006): Verstehen und Handeln, Forschungsergebnisse zur Pflege von Menschen mit Demenz und herausforderdem Verhalten. Wittener Schriften, schlütterscher Verlag
- ²⁶ Ballard C.G. et al. (2001): a 1-year follow-up study of behavioural and psychological symptoms indementia among people in care environments. *Journal of Clinical Psychiatry* 62(8): 631 - 636
- ²⁷ Halek, M. und Bartholomeyczik, S. (2006): Verstehen und Handeln, Forschungsergebnisse zur Pflege von Menschen mit Demenz und herausforderdem Verhalten. Wittener Schriften, schlütterscher Verlag
- ²⁸ Kastner U. und Löbach. R (2007).: Handbuch Demenz. Urban und Fischer
- ²⁹ Cohen-Mansfield, J. (1996): Behavioral and mood evaluations. Assessment of agitation. *International Psychogeriatrics* 8(2) 233 - 245
- ³⁰ Ballard C.G. et al. (2001): a 1-year follow-up study of behavioural and psychological symptoms indementia among people in care environments. *Journal of Clinical Psychiatry* 62(8): 631 - 636
- ³¹ Hope, T. (2001): Wandering in dementia: a longitudinal study. *International Psychogeriatrics* 13: 137 - 147
- ³² Halek, M. und Bartholomeyczik, S. (2006): Verstehen und Handeln, Forschungsergebnisse zur Pflege von Menschen mit Demenz und herausforderdem Verhalten. Wittener Schriften, schlütterscher Verlag
- ³³ Beck, C.K. (1998): Correlates of disruptive behavior in severely cognitively impaired nursing home residents. *Gerontologist* 38(2): 189 - 198
- ³⁴ Halek, M. und Bartholomeyczik, S. (2006): Verstehen und Handeln, Forschungsergebnisse zur Pflege von Menschen mit Demenz und herausforderdem Verhalten. Wittener Schriften, schlütterscher Verlag
- ³⁵ Gauggel, S. und Böcker, M. (204): Neuropsychologische Grundlagenforschung bei dementiellen Erkrankungen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und –psychiatrie*, 17
- ³⁶ Halek, M. und Bartholomeyczik, S. (2006): Verstehen und Handeln, Forschungsergebnisse zur Pflege von Menschen mit Demenz und herausforderdem Verhalten. Wittener Schriften, schlütterscher Verlag
- ³⁷ Halek, M. und Bartholomeyczik, S. (2006): Verstehen und Handeln, Forschungsergebnisse zur Pflege von Menschen mit Demenz und herausforderdem Verhalten. Wittener Schriften, schlütterscher Verlag
- ³⁸ Sloane, P.D. et al. (1997): Management of the patient with disruptive vocalization. *Gerontologist* 37(5): 675 - 682
- ³⁹ Johansson K. et al. (2004): Picking behaviour in cognitively impaired residents in geriatric setting: prevalence of the behaviour and characteristics of the residents. *Scandinavian Journal of Caring Science* 18: 12 - 18
- ⁴⁰ Kastner U. und Löbach. R (2007).: Handbuch Demenz. Urban und Fischer
- ⁴¹ Jackson, M.E. et al. (1997): Risk of behaviour problems among nursing home residents in the united States. *Journal of Aging and Health* 9(4): 451 - 472

-
- ⁴² McKeith, I. und Cummings, J. (2005): Behavioural changes and psychological symptoms in dementia disorders. *Lancet Neurology* 4(11): 735 - 742
- ⁴³ Halek, M. und Bartholomeyczik, S. (2006): Verstehen und Handeln, Forschungsergebnisse zur Pflege von Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten. Wittener Schriften, schlütterscher Verlag
- ⁴⁴ Lind, S. (2003): Demenzkranke Menschen pflegen, Grundlagen, Strategien und Konzepte. Hans Huber Verlag
- ⁴⁵ Lind, S. (2003): Demenzkranke Menschen pflegen, Grundlagen, Strategien und Konzepte. Hans Huber Verlag
- ⁴⁶ Cohen-Mansfield, J. (2001): Nonpharmacologic interventions for inappropriate behaviors in dementia: a review, summary, and critique. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 9(4): 361 - 381
- ⁴⁷ Tappen, R.M. et al. (1999): Persistence of self in advanced Alzheimers disease. *Image J. Nurs Sch* 31: 121 - 125
- ⁴⁸ Schlimmer, J. und Kropp, S. in Emrich, H. und Schneider, U. (Hrsg.) (2005): Geist, Psyche und Gehirn. Peter Lang Europäischer Verlag der Wissenschaften.
- ⁴⁹ Koch, Ch. (2005): Bewusstsein, ein neurobiologisches Rätsel, Spektrum
- ⁵⁰ Schlimmer, J. und Kropp, S. in Emrich, H. und Schneider, U. (Hrsg.) (2005): Geist, Psyche und Gehirn. Peter Lang Europäischer Verlag der Wissenschaften.
- ⁵¹ Halek, M. und Bartholomeyczik, S. (2006): Verstehen und Handeln, Forschungsergebnisse zur Pflege von Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten. Wittener Schriften, schlütterscher Verlag
- ⁵² Algase D.L. (1999): Wandering in dementia. *Annual review of nursing research* 17: 185 - 217
- ⁵³ Halek, M. und Bartholomeyczik, S. (2006): Verstehen und Handeln, Forschungsergebnisse zur Pflege von Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten. Wittener Schriften, schlütterscher Verlag
- ⁵⁴ Sloane, P.D. et al. (1997): Management of the patient with disruptive vocalization. *Gerontologist* 37(5): 675 - 682
- ⁵⁵ Lazarus, R.S. und Folkman, S. (1984): Stress, Appraisal and Coping. Springer Verlag, New York
- ⁵⁶ Höwler, E. (2006): Interaktionsprozesse zwischen Pflegenden und Personen mit Demenz. Kohlhammer Verlag
- ⁵⁷ Meleis, A.I. (1999): Pflegelehre, Gegenstand, Entwicklung und Perspektiven des theoretischen Denkens in der Pflege. Hans Huber Verlag
- ⁵⁸ Kühne-Ponesch, S. (2004): Modelle und Theorien in der Pflege. Facultas UTB
- ⁵⁹ Clark, J. (1982): Development of models and theories on the concept of nursing. *Journal of Advanced Nursing*
- ⁶⁰ Kühne-Ponesch, S. (2004): Modelle und Theorien in der Pflege. Facultas UTB
- ⁶¹ Kühne-Ponesch, S. (2004): Modelle und Theorien in der Pflege. Facultas UTB
- ⁶² Meleis, A.I. (1999): Pflegelehre, Gegenstand, Entwicklung und Perspektiven des theoretischen Denkens in der Pflege. Hans Huber Verlag
- ⁶³ Meleis, A.I. (1999): Pflegelehre, Gegenstand, Entwicklung und Perspektiven des theoretischen Denkens in der Pflege. Hans Huber Verlag
- ⁶⁴ Meleis, A.I. (1999): Pflegelehre, Gegenstand, Entwicklung und Perspektiven des theoretischen Denkens in der Pflege. Hans Huber Verlag
- ⁶⁵ Erikson, K. (2001): Gesundheit, ein Schlüsselbegriff der Pflegelehre. Hans Huber Verlag
- ⁶⁶ WHO: www.who.int/en/
- ⁶⁷ www.agogis.ch/index.asp?topic_id=1978g=658m=197

-
- ⁶⁸ Erikson, K. (2001): Gesundheit, ein Schlüsselbegriff der Pflegelehre. Hans Huber Verlag
- ⁶⁹ Meleis, A.I. (1999): Pflegelehre, Gegenstand, Entwicklung und Perspektiven des theoretischen Denkens in der Pflege. Hans Huber Verlag
- ⁷⁰ Müller, E. (2001): Leitbilder in der Pflege, eine Untersuchung individueller Pflegeauffassungen als Beitrag zu ihrer Präzisierung. Hans Huber
- ⁷¹ Erikson, K. (2001): Gesundheit, ein Schlüsselbegriff der Pflegelehre. Hans Huber Verlag
- ⁷² Meleis, A.I. (1999): Pflegelehre, Gegenstand, Entwicklung und Perspektiven des theoretischen Denkens in der Pflege. Hans Huber Verlag
- ⁷³ Meleis, A.I. (1999): Pflegelehre, Gegenstand, Entwicklung und Perspektiven des theoretischen Denkens in der Pflege. Hans Huber Verlag
- ⁷⁴ Meleis, A.I. (1999): Pflegelehre, Gegenstand, Entwicklung und Perspektiven des theoretischen Denkens in der Pflege. Hans Huber Verlag
- ⁷⁵ Hedly, V. et al. (1986): Morning care of patients with Alzheimer-type dementia. *Journal of Advanced Nursing*, Vol 11 (4) S. 369 - 378
- ⁷⁶ Roper, N., Logan, W. und Tierney, A. (2002): Das Roper-Logan-Tierney Modell, Basierend auf den Lebensaktivitäten LA. Hans Huber Verlag
- ⁷⁷ Diakonisches Werk Württemberg (Hrsg.), Bär, M. Institut für Gerontologie Heidelberg (2004): Demenzkranke Menschen im Pflegeheim besser begleiten. Schlüterscher Verlag
- ⁷⁸ Paetzold, W. (2005): Das Leib-Seele Problem, in Emrich, H. und Schneider, U. (Hrsg.) (2005): Geist, Psyche und Gehirn. Peter Lang Europäischer Verlag der Wissenschaften.
- ⁷⁹ Meleis, A.I. (1999): Pflegelehre, Gegenstand, Entwicklung und Perspektiven des theoretischen Denkens in der Pflege. Hans Huber Verlag
- ⁸⁰ Schneider, C. (2007): Pflege und Betreuung bei psychischen Alterserkrankungen, eine gerontosoziologisch-pflegewissenschaftliche Analyse. Facultas Verlag, Wien
- ⁸¹ Morton, I. (1999): Die Würde wahren. Personenzentrierte Ansätze in der Betreuung von Menschen mit Demenz. Klett-Cotta Verlag
- ⁸² Kitwood, T. (2005): Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Hans Huber
- ⁸³ Kühne-Ponesch, S. (2004): Modelle und Theorien in der Pflege. Facultas UTB
- ⁸⁴ Schneider, C. (2007): Pflege und Betreuung bei psychischen Alterserkrankungen, eine gerontosoziologisch-pflegewissenschaftliche Analyse. Facultas Verlag, Wien
- ⁸⁵ Böhm, E. (1999): Psychobiografisches Pflegemodell nach Böhm. Wilhelm Maudrich, Wien
- ⁸⁶ Kühne-Ponesch, S. (2004): Modelle und Theorien in der Pflege. Facultas UTB
- ⁸⁷ Schneider, C. (2007): Pflege und Betreuung bei psychischen Alterserkrankungen, eine gerontosoziologisch-pflegewissenschaftliche Analyse. Facultas Verlag, Wien
- ⁸⁸ Lind, S. (2003): Demenzkranke Menschen pflegen, Grundlagen, Strategien und Konzepte. Hans Huber Verlag