
Demenz als Herausforderung in der Pflege

*Ein Blick hinter die Kulissen von herausforderndem Verhalten
für einen demenzsensiblen Umgang*

MASTERARBEIT

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Arts

an der Karl-Franzens-Universität Graz

vorgelegt von

Katharina KLINGER, BA

am Institut für Erziehungs- und Bildungswissenschaft

Begutachterin: Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.phil.ⁱⁿ Johanna Hopfner

Graz, Februar 2020

Diese vorliegende Schrift gilt als Andenken an meine Großmutter, als eine starke Frau, die ich durch die Demenz auf eine besondere Art kennenlernen durfte. Mit dem Abschied verschwinden die folgenschweren Zeiten & die Guten bleiben für immer in Erinnerung.

Danksagung

Zu Beginn möchte ich meinen aufrichtigen Dank an all jene richten, die während dem Prozess dieser vorliegenden Masterarbeit unterstützend an meiner Seite standen.

Mein besonderer Dank gilt...

... *Frau Mag.^a Dr.phil.ⁱⁿ Helga Kittl-Satran*, die mich dazu inspirierte, mich der Demenz aus der Sicht ihres sozialen Phänomens anzunähern.

... *Frau Priv.-Doz.ⁱⁿ Mag.^a Dr.phil.ⁱⁿ Claudia Stöckl*, die sich meinem Thema angenommen hat und hilfreiche Anregungen bereithielt.

... *Frau Univ.- Prof.ⁱⁿ Dr.phil.ⁱⁿ Johanna Hopfner*, die während der Entstehung dieser Schriftfassung einen Raum für den konstruktiven Austausch unter uns Studierenden schaffte und mich auf den letzten Schritt dieser Masterarbeit begleitete.

... *meiner Familie, insbesondere meinen Eltern*, die mir immer wieder Zuversicht gaben, um mein Ziel konsequent weiterzuverfolgen.

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich an Eides statt, die Ihnen vorliegende Masterarbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst zu haben, andere als die angegebenen Quellen nicht benutzt und die den Quellen wörtlich oder sinngemäß übernommenes Gedankengut als solches kenntlich gemacht habe. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungskommission vorgelegt.

Graz, Februar 2020

Katharina Klinger, BA

Kurzfassung

Die Demenz ist eine der häufigsten Beeinträchtigungen im Alter. Die Zielgruppe an demenziell betroffenen Menschen nimmt infolge des demografischen Wandels stetig zu. Somit stellt sich die Frage nach einer fachlichen sowie sozialen fundierten Begleitung von Menschen mit demenziellen Veränderungen. Demenz ist eine erworbene globale Beeinträchtigung der Hirnfunktionen, die chronisch-fortschreitend verläuft. Sie konfrontiert mit der Notwendigkeit einer grundlegenden Reflexion des Alters- und Menschenbildes. Die sozialpädagogischen Konzepte müssen in das lange Leben, nicht nur in der Phase des selbstständigen autonomen Alters greifen, sondern auch in jene des abhängigen Alters, in die beunruhigende Zukunft.

In der Versorgung der demenziellen Zielgruppe nehmen stationäre Institutionen eine wesentliche Rolle ein. Aus sozialer Sicht besteht gerade dort großer Handlungsbedarf. Die vorliegende Schrift hat das Ziel, einen Einblick in das Phänomen des herausfordernden Verhaltens bei einer Demenz zu gewähren, um daraus einen demenzsensiblen Umgang zu ermöglichen. Dazu wurde eine Auswertung der vorhandenen Fachliteratur, die mit einer Fragebogenerhebung in stationären Einrichtungen in Österreich und Deutschland ergänzt wurde, durchgeführt. Die daraus folgenden Ergebnisse zeigen, dass nicht nur die herausfordernden Verhaltensweisen bei einer Demenz als alleinige Dilemmata in der Pflege bestehen. Es besteht ein ganzes Konstrukt an Herausforderungen, die ineinandergreifen. Mit begrenzten finanziellen Mitteln und den daraus resultierenden Zeitressourcen umzugehen, und gleichzeitig auf die Bedürfnisse der Betroffenen einzugehen, um Wohlbefinden und Lebensqualität zu ermöglichen, ist eine ungelöste Herausforderung. Diese kann nur bewältigt werden, wenn ein Umdenken auf allen Instanzen, vor allem im Hinblick auf die steigende Zahl der Menschen mit Demenz, stattfindet.

Abstract

Dementia is one of the most common health impairments in old age. The group of people with dementia is steadily increasing as a result of demographic change. This increase of dementia patients raises the question of professional and social support for those affected. Dementia is a global health impairment which negatively affects the brain functions and progresses chronically. There is a need to fundamentally reflect the image of elderly people with dementia. The socio-pedagogical concepts have to reach not only in the phase of independence but also in that dependent age in the troubling future.

Inpatient institutions play an important role in caring for the dementia target group. From a social point of view there is a significant demand for action. The aim of this paper is to provide an insight into the phenomenon of challenging behaviour in dementia in order to enable dementia-sensitive handling. For this purpose, an evaluation of the existing literature which was supplemented by a questionnaire survey in stationary facilities in Austria and Germany was carried out. The results show that challenging behaviours are not the only dilemma in dementia care. Having to deal with limited financial and time resources makes the fulfilment of the needs of those affected to enable their well-being an unsolvable task. All these interlocking challenges block the improvement of quality of life of dementia patients. Only rethinking at all levels - considering the increasing number of dementia patients - will provide the necessary changes.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	1
2. Gesellschaftliche Relevanz.....	3
2.1 Häufigkeit der Demenz	4
2.2 Demenz in der öffentlichen Wahrnehmung.....	4
3. Menschen mit Demenz	8
3.1 Geschichtliche Spuren zur Demenz	8
3.2 Klassifikation der Demenz.....	9
3.3 Ursachen und Formen der Demenz.....	10
3.4 Verlauf und Symptomatik der Alzheimer Demenz.....	12
3.4.1 Anfangsstadium.....	13
3.4.2 Mittleres Stadium.....	13
3.4.3 Spätstadium	14
4. Demenz als soziales Phänomen	14
4.1 Lebenswelt mit Verlusten und Ängsten.....	15
4.2 Lebensqualität	17
4.3 Einzigartigkeit von Menschen mit Demenz.....	19
4.4 Erhalt der Persönlichkeit.....	20
4.5 Selbstbestimmung von Menschen mit Demenz.....	21
4.6 Bedürfnisbefriedigung.....	22
5. Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz.....	24
5.1 Pflegebedürftigkeit	24
5.2 Pflegerisches Handeln und Betreuung.....	25
5.3 Organisatorische Rahmenbedingungen in der Pflege.....	26
5.3.1 Kurzzeitpflege.....	28
5.3.2 Stationäre Langzeitpflege	28
5.3.3 Psychiatrie.....	29
5.4 Herausforderungen in der professionellen Pflege.....	30
5.4.1 Arbeitsrahmenbedingungen in der professionellen Pflege	30
5.4.2 Demenz im sozialen Umfeld.....	32
6. Herausforderndes Verhalten bei Demenz.....	34
6.1 Definitionen des herausfordernden Verhaltens.....	34
6.2 Ursachen und Entstehungszusammenhänge	36
6.2.1 Biologische Faktoren	37
6.2.2 Psychische Faktoren	38
6.2.3 Soziale Faktoren	38
6.3 Arten von Verhaltensveränderungen	40
6.4 Erleben von herausforderndem Verhalten.....	43
6.4.1 Aus Sicht der Menschen mit Demenz	43
6.4.2 Aus Sicht der Pflegekräfte.....	45

7.	Demenzsensibler Umgang in der Pflege und Betreuung	50
7.1	Anforderungen an die Pflegekräfte.....	51
7.1.1	Normalisierungsprinzip als Leitgedanke	51
7.1.2	Demenzsensible Beziehungsgestaltung	52
7.1.3	Begegnung durch Kommunikation.....	55
7.1.4	Wahrung der Lebensgeschichten.....	56
7.1.5	Ressourcenorientierung.....	57
7.2	Anforderungen an das Management	59
7.2.1	Sozialmanagement.....	60
7.2.2	Qualitätssicherung und Evaluation.....	61
7.2.3	Fort- und Weiterbildungen	61
7.2.4	Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit.....	63
7.2.5	Angehörigenarbeit.....	63
8.	Empirischer Methodenteil	64
8.1	Fragestellung und Ziel des Forschungsvorhabens	65
8.2	Forschungsdesign	66
8.2.1	Forschungsmethode.....	66
8.2.2	Erhebungsinstrument	67
8.2.3	Stichprobe.....	67
8.2.4	Konstruktion des Fragebogens	68
8.2.5	Erhebungsphase	69
8.2.6	Datenauswertung.....	70
8.3	Deskriptive Statistik	70
8.3.1	Demografische Angaben zur Stichprobe	72
8.3.2	Umgang mit dem dementen Klientel.....	75
8.3.3	Weiterbildungen zur Demenz	79
8.3.4	Betreuung von dementen Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern.....	81
8.3.5	Wohlbefinden der Pflege- und Betreuungskräfte.....	83
8.3.6	Zukunft in der Pflege.....	84
8.4	Inferenzstatistik.....	85
8.5	Interpretation der empirischen Ergebnisse	91
9.	Zusammenfassung mit Ausblick.....	94
10.	Literaturverzeichnis.....	99
11.	Abbildungsverzeichnis.....	110
12.	Anhang.....	111

1. Einleitung

Wir alle werden älter – von Tag zu Tag, von Woche zu Woche, von Jahr zu Jahr. Auf das Älter werden, können wir keinen Einfluss nehmen, aber wie wir älter werden, haben wir zum Großteil selbst in der Hand. Dabei gilt es zu beachten, dem Leben nicht nur Jahre, sondern den Jahren auch Leben zu geben. Ein Leitspruch, der auch für Menschen mit demenzieller Veränderung gelten soll (vgl. Deutscher Ethikrat 2010, S. 15).

Derzeit wird von über 50 Millionen Menschen weltweit mit Demenz ausgegangen (vgl. Alzheimer's Disease International 2019, S. 13). Die Demenz ist durch die prognostizierte demografische Entwicklung, aus der die Zunahme der Zahl an älteren Menschen hervorgeht, eine der größten gesundheits- und sozialpolitischen Herausforderungen der Gegenwart (vgl. Deutscher Ethikrat 2012, S. 7). Heutzutage erkrankt alle drei Sekunden ein Mensch an einer Form von Demenz (vgl. Alzheimer's Disease International 2018, S. 34).

Im Vorfeld löst die Auseinandersetzung mit der Demenz Unsicherheit, Ängste, Besorgnis und Abwehr aus. Allein die Vorstellung nicht mehr in der Lage zu sein, Situationen zu verstehen und das Leben in geistiger Klarheit abschließen zu können, sondern in Abhängigkeit von der Hilfe anderer, muss uns ergreifen (vgl. Deutscher Ethikrat 2012, S. 9). Hierzu stellt sich die Ungewissheit, wie die Soziale Arbeit den Menschen mit Demenz ein selbstbestimmtes Leben in Würde und Teilhabe an der Gesellschaft ermöglichen kann. Doch nicht nur die Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen gilt es einzubeziehen, ebenso sind deren soziale Bezugspersonen eine zentrale Zielgruppe, hier liegt der Fokus vermehrt auf den Pflegekräften in der stationären Altenhilfe. Der voranschreitende konzeptionelle Wandel erfasst ebenso die originären Bereiche der Sozialen Altenarbeit, wie die Betreuung und Pflege. Anhand des Bedarfs verändern sich derzeit die Voraussetzungen und Bedingungen, auch wenn das Feld der Pflege kein eindeutiges Profil hat und die Soziale Arbeit in Institutionen der Altenhilfe bislang eine eher marginale Rolle spielte (vgl. Kricheldorf 2010, S. 70).

Dieser Beitrag soll aus Sicht der professionellen Pflege Aufschluss über Dilemmata und Spannungsfelder bei der Versorgung von Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen darstellen. Das Konstrukt der Lebensqualität hat sich diesbezüglich zu einem Schlüsselkonzept in der Betreuung und Pflege von Menschen mit chronischer Beeinträchtigungen entwickelt (vgl. Kruse 2012, S. 34). Um Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen die Lebensqualität zu ermöglichen, braucht es hierzu die soziale Teilhabe. Um dafür in Interaktion mit ihnen zu treten, mit der Kommunikation sozialen Kontakt zu ermöglichen, zeigen sich in der Pflege und Betreuung mit dem Voranschreiten der Demenz häufig herausfordernde Verhaltensweisen (vgl. Schwarz 2009, S. 108). Herausfordernde Verhaltensweisen gehören zu einem der größten

Dilemmata in der Betreuung und Pflege von demenziell veränderten Menschen (vgl. Kastner/Löbach 2018, S. 92f.).

Der Leitgedanke dieses Vorhabens waren die Ursachen für diese herausfordernde Verhaltensweisen im Umfeld von demenziell veränderten Menschen zu suchen. So ergab sich für diese vorliegende Arbeit folgende Forschungsfrage, welche Zusammenhänge zeigen sich zwischen den Ursachen von herausforderndem Verhalten von Demenz veränderten Menschen und der Pflege- und Betreuungsqualität im Umgang mit den betroffenen Personen. Mit der Auseinandersetzung dieser Thematik tat sich ein Spektrum an verschiedensten Facetten auf, auf die versucht wird, innerhalb dieses Rahmens einzugehen. Neben diesen Adressatinnen- und Adressatenkreisen ergeben sich eine Vielzahl von weiteren Personengruppen und ein breites Spektrum an Tätigkeitsbereichen, die in Versorgungssituationen im Kontext mit der Demenz stehen, woraus sich weitere interdisziplinäre Schnittstellen ergeben.

Der Aufbau dieser vorliegenden Schrift gliedert sich in einen theoretischen Teil, welcher durch Literaturrecherche zustande kam sowie in einen empirischen Teil, der durch eine durchgeführten Befragung von Pflegekräften in stationären Einrichtungen erarbeitet wurde. Den Anfang macht die Wahrnehmung der Demenz in unserer Gesellschaft und die daraus resultierende Stigmatisierung. Mit dem medizinischen Zugang soll bedeutendes Wissen zur Demenz gebracht werden, dessen eigentlichen Kern die Frage nach den sozialen Aspekten bildet. Der Einblick in die Pflegesituation von Menschen mit demenziellen Veränderungen soll aufzeigen, welche Maßnahmen in der Pflege und Betreuung von demenziell betroffenen Menschen zur Verfügung stehen. Darauf gefolgt werden die Einflüsse in der professionellen Pflege von demenziell veränderten Menschen aus verschiedenen Betrachtungsweisen nähergebracht.

Um Theorien für den Umgang mit herausforderndem Verhalten aufzustellen, war es vorab unabdinglich sich auch dem Erleben von herausforderndem Verhalten aus den verschiedenen Sichtweisen der Adressatinnen und Adressaten zuzuwenden. Aus all dem aufgebauten Wissen wurden die wesentlichsten Aspekte im Umgang mit herausforderndem Verhalten beschrieben. Um einen Einblick in die praxisnahe Pflegesituation von demenziell veränderten Menschen sowie bedeutende Informationen aus der Praxis zu erlangen, wurde im empirischen Methodenteil eine Befragung von Pflegekräften in stationären Einrichtungen, die in ihrem Arbeitsalltag mit der Demenz konfrontiert sind, vorgenommen. Im letzten Abschnitt werden die erarbeiteten Ergebnisse zusammengefasst und ein vorausschauendes Fazit formuliert. Diese vorliegende Schrift soll zu einem besseren Verständnis der Situation von demenziell beeinträchtigten Menschen beitragen. Zu diesem Zwecke werden demenzsensible Aspekte vorgestellt, um eine

Selbstbestimmung wahren und achtsamen Umgang mit demenziell veränderten Menschen zu fördern.

Die bestehenden Wissensprobleme im Zusammenhang mit der Demenz stehen noch immer als ein großes Hindernis, nicht nur für Menschen, die mehr Informationen, Beratung und Unterstützung suchen, sondern auch für das Grundverständnis zur Demenz (vgl. Alzheimer's Disease International 2019, S. 16). Die Absicht dieser Schrift ist es das Bewusstsein zu stärken, die Beseitigung von Mythen rund um die Demenz zu fördern und die Stigmatisierung zu dezimieren. Die Auseinandersetzung mit dem Phänomen der Demenz stellt die Frage nach unserem Menschenbild. Die in Verbindung stehenden sozialen, politischen und individuellen Herausforderungen sind nicht nur Fragen an die Sozial- und Gesundheitspolitik, sondern auch an unser Selbstverständnis als Mensch und Teil einer Gesellschaft. Der Mensch soll nicht nur als denkendes, sondern auch als soziales, empfindendes und emotionales Wesen verstanden werden, umso den Blick auf die vorhandenen Ressourcen zu lenken (vgl. Deutscher Ethikrat 2012, S. 7ff.).

2. Gesellschaftliche Relevanz

Die modernen Gesellschaften, die sich früh industrialisiert haben, stehen einem Wandel bevor. Die Geburtenraten der Bevölkerung sinken, während gleichzeitig die Lebenserwartung steigt (vgl. Klingholz 2011, S. 4). In Österreich bekommen Frauen seit rund zwanzig Jahren im Laufe ihres Lebens durchschnittlich höchstens 1,5 Kinder. In Deutschland sind es in der gleichen Zeitspanne höchstens 1,4 Kinder. Währenddessen die Bewohnerinnen und Bewohner der Industrienationen durch die medizinischen Fortschritte, besserer Ernährung und Lebensbedingungen seit Mitte des 19. Jahrhunderts stetig älter werden (vgl. Sütterlin/Hoßmann/Klingholz 2011, S. 14).

Die Folgen daraus haben bereits dazu geführt, dass in Europa mittlerweile mehr ältere Menschen als junge leben (vgl. Klingholz 2011, S. 4). Der demographische Wandel verändert die Altersstruktur der Bevölkerung und führt dazu, dass der Anteil an älteren, hochbetagten Menschen an der Gesamtbevölkerung immer mehr ansteigt. Dies bleibt nicht ohne Konsequenzen für die Versorgungslandschaft und einer Vielzahl von interdisziplinären Aufgaben im Dienstleistungssektor (vgl. Karl 2008, S. 271ff.). Die Nachfrage von Menschen mit Demenz und Pflegebedürftigkeit geht bereits über die rein pflegerische sowie medizinische Betreuung hinaus, wie sie beispielsweise in den Altenheimen erbracht wird (vgl. Philipp-Metzen 2015, S. 15).

2.1 Häufigkeit der Demenz

Die Demenz ist eine alterskorrelierte Erkrankung, die geschätzten Vorkommen stehen in direktem Zusammenhang mit dem Anteil der älteren Menschen in einem Land (vgl. Philipp-Metzen 2015, S. 13).

In Deutschland leben gegenwärtig etwa 1,7 Millionen Menschen mit einer Form von Demenz und Jahr für Jahr treten mehr als 300.000 Neuerkrankungen auf (vgl. Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2018, S. 1). In Österreich leben laut Schätzungen rund 130.000 Menschen mit einer Demenz. Jedoch muss hier auf eine hohe Dunkelziffer vermerkt werden, die sich durch die Verschwiegenheit der Betroffenen als ein großes Tabu und ohne Diagnose festigt (vgl. Alzheimer Austria 2019, o.S.). Im Jahr 2019 lebten weltweit über 50 Millionen Menschen mit Demenz. Diese Zahl wird sich bis zum Jahr 2050 mehr als verdreifachen (vgl. Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2018, S. 4).

Das Erkrankungsrisiko nimmt mit steigendem Alter zu. Bei Einzelfällen können Menschen sogar schon im dreißigsten Lebensjahrzehnt oder auch früher betroffen sein (vgl. Schwarz 2009, S. 9). In der Regel tritt Demenz bei Menschen ab dem 65. Lebensjahr auf. Aus diesem Grund und weil sich diese vorliegende Schrift primär um die Zielgruppe älterer Menschen handeln soll, beziehen sich die nachfolgenden Ausführungen vorrangig auf diese bestimmte Generation, betroffen unter der Alzheimer-Demenz, welche mit ungefähren 60 Prozent aller Fälle die mit Abstand häufigste Form darstellt. Dennoch sind die meisten getroffenen Aussagen allgemein und auch auf andere Demenzformen übertragbar (vgl. Wißmann 2010, S. 340).

Ein gelingendes Altern aus gesellschaftlicher sowie individueller Sicht ist gebunden an die Mitverantwortung des Menschen, die als gesellschaftliche Teilhabe verstanden wird (vgl. Kruse/Wahl 2010, S. 38). Um den Wandel und den bevorstehenden Bedarf zu decken, besteht ein Handlungsbedarf in unserer Gesellschaft. Aufgrund der Häufigkeiten handelt es sich bei Demenz um ein Krankheitsbild von hoher gesellschaftlicher Relevanz (vgl. Philipp-Metzen 2015, S. 13).

2.2 Demenz in der öffentlichen Wahrnehmung

In Anbetracht solch immensen Zahlen, insbesondere auf die vorhersehbaren Zuwachsraten an Menschen mit Demenz, wird in der Öffentlichkeit sowie auch in den Medien von einer Gefährdung und einer Bedrohung gesprochen. Dabei ist die Demenz mit negativen Bildern behaftet, die sich durch ihre Konsequenz für das Individuum verknüpft (vgl. Alzheimer's Disease International 2019, S. 14). Dieses schwebende Tabu über die Demenz aufzulösen, gehört kritisch hinterfragt.

Über die mengenmäßige Seite der medialen Verbreitung des Themas der Demenz muss festgestellt werden, dass von einer sogenannten Verschwiegenheit nicht die Rede sein kann. Über die Demenz wird geschrieben und auch gesprochen, aber zumeist in einer Form, die sich an den Defizitbildern orientiert und somit der Stigmatisierung immer mehr Fläche gewährt (vgl. Wißman 2010, S. 341). Der aus Kanada stammende Soziologe Erving Goffman prägte den Begriff Stigmatisierung, als eine Situation des Individuums, das von vollständiger sozialer Akzeptanz ausgegrenzt ist. Ein Stigma entsteht bei abweichendem Verhalten, bei einem Leben, das gegen die gültigen Werte und Normen, gegen die allgemeinen Erwartungen verstößt (vgl. Goffman 1967, S. 94ff.). Dabei sind Menschen mit Demenz in unserer Gesellschaft mit einer doppelten Stigmatisierung behaftet, zum einen mit der Demenz und zum anderen mit dem Alter – sie gelten als krank und werden entmündigt (vgl. Moniz-Cook/Manthorpe 2010, S. 18).

Menschen mit Demenz und deren individuelle Lebenswelten werden kaum realistisch wahrgenommen, das liegt darin begründet, dass die ältere Generation mit einem negativ behaupteten Stellenwert in unserer Gesellschaft assoziiert wird (vgl. Hirsch 2008, S. 107). Das Alter und die damit behaupteten altersbedingten Leistungseinbußen werden in unserer Gesellschaft mit marktunfähigen Leistungen gleichgeschrieben und somit nicht von gesellschaftlichem Nutzen eingestuft (vgl. Kolland/Hörl 2015, S. 137).

Zugleich werden in solch negativ behaupteten Diskussionen überwiegend über die fortgeschrittene Demenz berichtet und ein düsteres Leben für Betroffene prophezeit (vgl. Stechl/Knüvener/Lämmler/Steinhagen-Thiessen/Brasse 2012, S. 23). Das Krankheitsbild der Demenz führt zu einem Gefühl der Abhängigkeit und zur Konfrontation der Menschen mit dem Verlieren von Selbständigkeit und Selbstbestimmung, das was ein Leben lang angestrebt wird (vgl. Kolland/Hörl 2015, S. 137). Ein Grund für diese Manifestierung der negativen Bilder in unserem Gedankengut ist das mangelnde Verständnis und Hinterfragen. Es besteht ein allgemeiner Mangel an Wissen und Verständnis über die Demenz (vgl. Alzheimer's Disease International 2019, S. 124). Auch durch die Erschwernis, die Perspektive der demenziell beeinträchtigten Menschen zu erfassen, können sich die Vorurteile leicht behaupten (vgl. Hirsch 2008, S. 107).

Die Alzheimer's Disease International, eine internationale Dachorganisation von 100 nationalen Alzheimer-Gesellschaften rund um die Welt, veröffentlichte zum Welt-Alzheimerstag am 21. September den Welt-Alzheimer-Report. Dieser Bericht stellt die Ergebnisse der größten Befragung zu den Einstellungen zum Thema Demenz vor, mit Antworten von fast 70.000 Menschen aus 155 Regionen und Ländern. Die Ergebnisse der Befragung weisen auf gravierende Lücken zum allgemeinen Wissen über die Demenz hin – beispielsweise glauben zwei Drittel

der Menschen immer noch, Demenz sei ein natürlicher Teil des Alterungsprozesses anstatt einer neurodegenerativen Erkrankung.

Ebenso gaben über 85 Prozent der Befragten zu den Einstellungen zur Demenz an, dass ihre Meinung nicht ernst genommen werde. Betroffene aus der Studie nannten häufige Aussagen, wie „aber du hast Demenz, was willst du schon wissen“ oder „deine Meinung zählt nicht länger“, mit denen sie in ihrem Alltag mit Demenz konfrontiert werden. Viele Menschen mit Demenz fühlen sich unfair behandelt, was zur Verstärkung der negativen Erfahrungen führt. Diese unpassenden Interaktionen können auf vielfältige Weise erlebt werden - zu Hause, in der Gemeinde, im Gesundheitswesen und beinhaltet zumeist die Verweigerung der Wahl, das Ignorieren, fehlende soziale Beziehungen, mangelnde Privatsphäre sowie die unangemessene Behandlung (vgl. Alzheimer's Disease International 2019, S. 14-26).

Die Folgen für stigmatisierte Menschen sind belastend. Es drohen Diskriminierung durch formellen oder informellen Verlust von bisher ausgeübten Rollen, sowie die Reduktion von sozialen Kontakten, was in Folge zu einer Isolation und Ausgliederung aus dem sozialen Netzwerk führt (vgl. Cloerkes 2007, S. 170). Soziale Folge dieser Stigmatisierung ist der Rückzug der Betroffenen sowie auch das meist zu späte Eingestehen der Demenz (vgl. Kolland/Hörl 2015, S. 137). Auf gesellschaftlicher Ebene können strukturelle Stigmatisierungen die Höhe, der für Pflege und Unterstützung bereitgestellte Mittel beeinflussen (vgl. Alzheimer's Disease International 2019, S. 21).

Die Gesellschaft muss sich von den Zuschreibungen und den Bildern, die Menschen mit Demenz als Patientin oder Patient mit Ausfällen und auffälligem Verhalten, die zeitaufwendig und belastend zu pflegen sind, lösen (vgl. Sütterlin et al. 2011, S. 57). Menschen mit Demenz sind ein Teil der Gesellschaft, auch wenn sie sich vielleicht nicht der Norm entsprechend verhalten. Unsere Haltung gegenüber demenziell veränderten Menschen schaffen die Rahmenbedingungen, die darüber entscheiden, ob dieses entstehende Bild von Demenz mit Ängsten und Vorurteilen bestärkt bleibt, oder als ein Lebensabschnitt mit neuen Facetten akzeptiert wird. Zwar darf nicht in Vergessenheit geraten, dass die Demenz eine Krankheit ist, aber wir sollten die Mitmenschen mit einer Demenz wahrnehmen und auch dafür Verantwortung tragen, dass sie mit ihren Fähigkeiten und Wünschen in soziale Bezüge eingebunden bleiben (vgl. Klingholz 2011, S. 5).

Der Gerontologe Andreas Kruse spricht sich für die Wahrnehmung der Angewiesenheit auf Solidarität und Hilfe einem selbst und auch anderer Menschen aus, um so einen vorurteilsfreien Kontakt mit den Menschen mit Demenz zu ermöglichen (vgl. Kruse 2008, S. 1). Ein wertfreier Umgang ist auch erst dann möglich, wenn es gelingt, dass Menschen mit Demenz als Personen

mit einer individuellen Geschichte und eigenem Lebensentwurf wahrgenommen werden. Den Vorurteilen und Ängsten der Demenz werden am besten durch Aufklärung begegnet (vgl. Sütterlin et al. 2011, S. 57).

Die Wahrnehmung von Demenz ist stark davon abhängig, wie das Umfeld beschaffen ist. Im Fokus soll nicht die Krankheit stehen, sondern die Aufmerksamkeit soll auf den Betroffenen als Mensch und Teil einer Gesellschaft gelenkt werden (vgl. Kolland/Hörl 2015, S. 138). Auch der von Kruse genannte Begriff altersfreundliche Kultur ist ausschlaggebend für das Wohlbefinden von älteren Menschen in unserer Gesellschaft. Darunter wird das Einbeziehen von älteren Menschen in gesellschaftliche, politische und kulturelle Diskurse verstanden. Ältere Menschen werden gerne als nicht aktiver mitverantwortlich handelnder Teil der Gesellschaft wahrgenommen, da deren Potenziale nicht ernstgenommen werden. Eine altersfreundliche Kultur lässt Raum für die Teilhabe und Miteinbeziehen von älteren Frauen und Männer, umso soziale Ungleichheit innerhalb dieser Gruppe von Menschen abzubauen und somit auch sicherzustellen, dass jeder Mensch unabhängig von Bildung, Einkommen und Sozialschicht, die sozialen und pflegerischen Leistungen erhält, die sich in seiner Lebenssituation als notwendig erweisen. Für ein würdiges Leben ist auch die Teilhabe demenziell beeinträchtigter Menschen an der Gesellschaft bedeutend, die soziale Umwelt aktiv mitzugestalten, sich mit anderen Menschen im Handeln und Sprechen auszutauschen und Mitverantwortung zu übernehmen. Dies erfordert von der sozialen Umwelt eine Offenheit für die individuelle Persönlichkeit eines Menschen mit demenziellen Veränderungen, dazu zählen deren spezifische Motive, Interessen und Verhaltensformen (vgl. Kruse 2013, S. 6-10).

Die Absicht besteht aus dem Fördern der Fähigkeiten und Kompetenzen des demenziell veränderten Menschen sowie das Sicherstellen einer möglichst hohen Lebensqualität und Lebensfreude (vgl. Radenbach 2014, S. 25). So ist die Basis für die Schaffung von Sozialräumen, in denen sich Menschen mit demenziellen Veränderungen einerseits geschützt fühlen und auch die Möglichkeit haben, selbstgewählte Interessen nachzugehen und mit anderen Menschen in Austausch treten zu können, gegeben (vgl. Kruse 2013, S. 7).

Die Zahlen zur Demenz signalisieren deutlich, dass das Entziehen der gesellschaftlichen Verantwortung, welche mit der Demenz verbunden ist, keineswegs möglich ist. Demnach wird in dieser Schrift die Demenz primär als soziale Frage an die Gesellschaft thematisiert. Die folgende Botschaft ist nicht nur für die Pflegekräfte und Angehörige von Bedeutung, sondern auch für den Umgang alternder Gesellschaften mit einer wachsenden Zahl von Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen. Stigmatisierung ist eines der größten Hindernisse, das

Menschen auf der ganzen Welt daran hindert, ihr Leben mit Demen zu verbessern (vgl. Alzheimer's Disease International 2019, S. 21).

3. Menschen mit Demenz

Vergesslichkeit tritt in jedem Lebensalter auf, mit zunehmendem Alter vermehrt. Mögliche Einflüsse sind Faktoren wie Stress, Nervosität, mangelnde Konzentration, Überforderung und Unaufmerksamkeit. Hier stellt sich die Frage, wo die Grenzen zwischen normaler Altersvergesslichkeit und Demenz liegen. Zurzeit kann auf noch keine belegten Erkenntnisse, um eine beginnende Demenz von einer normalen Altersvergesslichkeit zu unterscheiden, zurückgegriffen werden. Doch gibt es bestimmte Hinweise, wie zum Beispiel tritt die Demenz gegenüber einer normalen Altersvergesslichkeit zunehmend stärker werdend ein. Die normale Altersvergesslichkeit nimmt kaum merklich und nur sehr gering zu, dabei ist ausschließlich das Gedächtnis betroffen. Die Alltagskompetenzen sind in allen Bereichen erhalten, auch wenn sich vermehrt Zerstretheit bemerkbar macht. Verlegte Gegenstände lassen sich meist an üblichen Orten wiederfinden und mithilfe von Merktzetteln kann sich beispielsweise selbstständig geholfen werden (vgl. Steurethaler 2013, S. 39ff.).

Dabei ist es völlig legitim die Hausschlüssel zu verlegen, aber wenn sich diese wieder im Kühlschrank oder anderen unsinnigen Orten finden, und dies nicht nur einmal vorkommt, dann heißt es aufmerksam werden. Andere typische Anzeichen sind das Nichterkennen von vertrauten Personen, Gegenständen und Orten oder massive Wortfindungsstörungen (vgl. Sütterlin et al. 2011, S. 11). Im folgenden Kapitel wird die Demenz zunächst aus der medizinischen Perspektive näher beschrieben, um diese anschließend, um eine soziale Perspektive zu erweitern.

3.1 Geschichtliche Spuren zur Demenz

Schon aus der Antike gehen aus Aufzeichnungen Verhaltensänderungen von Menschen hervor. So entstand ungefähr 25 v.Chr. die Prägung des lateinischen Begriffs demens, der für das Phänomen der geistigen Verwirrtheit, auch des Verstandes beraubt, seinen Gebrauch findet (vgl. Kastner/Löblich 2018, S. 1).

Im Jahre 1797 führte der französische Arzt Philippe Pinel den Begriff Demenz ein, welcher sich aus den lateinischen Worten de und mens zusammensetzt und wörtlich weg vom Geist oder ohne Geist bedeutet (vgl. Steurethaler 2013, S. 25).

Erst zum Ende des 19. Jahrhunderts wurde durch Alois Alzheimer, einem Psychiater und Gehirnpathologe, die Erkrankung näher erforscht (vgl. Radenbach 2014, S. 17). Er untersuchte die

Gehirne ehemaliger Patientinnen und Patienten. Die anatomischen Veränderungen im Gehirn brachte er in direktem Zusammenhang mit den zuvor beobachteten Auffälligkeiten im Verhalten der Betroffenen. Durch seine Erkenntnisse wurde die Erkrankung später nach ihm benannt. Nach dem Zweiten Weltkrieg ruhte die Forschung auf diesem Gebiet zur Gänze. Erst seit den 1990er Jahren erfolgte eine klare Abgrenzung vom normalen Altern und pathologischer Veränderungen im Gehirn (vgl. Kastner/Löbach 2018, S. 1f.).

3.2 Klassifikation der Demenz

Im gesellschaftlichen und wissenschaftlichen Diskurs wird Demenz aufgrund ihrer Definition als Krankheit vorwiegend aus der medizinischen Perspektive diskutiert. Somit hat sich auch die medizinisch biologische Begriffsbestimmung im Gedankengut verfestigt (vgl. Wißman 2010, S. 339). Psychosoziale Aspekte, soziale Faktoren und kulturelle Konstruktionen nehmen hier nur eine marginale Rolle ein (vgl. Frewer-Graumann 2014, S. 8). Auch wenn der Zugang zu Demenz in diesem Beitrag aus einer sozialen Perspektive gelegt wird, ist es dennoch sinnvoll, sich der gegenwärtig geleiteten Auslegung der Medizin bewusst zu sein.

Die Weltgesundheitsorganisation, kurz WHO, erstellte einen englischsprachigen Diagnose-schlüssel, welche den Wortlaut „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“ trägt (vgl. World Health Organization 1992, o.S.). Ins Deutsche übersetzt Nichts anderes als internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, kurz ICD-10 BMGF 2017+, bedeutet. Im Abschnitt unter Psychische- und Verhaltensstörungen wird Demenz als ein psychisches Syndrom, das zu Hirnfunktionsstörungen führt und sich aus einem Bündel von verschiedenen Symptomen zusammensetzt, geführt.

„Demenz (F00-F03) ist ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Das Bewußtsein ist nicht getrübt. Die kognitiven Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet, gelegentlich treten diese auch eher auf“ (Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information 2016, o.S.).

Nach der aktuellen Ausgabe werden die Diagnosen zur Demenz gestellt. Für eine klinische Diagnose müssen die im Zusammenhang stehenden Symptome mindestens kontinuierlich für sechs Monate andauern, ansonsten kann nur eine vorläufige Diagnose gestellt werden (vgl. Reggentin/Dettbarn-Reggentin 2006, S. 21).

Die Wahrscheinlichkeit an einer Demenz zu erkranken, steigt nach dem 65. Lebensjahr stetig an (vgl. Sütterlin et al. 2011, S. 6). Dabei entfallen zwei Drittel der Betroffenen im höheren Lebensalter auf Frauen, nur ein Drittel auf Männer. Der Hauptgrund liegt dafür in der unterschiedlichen Lebenserwartung. Frauen haben ein geringeres Sterberisiko als Männer. Frauen sind deshalb in den höheren Altersgruppen, in denen die Demenz stetig zunimmt, viel zahlreicher vertreten (vgl. Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2018, S. 4). Auf die verschiedenen Ursachen für eine Demenz wird im nachfolgenden Abschnitt näher eingegangen.

3.3 Ursachen und Formen der Demenz

Die Demenz beschreibt nicht eine Krankheit, sondern ist der Oberbegriff für viele Krankheitsbilder mit unterschiedlichen Ursachen (vgl. Diekämper 2013, S. 22). Es gibt mehr als 70 verschiedene Demenzformen (vgl. Bartholomeyczik/Halek 2006, S. 21). Grundsätzlich umfasst der Oberbegriff Demenz zahlreiche verschiedene Formen, sinnvoll ist jedoch eine Differenzierung nach ihren Ursachen in primäre und sekundäre demenziellen Erkrankungen.

Primäre Demenzen sind chronische Erkrankungen, die durch eine direkte Schädigung des Gehirns entstehen und auf Zellverlust einhergehenden Veränderungen beruht. Diese lassen sich in fortschreitende und nichtfortschreitende Demenzerkrankungen gliedern (vgl. Kastner/Löbach 2010, S. 29). Bei 90 Prozent aller Demenzen handelt es sich um die primäre Form (vgl. Maier 2010, S. 11). Sie können mit den heute zur Verfügung stehenden Mitteln nicht geheilt werden (vgl. Lauter 2010, S. 31).

Im Gegensatz sind die sekundären Demenzen nicht die Grunderkrankung selbst, sondern entstehen aufgrund von anderen Organerkrankungen und haben somit ihren Ursprung aus anderen körperlichen oder psychischen Erkrankungen (vgl. Kastner/Löbach 2010, S. 37f.). Sie zeigen kein eigenständiges Krankheitsbild, doch zeigen sich Ähnlichkeiten mit der Symptomatik einer demenziellen Entwicklung (vgl. Lauter 2010, S. 29f.). Sie sind Folgeerscheinungen anderer Krankheiten, die ihren Ursprung meistens außerhalb des Gehirns haben. Typische Ursachen sind hier Medikamente, Alkohol, Stoffwechselveränderungen oder Schädel-Hirn-Traumen (vgl. Gleichweit/Rossa 2009, S. 3). Viele dieser Krankheiten und die daraus resultierende sekundäre Demenz können mit Medikamenten behandelt werden und häufig ist eine Rückbildung der demenziellen Beschwerden zu beobachten (vgl. Kastner/Löbach 2010, S. 37f.).

Weiteres lassen sich degenerative (fortschreitend) und nichtdegenerative (nicht fortschreitend) Formen der Demenz unterscheiden. Für die Unterscheidung ist hier entscheidend, ob sich der Abbauprozess des Gehirns kontinuierlich verstärkt oder ob eine einmalige Schädigung stattfand

(vgl. Gleichweit/Rossa 2009, S. 3). Die Entstehung der degenerativen Hirnveränderungen ist bis heute nicht vollständig erklärbar (vgl. Bundesamt für Gesundheit 2013, S. 6).

Für die Entstehung einer Demenz werden als Ursachen unterschiedliche Risikofaktoren diskutiert. Diese Risikofaktoren werden zusammenfassend als krankheitsbegünstigende, entwicklungshemmende und risikoe erhöhende Determinanten definiert. Dabei wird zwischen vermeidbare und nicht vermeidbare Risikofaktoren unterschieden. Zu den nicht vermeidbaren Faktoren gehören neben dem Geschlecht, das erhöhte Lebensalter und die genetischen Prädispositionen (vgl. Gleichweit/Rossa 2009, S. 4ff.). Die genetischen Faktoren werden nur an die Hälfte der Nachkommen weitervererbt, diese weisen zwar eine erhöhte Disposition zur Demenz auf, allerdings müssen diese nicht zwangsläufig daran erkranken (vgl. Steurethaler 2013, S. 35). Beim Risikofaktor Geschlecht sei erwähnt, dass die höheren altersspezifischen Prävalenzraten demenzieller Erkrankungen bei Frauen primär die Tatsache widerspiegeln, dass Frauen bei Demenzerkrankungen länger zu überleben scheinen als Männer (vgl. Höpflinger/Bayer-Oglesby/Zumbrunn 2011, S. 64). Allgemein betrachtet, treten sowohl bei Frauen als auch bei Männern Demenzen annähernd gleich häufig auf (vgl. Doblhammer/Schulz/Steinberg/Ziegler 2012, S. 54).

Neben den erblichen Faktoren spielen genauso negative Umwelteinflüsse und andere schädliche Faktoren eine Rolle (vgl. Gatterer/Croy 2005, S. 12). Zu diesen Einflüssen zählen die Bewegung, Ernährung, Rauchen und Alkohol, aber auch der Lebensraum mit ungünstigen Aspekten, wie soziale Isolation und wenige Sozialkontakte, spielt eine entscheidende Rolle (vgl. Radenbach 2014, S. 19; vgl. Gatterer/Croy 2004, S. 17).

Inzwischen ist es umstritten, dass einige Lebensstilfaktoren das Alzheimer-Risiko erheblich beeinflussen. In Kohortenstudien entwickelten Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Diabetes, Hypertonie und jene mit Depressionen, Nikotinkonsum, geringer Bildung und Bewegungsmangel häufig eine Alzheimerdemenz. Die einzelnen Lebensstilfaktoren treten in der Regel nicht unabhängig auf, beispielsweise neigt jemand der zu Übergewicht tendiert, auch häufiger an Diabetes oder Hypertonie zu erkranken und wird seltener bei einer sportlichen Tätigkeit anzutreffen sein, als jemand mit Normalgewicht. Viele Risikofaktoren treten zusammen auf, so lassen sich ihre Auswirkungen nicht klar voneinander trennen (vgl. Müller 2014, o.S.).

Britische und US-amerikanische Forscher fanden bei einer globalen Hochrechnung zum Demenzrisiko heraus, dass Bildung den größten Einfluss einnimmt. 19 Prozent aller Alzheimerfälle könnten sich verhindern lassen, wenn die gesamte Bevölkerung mindestens eine Matura entsprechende Schulausbildung aufweisen würde. Auf Verzicht auf Nikotin lassen sich knapp 14 Prozent aller Demenz betreffende Erkrankungen verhindern, mit körperlicher Inaktivität

sind es knapp 13 Prozent, gefolgt von Depression mit 8 Prozent. Deutlich weniger fällt hier die Hypertonie, Diabetes mit unter 5 Prozent auf. Je nach Region zeigen sich große Unterschiede, wird beispielsweise nur Europa in den Berechnungen von Sam Norton et al. einbezogen, ist die körperliche Inaktivität am entscheidendsten. Danach folgen Rauchen und niedrige Bildung sowie die Depression. In unserem Umfeld wäre mehr Bewegung die wirksamste Lebensmodifikation, um die Alzheimerprävalenz zu senken (vgl. Norton/Matthews/Barnes/Yaffe/Brayne 2014, S. 788-794). Es ist jedoch utopisch zu denken, die Welt von Demenzrisikofaktoren zu befreien (vgl. Müller 2014, o.S.). Leitlinien empfehlen die frühzeitige Behandlung von Hypertonie oder Diabetes, sowie ein aktives intellektuelles, soziales Leben und körperliche Bewegung zur Primärprävention (vgl. Pertl 2015, S. 14).

Inwiefern sich das Erkrankungsrisiko durch beeinflussbare Faktoren senken lässt, ist wissenschaftlich noch nicht abschließend geklärt, doch laut dem Bericht der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und Alzheimer's Disease International (ADI) besteht eine Evidenz, dass bestimmte Risikofaktoren und Erkrankungen das Demenzrisiko erhöhen, wie vorhin zum Beispiel das Rauchen, Alkoholmissbrauch, körperliche Inaktivität und Erkrankungen wie Bluthochdruck, erhöhter Cholesterinspiegel, Diabetes. So weisen auch diverse Studien darauf hin, dass Depressionen eine Erkrankung der Demenz begünstigen (vgl. World Health Organization 2012, S. 29).

Mit rund zwei Drittel aller Fälle stellt die Alzheimer Demenz die häufigste Form dar (vgl. Lauter 2010, S. 30). Sie ist die epidemiologisch und klinisch häufigste Form der Demenz und zählt zu der degenerativen Form. Liegt das Erkrankungsalter unter 65 Jahren, so wird von präseniler Alzheimer Demenz gesprochen, darüber von seniler. Die präsenile Alzheimer Demenz macht in etwa 5 Prozent der gesamten Alzheimer Demenzfälle aus (vgl. Gleichweit/Rossa 2009, S. 4). Dabei zählt die Alzheimer Demenz zu den fortschreitenden Formen, welche die häufigste Form der primären Demenz vertritt (vgl. Maier 2010, S. 11). Der massive aber dennoch langsam fortschreitende Verlust von Gehirnzellen ist typisch für die Alzheimer Demenz (vgl. Kastner/Löbach 2010, S. 37f.).

Bei all den Unterschieden haben alle Formen dennoch eine Gemeinsamkeit und zwar den allgemeinen Abbau der geistigen Leistungsfähigkeit, hervorgerufen durch nachweisbar schwere neurobiologische Veränderungen im Gehirn (vgl. Catulli 2007, S. 13).

3.4 Verlauf und Symptomatik der Alzheimer Demenz

Eine weitere Unterscheidung in der Demenz betrifft den Schweregrad der Erkrankung. Menschen mit Demenz können ihre Wünsche und Beschwerden nur schwer ausdrücken, umso

wichtiger ist die richtige Beurteilung, in welchem Stadium sich die Betroffenen befinden (vgl. Lind 2007, S. 35). Die Alzheimer Demenz verläuft schleichend mit langsamen Verschlechterungen kognitiver Fähigkeiten (vgl. Lauter 2010, S. 31).

Wie zuvor angeführt, steht der Ausdruck Demenz für eine Kombination verschiedener Symptome und nicht für eine klare Abgrenzung der Krankheit an sich. Die Symptome können bei jedem Menschen individuell auftreten (vgl. Kastner/Löbach 2010, S. 24). Die Darstellung der Symptomatik der Alzheimer Demenz geschieht anhand vom Verlauf der Erkrankung, welcher in drei Stadien geteilt ist (vgl. Reggentin/Dettbarn-Reggentin 2006, S. 21). Die Demenzstadien orientieren sich am Schweregrad der Erkrankung.

3.4.1 Anfangsstadium

Die leichte Beeinträchtigung, auch bekannt als Anfangsstadium, ist der Gedächtnisverlust, welcher die täglichen Aktivitäten zwar beeinträchtigt, jedoch eine unabhängige Lebensführung ermöglicht. Die Betroffenen haben Schwierigkeiten bei der Aufnahme und dem Speichern von alltäglichen Geschehnissen, die Vergesslichkeit steht im Vordergrund (vgl. Dilling/Mombour/Schmidt/Schulte-Markwort 2006, S. 49f.). Die Defizite zeigen sich bei der Wortflüssigkeit und Wortfindung sowie bei der Fähigkeit Figuren zu erkennen, zusammenzufügen oder zu zeichnen. Ebenso zeigen sich Störungen bei Denkabläufe, insbesondere bei der Bewältigung von komplexen Aufgaben und im weiteren Verlauf sind neu erworbene Inhalte vor dem Altgedächtnisinhalten betroffen. Das Altgedächtnis bleibt zunächst noch weitgehend intakt (vgl. Lauter 2010, S. 31f.).

3.4.2 Mittleres Stadium

Die mittelgradige Beeinträchtigung umfasst eine Gedächtnisstörung, die eine ernste Behinderung und somit die selbstständige Lebensführung stark einschränkt (vgl. Dilling et al. 2006, S. 49f.).

In diesem Stadium ist bereits eine hochgradige Vergesslichkeit erreicht, welche sich nicht nur auf neue Gedächtnisinhalte beschränkt, sondern auch immer mehr auf das Altgedächtnis übergreift (vgl. Lauter 2010, S. 32). In diesem Stadium werden nur mehr gut gelernte oder sehr vertraute Informationen behalten (vgl. Dilling et al. 2006, S. 49f.). Das analytische Denken, wie das Planen von Handlungsabläufen und das Erkennen von Zusammenhängen wird immer mehr erheblich eingeschränkt (vgl. Kruse 2010, S. 32).

In alltäglichen Verrichtungen werden Handlungsfolgen und Bewegungsabläufe, wie dem Gebrauch von Geräten oder dem Ankleiden, nicht mehr vollständig beherrscht oder können gar nicht mehr ausgeführt werden (vgl. Lauter 2010, S. 32). Die Betroffenen sind im täglichen

Leben deutlich auf Hilfe angewiesen. Auch der sprachliche Zerfall macht sich immer mehr bemerkbar. Es treten vermehrte Angstzustände, Unruhe und Aggressivität auf (vgl. Dilling et al. 2006, S. 49f.). In diesem Stadium nehmen auch vermehrt Wahn und Halluzinationen eine Bedeutung ein. Bei etwa einem Drittel der Betroffenen treten Wahrnehmungsstörungen und Wahnbildungen auf (vgl. Lauter 2010, S. 32).

3.4.3 Spätstadium

Im Endstadium gleichen sich wieder die verschiedenen Ausprägungen einer Demenz (vgl. Diekämper 2013, S. 22). Die schwere Beeinträchtigung stellt einen schwerwiegenden Gedächtnisverlust mit vollständiger Unfähigkeit dar, neue Informationen zu behalten (vgl. Dilling et al. 2006, S. 49f.). Im Spätstadium sind alle höheren emotionalen Funktionen und Denkfunktionen bis zu ihrem Erlöschen beeinträchtigt (vgl. Lauter 2010, S. 32). Auch das Langzeitgedächtnis wird in Mitleidenschaft gezogen, die bekannte Umgebung und vertraute Personen werden nicht mehr erkannt. In diesem Stadium bleiben den Betroffenen nur mehr Fragmente aus früher Gelerntem. Durch den Verlust von kognitiven Fähigkeiten sind eine verminderte Urteilsfähigkeit und ein eingeschränktes Denkvermögen möglich. Die Lebensführung ist von vollkommener Hilflosigkeit gezeichnet und die Betroffenen sind auf eine ganzheitliche Unterstützung angewiesen. Das Sprachverständnis ist erheblich eingeschränkt oder vollständig aufgehoben und im Verhalten steigt die ständige Unruhe, aber auch zeigt sich häufig Teilnahmslosigkeit (vgl. Dilling et al. 2006, S. 49f.).

Die durchschnittliche Dauer einer Demenz, welche schließlich zum Tode führt, wird ungefähr auf 8 bis 9 Jahre geschätzt. Doch kann dies stark variieren, abhängig davon um welche Form von Demenz es sich handelt. Je länger eine Demenz andauert, desto weniger Fähigkeiten bleiben dem betroffenen Menschen. Prinzipiell können Menschen mit Demenz in jedem Stadium der Erkrankung versterben, doch die Mehrzahl von Sterbefällen finden sich mit Eintritt der Bettlägerigkeit an (vgl. Kastner/Löbach 2018, S. 29).

4. Demenz als soziales Phänomen

In unserer Gesellschaft ist es zur Gewohnheit geworden, die Demenz ausschließlich als ein medizinisches Problem zu begreifen. Die Hauptströmung der Wissenschaft und die Hoffnung der Gesellschaft fokussieren sich auf die Entdeckung der biologischen genetischen Kennzeichen für die Entstehung, Prävention und Therapie demenzieller Veränderungen, während die sozialen Faktoren kaum berücksichtigt werden (vgl. Wißmann 2010, S. 339ff.).

Das Standardparadigma aus Sicht des medizinischen Modells umreißt die Demenz als ein technisches Problem. Weder beim herkömmlichen Paradigma noch seitens der begleitenden Forschung wird der Blick auf die Empfindungen für die realen Personen in der Vielfalt ihres jeweiligen Hintergrundes und Persönlichkeit gelegt. Das Standardparadigma nimmt eine negative und deterministische Haltung ein, es lässt den Pflegeprozess als eine vage Konstruktion ohne theoretischen Hintergrund stehen und hält daran fest, dass keine besondere Verbesserung eintritt, solange nicht der medizinische Durchbruch gelingt (vgl. Kitwood 2008, S. 63).

Im Gegensatz zu den primär biologisch orientierten Betrachtungen, die das Phänomen der Demenz vor allem als neurologisches Problem verstehen, werden hier die sozialen sowie umweltbedingten Aspekte in ihrer Relevanz für die Entstehung, Verstärkung und auch Reduzierung von demenziellen Prozessen und protektiven Maßnahmen betrachtet. Die soziale Relevanz liegt darin, Handlungsoptionen für verschiedene Akteurinnen und Akteure, in Summe für alle Beteiligten, aufzuzeigen. Letztlich ist nicht allein der Ausfall von Nervenzellen, sondern vielmehr die Art der Beschaffenheit und Zuwendung der Umwelt und die Form der Interaktion und Kommunikation zwischen Menschen mit und auch ohne Demenz von immenser Bedeutung. So lassen sich beispielsweise psychosozialer Stress oder Einsamkeit als begünstigte Faktoren für Demenz feststellen (vgl. Wißmann 2010, S. 342).

Das Ziel besteht darin, die Herausforderung anzunehmen und ein Paradigma vorzustellen, in dem das Individuum mit demenzieller Beeinträchtigung an erster Stelle steht. Durch diese Abwendung sollen für den Pflegeansatz wichtige Erkenntnisse dargelegt werden, bei dem viel mehr auf menschliche als auf medizinische Lösungen geachtet wird (vgl. Kitwood 2008, S. 18). Hierzu müssen sozialwissenschaftliche Verständniszugänge zur Demenz und des betroffenen Individuums gelegt werden, weshalb die Auseinandersetzung mit deren Lebenswelt unabdinglich ist.

4.1 Lebenswelt mit Verlusten und Ängsten

Um sich an die Lebenswelt der Menschen mit Demenz zu nähern, ist es von Bedeutung zu wissen, dass die Demenz mit dem Alter ein verbundenes Konstrukt darstellt. Die Bewältigung des Alters wird vom Sozialpsychologen Erik Erikson als Entwicklungsaufgabe der Ich-Integrität im Lebenslauf gesehen. Die Ich-Integrität befasst sich mit der Annahme des eigenen Lebens und der Auseinandersetzung mit dem Schicksal. Trotz zahlreicher Rückschläge und Enttäuschungen entlang des eigenen Lebensweges, die eigene Person so zu akzeptieren, wie sie dadurch geworden ist. Für Erikson stellt das Alter eine doppelte Erfahrung dar. Zum einen schließt sich der Lebenskreislauf, zum anderen wird die Generativität, die Tatsache, auch nur

eine Generation zu sein und in einer Kette von Generationen zu leben, zu einem wichtigen Grundgefühl des alten Menschen. Mit dem Alter wächst die Einsicht, dass Teile des Selbst, wie es einmal war oder zu hoffen vermag, dass es sein sollte, nicht länger möglich sind. Dieser Prozess ist durch Verluste geprägt, mit zunehmendem Alter nehmen die Möglichkeiten selbst bestimmt zu leben ab. Daraus ergeben sich der Verlust an der Lebenskraft und an der Autonomie (vgl. Gröning 2012, S. 14f.).

Im frühen Krankheitsstadium erleben die Betroffenen noch bewusst, wie langsam das Nachlassen der geistigen Funktionen ihre eigene Identität bedroht. In dieser Phase wird mit Verdrängung auf diese Verluste reagiert. Sie versuchen durch Ängste und Selbstschutz, um die eigene Selbstachtung zu retten, gemachte Fehler zu verleugnen oder zu verdrängen. Der Verlust der geistigen Kontrolle und damit die unnachgiebige Bedrohung des eigenen Ichs, der eigenen Identität scheint als eine großgefürchtete Angst (vgl. Karl 2005, S. 133). Diese Verluste führen zum sozialen Rückzug. Dabei kann der Rückzug als Moratorium, als Besinnung auf sich selbst, aber auch als Abwehr im Sinne einer Vermeidung anderer verstanden werden. Der Körper, der einst immer ein Spiegel des Selbst war, fällt als Quelle von Kraft, von Kompetenz, von Attraktivität aus und wird zu einer Last (vgl. Gröning 2012, S. 17).

Soziale Beziehungen, Interaktionen stehen in direkter Verbindung mit den starken Ängsten, die den Verlauf der Demenz der Betroffenen begleiten. Als Beispiele für solche Ängste steht der Verlust der Kommunikationsfähigkeit, der eigenen Autonomie, der Achtung anderer, der sozialen Stellung und Status sowie anderen zur Last zu fallen. Die Angst vor Beschämung begleitet alle Ängste. Die Verluste wecken Ängste in einem, auf Beeinträchtigungen wird mit Ratlosigkeit, Ängstlichkeit, Unsicherheit und Verzweiflung geantwortet. Dabei sind die Reaktionen denen gesunder Menschen sehr ähnlich (vgl. Haupt/Kurz 1990, S. 211f.).

Während der Auseinandersetzung mit der Trauer über das veränderte Selbst, über den Verlust von anderen oder über unerfüllte Hoffnungen und Wünsche, zeigt sich in der Realität zunehmend die Fähigkeit, der Realität zu begegnen, wie sie tatsächlich ist und sein kann (vgl. Radebold 1992, S. 65).

Die Diagnose der Demenz trägt die Tendenz, über den Wert eines Menschen seine Würde zu relativieren. Dabei wird von einer institutionellen Umwandlung von Menschen in Sachen gesprochen. Die Folge daraus ist nicht nur Scham und Unsicherheit, sondern auch herausforderndes Verhalten. Die dahinterstehende Theorie der Entwicklungsaufgaben des Lebenszyklus und seiner Alterstheorie sind für die Sozialarbeit und Pflege besonders deshalb von Bedeutung, da sie Demenz alter Menschen nicht isoliert betrachten, als würde die Krankheit den gesunden Menschen im Alter überfallen. Sondern vielmehr spielen die Einstellungen zum Leben, die

Biografie, die Beziehungen im Lebenslauf, die Lebensstile und Dasein-Techniken eine wesentliche Rolle für die Demenz, ebenso wie die Zeit. Durch diese Sichtweise von Erikson rücken nicht die herausfordernden Züge der Demenz, sondern der ganze Lebenslauf und Alltag des Menschen mit Demenz in den Fokus der Pflege und Sozialarbeit (vgl. Gröning 2012, S. 15-24).

4.2 Lebensqualität

Eine Demenz stellt eine große Herausforderung für die Lebensbewältigung von Menschen mit Demenz und ihren Pflegenden dar (vgl. Kruse 2012, S. 34). Unaufhaltsame fortschreitende Veränderungen des Verhaltens, der Reaktionen und der Persönlichkeit von demenziell beeinträchtigten Menschen sind für die Pflegenden häufig erschreckend, so dass sich unter ihnen oft der Gedanke kundtut, ob unter solchen Bedingungen ein menschenwürdiges Leben noch möglich ist. Unter diesem Aspekt ist die Beschäftigung nach dem Wert des Lebens und der Lebensqualität dementer Menschen besonders von Bedeutung (vgl. Wojnar 2008, S. 66f.). Das Konstrukt der Lebensqualität hat sich zu einem Schlüsselkonzept in der Versorgung von chronisch beeinträchtigten Menschen, insbesondere auch von Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen entwickelt (vgl. Kruse 2012, S. 34).

Der Versuch, die Lebensqualität in eine allgemeingültige Beschreibung zu umschreiben, scheitert meist daran, dass diese nicht nur individuell, sondern auch vom Lebensalter und den damit verbundenen Umständen geprägt ist (vgl. Oppikofer 2013, S. 2). Zumal trotz intensiver Forschung es bisher noch nicht gelungen ist, die Lebensqualität eindeutig zu definieren (vgl. Wojnar 2008, S. 68).

Im Jahr 1982 wurde von der UNO die erste Weltkonferenz zum Thema Alter in Wien abgehalten, in der die Lebensziele für alte Menschen formuliert wurden. Darunter fällt die Unabhängigkeit, Mitbestimmung, Pflege, Selbstverwirklichung und Würde. Die 2008 verfasste, europäische Charta der Grundrechte hebt die Würde, Gleichstellung und Unabhängigkeit der alten Menschen mit Teilhabe am sozialen und kulturellen Leben besonders hervor (vgl. Payk 2010, S. 10f.). Zu den prägenden Aspekten der Lebensqualität zählen die körperlichen, psychischen und sozialen Aspekte des Alltags- und dem Erleben von Demenz (vgl. Hausmann 2005, S. 130). Der progressive Verlauf der Demenz lenkt die Aufmerksamkeit auf den Erhalt und Förderung einer guten Lebensqualität bezugnehmend auf die steigenden Einschränkungen und Verluste. Aktuelle Forschungen zur Lebensqualität sollen die einseitigen verzerrten Bilder von Menschen mit Demenz korrigieren. Die Forschung basiert auf den Ergebnissen, dass die Lebensqualität vieler Menschen mit Demenz aufgrund inadäquater Kommunikation und zu geringem Einfühlvermögen vonseiten des Umfelds unnötig niedrig ist. Oft führen kognitive Defizite im

Praxishandeln zum Fehlschluss, wie zum Beispiel die Annahme, dass Betroffene mit Demenz nicht mehr in der Lage zur Kommunikation seien. Doch die Forschung vom Heidelberger Institut zeigt, dass auch Menschen im späten Stadium auf soziale Kontexte reagieren (vgl. Philipp-Metzen 2015, S. 46).

Um die Erhaltung der Lebensqualität angemessen gewähren zu können, benötigt es genaue Informationen über die Lebensumstände der Betroffenen, wie auch die Beurteilung und Gefühle der dementen Menschen, mit denen diese Lebensumstände verbunden werden. Hierzu wurde ein „Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität demenzkranker Menschen“ (H.I.L.D.E.) entwickelt, um die Lebensqualität in allen Stadien der Demenz abschätzen zu können. Für die Entwicklung von H.I.L.D.E. wurden zahlreiche Pflegefachkräfte aus stationären Institutionen der Altenhilfe einbezogen, um ein praxistaugliches Instrument zur Erfassung der Lebensqualität dementer Menschen in der stationären Altenpflege zu gewähren. Die Ergebnisse umfassen eine praxisbezogene und detaillierte Beschreibung zentraler Merkmale der Lebenswelt von dementen Menschen. Hierzu lassen sich folgende fünf Lebensbereiche nennen: die medizinische Versorgung, das Schmerzerleben, die räumliche Umwelt, die Aktivitäten, das soziale Bezugssystem und die Emotionalität.

Im Vordergrund steht die Dimension Emotionalität, begründet darin, dass diese Ressource selbst bei Betroffenen im fortgeschrittenen Stadium der Demenz weiterhin besteht. Aufgrund der verringerten oder vollständig verloren gegangener Sprachfähigkeit im späten Krankheitsstadium geschieht der Ausdruck von emotionaler Befindlichkeit sowie von Gefühlen vermehrt oder schließlich ganz über die verbliebenen nonverbalen Ausdrucksmöglichkeiten wie Körperhaltung, Mimik oder Gestik.

Aus der Erhebung von H.I.L.D.E. zeigen die Daten, dass demenziell beeinträchtigte Menschen, unabhängig von ihrem befindlichen Krankheitsstadium, in der Lage sind, ihre emotionale Befindlichkeit nonverbal zum Ausdruck zu bringen und Alltagssituationen emotional differenziert wahrzunehmen. Durch geschulte Beobachtung wird es den Pflegekräften ermöglicht, selbst bei fortgeschrittener Demenz die emotionale Befindlichkeit der Betroffenen richtig zu deuten, um so einen Zugang zu ihnen zu finden und aufrechtzuerhalten (vgl. Kruse 2012, S. 34ff.). Die Lebensqualität der Menschen mit Demenz hängt schließlich davon ab, wie gut es den nahestehenden Personen und Pflegekräfte gelingt, die emotional-affektive Situation der Betroffenen wahrzunehmen und darauf einzugehen (vgl. Philipp-Metzen 2015, S. 46).

Entsprechend ist von Bedeutung, auch keine Graduierung der Menschenwürde zuzulassen, welche sich ausschließlich an den kognitiven Leistungen eines Menschen orientiert und bei kognitivem Verlust diese Würde in Frage stellt. Derartige Menschenbilder schränken die Sicht auf

die bestehenden Ressourcen eines Menschen mit Demenz ein und es besteht die Gefahr, diese zu übersehen (vgl. Kruse 2013, S. 3-7).

Maßnahmen zur Erhöhung der Selbstständigkeit und zur Vermeidung von unnötiger sowie dysfunktionaler Unselbstständigkeit können allgemein zur Erhöhung der Lebensqualität beitragen und bilden vor allem bei Menschen mit Betreuungs- und Pflegebedarf eine wesentliche Voraussetzung für den Einsatz vorhandener Ressourcen zur Realisierung von Teilhabe (vgl. Kruse/Wahl 2010, S. 280f.). In der Mitverantwortung zeigt sich die grundlegende Zugehörigkeit des Menschen zur Gemeinschaft wieder, ohne die menschliches Leben nicht denkbar ist, dies gilt allerdings auch für Menschen mit Demenz. Eine Person zu sein, welche einen Teil der Gemeinschaft bildet, ist eine für das individuelle Lebensgefühl entscheidende Erfahrung. Somit sind für Menschen mit Demenz nicht nur die erlebte Zugehörigkeit und die soziale Integration für das Lebensgefühl zentrale Aspekte, sondern auch die Erfahrungen, die angebotene Hilfe anzunehmen und damit den sozialen Nahraum mitgestalten zu können (vgl. Kruse 2012, S. 42f.).

Menschen mit Demenz dürfen nicht aus ihrem vertrauten sozialen Kontext ausgeschlossen werden. Diese Erfahrung der Zuwendung ist an die Bereitschaft der sozialen Umwelt gebunden, die Menschenwürde des Menschen mit Demenz anzuerkennen sowie auch die Möglichkeiten zu eröffnen, diese in die Tat umzusetzen, sich an die Bedürfnisse und Ressourcen eines Menschen mit demenzieller Beeinträchtigung zu orientieren und dabei nicht die defizitorientierte Sicht einzunehmen. Hierzu ist die Wahrnehmung der Verschiedenartigkeit von Menschen mit Demenz und das individuelle Eingehen auf die jeweilige Person mit Demenz von Bedeutung (vgl. Kruse 2013, S. 2).

4.3 Einzigartigkeit von Menschen mit Demenz

Eine allgemein gültige Annahme ist, dass sich jede Person von anderen unterscheidet. Dazu lassen sich als Beispiele einige Dimensionen nennen, sei es das Geschlecht, Aussehen, Kultur, soziale Klasse, Ansichten, Wertvorstellungen und Interessen. Darüber hinaus verbirgt sich im inneren Ort eines jedes Individuums eine persönliche Geschichte, welche durch verschiedene Stationen im Leben durch hinterlassene Spuren geprägt ist. Eine Demenz an sich bringt noch keinen Persönlichkeitsverlust mit sich. Der Begriff der Persönlichkeit lässt sich grob definieren, als ein Satz breit generalisierter Dispositionen, die sich auf gewisse Weise verhalten, um eine bestimmte Ordnung in die Unterschiedlichkeit der Menschen zu bringen. Jeder Mensch wird als ein Bedeutungsschaffender und originäre Quelle des Handelns verstanden. Persönlichkeit wird als der Bestand eines Individuums an erlernten Handlungsressourcen verstanden, dabei

beruht diese auf Ressourcen. Die adaptive Art besteht aus erlernten Weisen, welche angemessen auf die versteckten und expliziten Forderungen anderer, auf soziale Situationen sowie auf die Anforderungen gegebener Rollen zu reagieren. Bei der auf Erfahrung beruhende Ressource handelt es sich um die Fähigkeit einer Person zur Wahrnehmung dessen was ihr gerade widerfährt. In der Theorie entsprechen die adaptiven Ressourcen dem eigenen Ego und die auf Erfahrung beruhende Ressourcen entsprechen dem Selbst (vgl. Kitwood 2008, S. 35f.).

4.4 Erhalt der Persönlichkeit

Dabei steht im Fokus des Seins einer Person der Status, der dem einzelnen Menschen im Kontext von sozialem Sein und Beziehung von anderen verliehen wird, auch genannt als Person-Sein. Dieses beruht auf Anerkennung, Respekt und Vertrauen. Nach dem Sozialpsychologen Tom Kitwood ist es entscheidend für das Verstehen von Demenz das Person-Sein im Sinne von Beziehung zu sehen.

In vielen Kulturen zeigte sich die Tendenz, Menschen mit körperlicher oder seelischer Behinderung zu de-personalisieren. So wurde ein Konsens geschaffen, welche sich in der Tradition und in sozialen Praktiken verankerte, demzufolge die Betroffenen keine echten Personen sind. Hinzu fällt das Rationalisieren. Zeigen Menschen ein merkwürdiges oder gar herausforderndes Verhalten, so wurden sie als „vom Teufel besessen“ oder „für die Sünden aus dem vorigen Leben bestraft“ oder auch unter einer „Geisteskrankheit“ abgestempelt. In dieser Verursachung dieser Entmenschlichung fließen mehrere Faktoren zusammen. Zum wesentlichen Teil entspricht sie zweifellos dem Merkmal der Kultur als Ganzes, in der Person-Sein weitgehend missachtet wird, und diese laufen besonders Gefahr abgewertet zu werden. Auch die bereits zu Beginn erwähnte Diskriminierung von älteren Menschen in vielen Gesellschaften, die diese als unfähig und Last kategorisieren, trägt hierzu bei. Ebenfalls, dass finanzielle Mittel nur gering zur Verfügung standen, um die erforderlichen Dienstleisterinnen und Dienstleister auszustatten und Aufmerksamkeit zu schaffen für die Entwicklung von inneren Einstellungen sowie von Fertigkeiten, die für eine gute Betreuung wesentlich sind.

Hinter all den offensichtlichen Gründen steht noch eine weitere Dynamik, die demenziell veränderte Menschen aus der Welt der Personen ausschließt. Darunter wird aus Angst die Abwehrreaktion, die die Demenz in sich hält, verstanden. Die Herkunft dieser Ängste beruhen darauf, dass sich jeder Mensch davor fürchtet, gebrechlich und in hohem Maße abhängig zu werden. Hinzu kommt die Angst vor dem Tod und der sich über lange Zeit hinziehende Sterbeprozess. Der Kontakt mit älteren und schwachen Menschen trägt vermutlich dazu bei, diese Ängste auszulösen und unser grundlegendes Sicherheitsempfinden zu bedrohen. Dazu tragen wir auch

Ängste vor geistiger Instabilität in uns. Allein der Gedanke für immer in Verwirrtheit verloren zu sein, ist für die meisten beunruhigend. Die Demenz bei einem anderen Menschen hat die Kraft, solch verborgene Ängste in einem selbst auszulösen. Diese dabei entstehende abwehrende Vorgehensweise zum Selbstschutz führt dazu, dass diejenigen Menschen mit Demenz als eine andere Spezies etikettiert werden, die keine Person in der vollen Bedeutung des Wortes ist. Das Hauptaugenmerk liegt dabei nicht auf der Veränderung der demenziell veränderten Menschen, sondern uns über unsere eigenen Ängste und Formen der Abwehr hinaus zu bewegen, so dass wahre Begegnungen stattfinden und lebensspendende Beziehungen wachsen können (vgl. Kitwood 2008, S. 27-33).

4.5 Selbstbestimmung von Menschen mit Demenz

Die Auseinandersetzung mit dem Phänomen Demenz erinnert den Menschen an eine Dimension, die in seinem Streben nach Selbstbestimmung und Selbstständigkeit rasch in Vergessenheit geraten kann - die Dimension der bewusst angenommenen Abhängigkeit (vgl. Kruse 2010, S. 5).

Die Selbstbestimmung ist der elementare Ausdruck von menschlicher Freiheit, in der alle Motive der persönlichen Selbstbehauptung eines Menschen zum Ausdruck kommt. Kant prägte den Begriff als Autonomie des Individuums, das sich in der Erkenntnis einer gegebenen Handlungslage sowie in einer realistischen Einschätzung seiner eigenen Möglichkeiten als Gesetzgeber seines eigenen Handelns begreift. Das Selbst kann als dasjenige angesehen werden, was das Individuum in sich selbst als fühlendes, empfindendes, erkennendes und steuerndes Zentrum begreift. Dabei ist es jedoch nicht auf die Gesamtheit aller Prozesse, die mit der Wahrnehmung, Erkennung und Denkvorgänge, wie logisches Handeln, rationales Erkennen und Einordnen, beschränkt, sondern umfasst emotionale und verhaltensbezogene Grundstimmungen und Orientierungen. Im Leben kann das Selbst an sich viele Wandlungen durchleben, ohne dabei die rechtliche und moralische Identität eines Einzelnen zu ändern. Darunter kann ein unsterblicher personaler Kern des Menschen verstanden werden, welcher die Achtung vor der Selbstbestimmung jedes Einzelnen im Falle der Demenz zusätzlich verstärkt.

Die eigene Selbstbestimmung zu wahren, braucht auch die Selbstbestimmung seines gleichen zu wollen. Aus dieser entstehenden Angewiesenheit der Menschen und aus der notwendigen gesellschaftlichen Solidarität folgt die ethische Verpflichtung dem Mitmenschen nach besten Kräften zu dem zu verhelfen, was jeder für sich selbst in Anspruch nimmt. So ist es ethisch nicht ausreichend, nur auf dem rechtlich gebotenen Respekt vor der Freiheit eines zu jeden zu

bestehen, sondern auch in der Ausübung seiner Selbstbestimmung nicht zu hindern (vgl. Deutscher Ethikrat 2012, S. 47f.).

Die Selbstbestimmung im Zusammenhang mit der Demenz erhält ganz neue und teilweise heikle Sichtweisen und bedeutet die Balance zwischen Gefährdung und Freiheit zu finden. Im fortgeschrittenem Stadium kann sich ein Mensch mit Demenz in Gefahr begeben, wenn er ohne Begleitung außerhalb seiner gewohnten Umgebung die Orientierung verliert – verursacht die Person dazu noch einen Unfall, können auch andere in Gefahr gebracht werden (vgl. Sütterlin et al. 2011, S. 58).

Die Verantwortlichen für die Pflege und Betreuung dürfen nicht die Ansprüche mit der pauschalen Begründung vernachlässigen, sie seien unerheblich oder sie selbst könnten besser urteilen, was für die Betroffenen angemessen und gut sei. Allerdings bestehen doch berechtigte Gründe dafür, ist es die Pflicht sich dem an sie gerichtete Verlangen entgegenzustellen, wenn die Erfüllung des Wunsches den Betroffenen oder andere erheblich gefährden oder schaden könnte.

Umso bedeutender ist es Möglichkeiten zur Achtung, Wahrnehmung und Förderung der Selbstbestimmung bei demenziell beeinträchtigten Menschen zu erkennen. Auch dort wo noch die Selbstbestimmung der pflegebedürftigen Menschen mit Demenz gegeben ist, ist deren Forderungen und Wünschen stets zu entsprechen.

Menschen mit Demenz im späten Stadium können immer weniger für sich selbst Entscheidungen treffen und sind immer stärker auf die Solidarität und Verantwortung anderer angewiesen (vgl. Deutscher Ethikrat 2012, S. 50-60). Dabei ist auf die Wünsche und Bedürfnisse der betroffenen Person, der Familie und der Gesellschaft einzugehen und maximale Freiheit unter minimales Risiko zu bieten (vgl. Sütterlin et al. 2011, S. 58).

4.6 Bedürfnisbefriedigung

Jeder Mensch hat in seinem Leben Wünsche und Bedürfnisse. Jedes Bedürfnis ist dabei auf Befriedigung ausgerichtet. Gelingt dies nicht, so erleben Menschen Frustration, Unzufriedenheit oder Ärger. Um dem entgegenzuwirken, sollte sich damit auseinandergesetzt und verarbeitet werden.

Kitwood nennt besondere Bedürfnisse der Person mit Demenz, die nicht in einer Hierarchie zueinanderstehen, sondern eng miteinander verbunden sind. Zu diesen Bedürfnissen zählt unter anderem das Bedürfnis nach Trost. Darunter wird verstanden, jemandem mit einer Art von Stärke und Wärme zu trösten, die es ihm ermöglicht, intakt zu bleiben, auch wenn er droht zu zerbrechen. Bei einer Demenz scheint das Bedürfnis nach Trost besonders groß zu sein, da die

Betroffenen mit einem Gefühl von Verlust ringen. Keine Rolle spielt dabei die Ursache, ob durch das Versagen von Fähigkeiten oder dem Ende eines langgehegten Lebensstils.

Weiteres hegen Menschen das Bedürfnis nach Bindung, die das Gefühl von Sicherheit bietet. Im Alltag überschatten die Unsicherheiten und Ängste, Menschen mit Demenz finden sich ständig in Situationen wieder, die sie als seltsam wahrnehmen, umso stärker ist das Verlangen nach Sicherheit.

Einen bedeutenden Aspekt trägt auch das Bedürfnis nach der eigenen Identität. Ein Gefühl der Kontinuität mit der Vergangenheit und demnach eine Geschichte konstruieren zu können, die anderen erzählt werden kann. Die Identität ergibt einen roten Faden durch die verschiedenen Kontexte und Rollen des gegenwärtigen Lebens. Die Art, in der jedes Individuum seine Identität konstruiert, ist einzigartig. Dabei ist es von wesentlicher Bedeutung, über die Lebensgeschichten der Betroffenen informiert zu sein, sowie an der Empathie festzuhalten. Die Hauptaufgabe in der Demenzpflege ist der Erhalt des Person-Seins, wie bereits zuvor erwähnt.

Die soziale Natur des menschlichen Lebens hegt ein weiteres Bedürfnis, vor allem das nach Einbeziehung. Das Einbeziehen in Gruppen ist für das Überleben entscheidend. Auffallend tritt bei Demenz das Bedürfnis auf, das vielleicht in der Aufmerksamkeit heischendem Verhalten, wie der Neigung zum Anklammern, mündet. In stationären Einrichtungen wird das Bedürfnis nach Einbeziehung nicht erwähnt, da die Menschen zwar zusammen, aber dennoch alleingelassen wurden. Wird dieses Bedürfnis nicht wahrgenommen, so baut die betroffene Person geistig ab und zieht sich aus dieser Folge immer mehr zurück. Trotzdem wird dem Bedürfnis nachgegangen, dass sich eine Person wieder anerkannt fühlt und einen bestimmten Platz im gemeinsamen Leben einer Gruppe einnimmt.

Und zuletzt erwähnt Kitwood das Bedürfnis nach Beschäftigung. Dies bedeutet, auf eine persönlich bedeutsame Weise und entsprechend den Kräften und Fähigkeiten einer Person in den Lebensprozess einbezogen zu sein. Werden jedoch Menschen der sinnvollen Beschäftigung beraubt, so beginnen ihre Fähigkeiten nachzulassen und aus Folge daraus schwindet die Selbstachtung. Die Grenzen zwischen den Bedürfnissen sind überlappend und die Deckung einer dieser Bedürfnisse bedeutet die teilweise Erfüllung der anderen Bedürfnisse (vgl. Kitwood 2008, S. 122-125).

Die Grundbedürfnisse eines Menschen nach Sicherheit, sozialem Respekt, Selbstständigkeit und Selbstbestimmung sowie Erhalt von Lebensqualität werden mit einer Diagnose von Demenz nicht aufgegeben (vgl. Stechl et al. 2012, S. 37). Diese Bedürfnisse haben alle Menschen. Der Unterschied liegt darin, dass sie bei den meisten Menschen nicht sichtbar sind. Durch die Demenz kommen die Bedürfnisse zum Vorschein. Das Muster der Bedürfnisse variiert

entsprechend der Persönlichkeit und der Lebensgeschichte. Mit dem Fortschreiten der kognitiven Beeinträchtigung steigt oft die Intensität eines Bedürfnisses (vgl. Kitwood 2008, S. 122). Werden die Bedürfnisse von demenziell beeinträchtigten Menschen zu komplex, ist in Folge ein Leben im bisherigen vertrauten Umfeld kaum möglich, bleibt meist nur der Ausweg ins Pflegeheim. Doch ist nur wenig darüber bekannt, wie gut diese Bedürfnisse tatsächlich in stationären Pflegeeinrichtungen befriedigt werden (vgl. Hancock/Woods/Challis/Orrell 2006, S. 43-47).

5. Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz

Die Mehrheit der Menschen strebt ein langes Leben sowie den Erhalt der eigenen Gesundheit, Selbstständigkeit und Unabhängigkeit bis ans Lebensende an. Doch viele Menschen kommen im hohen Alter in die Situation, auf die Hilfe von außen angewiesen zu sein (vgl. Kruse/Wahl 2010, S. 166f.). Mit dem Fortschreiten der Demenz ist der Mensch von der Pflege und Betreuung abhängig.

5.1 Pflegebedürftigkeit

Das Risiko der Pflegebedürftigkeit tritt vorwiegend im hohen Alter auf. Doch lässt sich hohes Alter nicht zwingend mit Pflegebedürftigkeit in Verbindung bringen (vgl. Schmidt 2010, S. 174). In Österreich liegt Pflegebedarf im Sinne des Bundespflegegeldgesetzes dann vor, wenn sowohl bei Hilfsverrichtungen als auch bei Betreuungsmaßnahmen Unterstützung nötig ist. Dieser Bedarf besteht aufgrund von Sinnesbehinderungen sowie Behinderungen körperlicher, psychischer und geistiger Art für voraussichtlich mindestens sechs Monate andauernd (vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz 2019, o.S.). Für die Pflegebedürftigkeit gibt es in Österreich keine gesetzliche Definition. Der Pflegebedarf setzt sich im Sinne des österreichischen Bundespflegegeldgesetzes BGBl. Nr. 110/1993 dem Hilfs- und Betreuungsbedarf zusammen (vgl. Rechtsinformationssystem des Bundes 2019, o.S.). Seit 2017 ist in Deutschland die Selbstständigkeit das Maß für die Pflegebedürftigkeit eines Menschen (vgl. Pick 2016, S. 3). Im deutschen Sozialgesetzbuch unter dem Pflegeversicherungsgesetz gelten alle Menschen als pflegebedürftig, die eine gesundheitlich bedingte Beeinträchtigung der Selbstständigkeit aufweisen und deshalb auf die Hilfe durch andere bedürfen. Auch hier gilt die Dauer für voraussichtlich mindestens sechs Monate (vgl. Sozialgesetzbuch 2018, o.S.). Unter Selbstständigkeit wird die Fähigkeit eines Menschen, eine Aktivität alleine ohne Unterstützung eines anderen ausführen zu können, verstanden. Zur

Selbstständigkeit zählen auch Handlungen, die mit einem Hilfsmittel, wie einer Gehhilfe, umgesetzt werden können. Mit dieser Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wandelt sich der Blick hin zum pflegebedürftigen Menschen. In der Zukunft sollen seine Ressourcen und die Frage danach wie diese erhalten und gestärkt werden können im Mittelpunkt stehen. Die Bewertung der Pflegebedürftigkeit erfolgt anhand von sechs Lebensbereichen: der Mobilität, der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung und Umgang mit Krankheit sowie Therapien, Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (vgl. Pick 2016, S. 3f.). Doch ist die gesetzlich verankerte Definition nicht mit einer allgemeinen Pflegebedürftigkeit gleichzusetzen. Menschen können auch durchaus Pflege und Unterstützung im Alltag benötigen, obwohl sie noch weitestgehend selbstständig handeln können.

Die deutsche Pflegewissenschaftlerin Sabine Bartholomeyczik weist auf die Schwierigkeit hin, dass Pflegebedürftigkeit schwer zu operationalisieren gilt und somit nicht auf die Durchführung von Alltagsaktivitäten, wie sie in Pflegemodellen zum Beispiel als Aktivitäten des täglichen Lebens definiert werden, reduziert werden darf. Schließlich gäbe es pflegebedürftige Menschen, die in der Durchführung der Alltagsaktivitäten nicht beeinträchtigt sind, deren Lebenssituation jedoch von Schmerz oder Trauer geprägt ist und sie dadurch auf die Unterstützung von Seiten der Pflegeperson angewiesen sind. Zumeist wird beispielsweise die Unselbstständigkeit im Bereich der Kommunikation und sozialer Teilhabe nicht berücksichtigt (vgl. Bartholomeyczik 2004, S. 11f.).

„Die Kennzeichnung von einer Art von Pflegebedürftigkeit sollte immer auch das Verständnis der eigenen Gesundheit oder Beeinträchtigung beinhalten, sollte auf Motivation, Coping Strategien, Gewohnheiten und Erwartungen eingehen“ (Bartholomeyczik 2004, S. 14). Ist die Pflegebedürftigkeit gegeben, wird die Pflege und Betreuung für Unterstützung im Alltag und bei dem Streben nach Wohlbefinden veranlasst.

5.2 Pflegerisches Handeln und Betreuung

Schreitet der Bedarf nach Pflege und Betreuung voran, zählt die Unterstützung im Alltag und das Streben nach Wohlbefinden. Die Pflege wirkt anpassend, wiederherstellend und erhaltend auf die sozialen, psychischen und physischen Faktoren des zu pflegenden Menschen (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2006, S. 32). Unter Betreuung sind all jene in relativ kurzer Folge notwendigen Maßnahmen zu verstehen, die den persönlichen Lebensbereich wie Kochen, Essen, Medikamenteneinnahme, Körperpflege betreffen und ohne die der pflegebedürftige

Mensch der Verwahrlosung ausgesetzt wäre (vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz 2019, o.S.).

Aus der anthropologischen Sicht ist unter Pflege ein Prozess zu verstehen, der verschiedene Dimensionen des Menschen, die körperliche, seelisch-geistige und soziale Dimension, berührt. Die körperliche Dimension nimmt eine relevante Position in der Pflege ein. Sie umfasst die sensorischen und motorischen Funktionen. Mit dem Ziel die Mobilität und Selbstständigkeit im Alltag der Betroffenen zu erhalten und zu fördern. Doch die Pflege darf sich nicht nur auf die körperlichen Prozesse beschränken. Die seelisch-geistige Dimension umfasst das Erleben der Betroffenen und die Versuche die Pflegebedürftigkeit seelisch zu verarbeiten. Hierbei spielt das Eingehen auf Sorgen, Ängste, Hoffnungen und Erwartungen eine große Rolle. Die soziale Dimension beschreibt die Relation zwischen Nähe und Distanz im Sinne des Kontaktes zu anderen Menschen und die bestehenden sozialkommunikative Fertigkeiten des Menschen sowie dessen soziale Teilhabe (vgl. Kruse/Wahl 2010, S. 461ff.). Die Pflege von Menschen mit Demenz umfasst diese genannten unterschiedlichen Dimensionen, die jedoch situativ miteinander verbunden werden müssen.

Im Rahmen des Beziehungs- und Problemlösungsprozesses richtet sich die Art der Unterstützung. Die Kernelemente der Pflege liegen in der Unterstützung beim Aufbau eines individuellen normal empfundenen Alltags und dabei Lebensqualität zu entwickeln und Wohlbefinden zu erleben. Der Alltag besteht aus unbegrenzten und beinhaltet unthematisierten, wenig reflektierten Abläufen. Für demenziell beeinträchtigte Menschen kann der Alltag Veränderungen in der Ausgestaltung und Deutung von Situationen enthalten, die von ihnen selbst als eine gelungene Gestaltung wahrgenommen und verstanden werden.

Dennoch müssen die Situationen in der Pflege von Menschen mit Demenz so gestaltet werden, dass Brücken zwischen deren inneren Realität und der objektiven Umgebung hergestellt werden können. Menschen mit demenzieller Veränderung können sich ihrer Umgebung kaum und im fortgeschrittenen Stadium gar nicht mehr anpassen. Pflegekräfte müssen versuchen, sich vermehrt den Menschen mit Demenz anzupassen (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2006, S. 32).

5.3 Organisatorische Rahmenbedingungen in der Pflege

Der Pflege- und Betreuungsbedarf von älteren Menschen ist in unserer Gesellschaft gut im familiären Kontext eingebunden. Auch in der gesellschaftlichen Weiterentwicklung im Sinne von Hilfe und Pflege fungieren zunehmend Freunde, Nachbarn oder ehrenamtliche Tätige, die als Pflegenetz fungieren. Neben der Stützung all dieser informellen Hilfeformen bestehen auch

formelle Hilfesysteme, wie ambulante, teilstationäre und stationäre Institutionen (vgl. Kruse/Wahl 2010, S. 166f.).

Doch führen die gesellschaftlichen Wandlungsprozesse langläufig dazu, dass die traditionellen Versorgungsformen für Menschen mit Demenz brüchig werden (vgl. Kricheldorf/Hewer 2016, S. 179). In einer Gesellschaft des langen Lebens mit ständigem Anstieg der Lebenserwartung besitzen die stationären Pflegeeinrichtungen auch konzeptionell eine wichtige Rolle (vgl. Kruse/Wahl 2010, S. 417). Die steigende Erwerbsbeteiligung der Frauen und deren späterer Pensionsantritt, als auch die geänderten Wohnverhältnisse, als Beispiel der steigende Anteil an Singlehaushalte oder auch die Entfernung des Wohnorts der Kinder von den Eltern wird zu einem Rückgang der Pflege im familiären Umfeld führen (vgl. Arbeiterkammer Wien 2014, S. 11). Somit wird bei steigender Pflegebedürftigkeit zugleich der Anteil der häuslich gepflegten Personen sinken (vgl. Schmidt 2010, S. 175f.). All diese Aspekte steigern die Nachfrage nach professionellen Angeboten bei den sozialen Diensten (vgl. Arbeiterkammer Wien 2014, S. 11). Auch ist es den Angehörigen nicht immer möglich, einen demenziell beeinträchtigten Angehörigen in der häuslichen Umgebung zu pflegen (vgl. Bruckler 2013, S. 38). Solch öffentliche Betreuungsangebote für Betroffene gliedern sich in ambulante, teilstationäre und stationäre Versorgungseinrichtungen. Die ambulante Versorgung erfolgt durch Pflegedienste sowie Tageskliniken und dienen zur kurzzeitigen Entlastung der pflegenden Angehörigen (vgl. Steurenhaler 2013, S. 69).

Im stationären Bereich unterscheiden sich die Versorgungsvarianten und Wohnformen für Menschen mit Demenz als integrative und segregative Konzepte. Im integrativen Konzept findet eine durchgängige gemeinsame Pflege und Betreuung zusammen mit allen Bewohnerinnen und Bewohner einer Einrichtung, auch mit Menschen, die nicht demenziell beeinträchtigt sind, statt. Die Menschen mit Demenz leben entweder integrativ über den ganzen Wohnbereich verteilt oder werden im teilintegrativen Konzept über einen bestimmten Zeitraum in eigenen Gruppen betreut. Dabei wird auf ein gewohntes Umfeld und die spezifischen Anforderungen der Betroffenen geachtet. Im segregativen Konzept werden nur Menschen mit Demenz gepflegt und betreut, dabei fallen weitere Differenzierungen anhand der verschiedenen Stadien oder der Verhaltensauffälligkeiten an.

Für eine lange Zeit erfolgte die Versorgung überwiegend mit dem integrativen Ansatz im normalen Zusammenleben mit allen Bewohnerinnen und Bewohner. Durch die Zunahme von mittelschweren bis schweren Demenzen fand ein Umdenken bezüglich neuer Wohnformen statt (vgl. Kastner/Löblich 2018, S. 10f.). Stationären Betreuungs- und Pflegeformen stehen verschiedene Konzepte zur Verfügung, die sich hinsichtlich der Möglichkeit der Übernahme von

Personen mit Demenz und Struktur unterscheiden. Hierzu fiel die Auswahl auf Einrichtungen, die eine vollständige Pflege und Betreuung der Betroffenen bezwecken.

5.3.1 Kurzzeitpflege

Für Angehörige besteht die Möglichkeit, ihre pflegebedürftigen Verwandten für einen Zeitraum von bis zu vier Wochen in einer sogenannten Kurzzeitpflege unterzubringen (vgl. Steurethaler 2013, S. 68). Die Gründe dafür können unter anderem sein, dass pflegende Angehörige aufgrund von Urlaub oder Krankheit die Pflege zu Hause unterbrechen müssen, oder die Betroffenen nach einem Krankenhausaufenthalt noch nicht in der Lage sind, in ihr gewohntes Wohnumfeld zurückzukehren (vgl. Glösel 2018, o.S.).

Die Finanzierung der Unterbringung wird über die Pflegekasse durch die Verhinderungspflege bereitgestellt. Für die Betroffenen selbst bedeutet solch eine Unterbringung zumeist eine große Belastung. Die unbekanntenen Räumlichkeiten und fremde Personen können starke Verwirrheitszustände auslösen. Häufig ist bei einer solchen Fremdunterbringung eine rasche Verschlechterung des Krankheitszustandes zu beobachten. Die Kurzzeitpflege wird vorrangig von Alten- und Pflegeheimen angeboten (vgl. Steurethaler 2013, S. 68).

5.3.2 Stationäre Langzeitpflege

Während die Demenz fortschreitet, verändern sich die Bedürfnisse der Betroffenen und neue Verhaltensweisen entstehen – ein Verbleib zu Hause wird immer herausfordernder. Die dauerhafte stationäre Unterbringung eines Menschen mit Demenz kann in Alten- und Pflegeheimen erfolgen. Altenheime sind stationäre Einrichtungen für hilfsbedürftige alte Menschen, während Pflegeheime für pflegebedürftige Bewohnerinnen und Bewohner konzipiert sind. Die meisten Einrichtungen sind eine kombinierte Form, es gibt sowohl einen Wohnbereich für weitgehend selbstständige Personen und einen Wohnbereich für pflegebedürftige Bewohnerinnen und Bewohner. Einige Heime führen spezielle Abteilungen für Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen (vgl. Steurethaler 2013, S. 63-68). Die Aufnahmegründe in ein Alten- oder Pflegeheim sind vielfältig, zu den häufigsten zählen hochgradige Orientierungsstörungen, ständiges Weglaufen, ausgeprägte Aggressivität und andere schwer zu betreuende Verhaltensauffälligkeiten, wie körperliche Pflegebedürftigkeit sowie psychosoziale Faktoren, wie Einsamkeit und Isolation. Diese angeführten Beeinträchtigungen erschweren das Verbleiben in den eigenen vier Wänden, sodass ein stationärer Aufenthalt unvermeidbar wird (vgl. Gatterer/Croy 2005, S. 147f.). In stationären Einrichtungen lebt ein deutlich höherer Anteil von Menschen mit einem hohen Pflegebedarf (vgl. Schmidt 2010, S. 175f.).

In unserer Gesellschaft stehen Altenheime für die Marginalisierung des Alters, speziell des hohen, pflegebedürftigen und kranken Alters. Zugleich bestehen sie als jene Versorgungsoption, welche auch dann noch trägt, wenn alle anderen Versorgungsformen scheitern. Die stationäre Wohnform wird nur von einer Minderheit von älteren Menschen und ihren Angehörigen in Befragungen als eine zukünftige Wohnalternative angegeben.

Heime sind gestalt- und planbare Umwelten, in denen Organisation, Technologie, gebaute Umgebung und fachliche Pflegequalität so ineinandergreifen können wie in kaum einer anderen Wohnform. Deshalb bieten sie vor allem für spezielle Gruppen von Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen ein sehr bedeutsames Pflege- und Betreuungspotenzial (vgl. Kruse/Wahl 2010, S. 415ff.). Im Rahmen der institutionellen Versorgung demenziell veränderter Menschen wird den Pflegeheimen für alte Menschen die größte Bedeutung zu gesprochen (vgl. Weyerer 2005, S. 21).

5.3.3 Psychiatrie

In manchen Fällen gestalten die Verhaltensstörungen die Pflege und Betreuung in einem Pflege- und Altenheim als unmöglich. Hierzu ist der häufigste Grund für eine Überweisung von einem Pflege- oder Altenheim, seltener aus dem privaten Wohnumfeld, in eine psychiatrische Einrichtung Aggressionen, verbunden mit selbstgefährdendem oder gefährlichem Verhalten. Andere Gründe können extreme Unruhezustände, Wahnvorstellungen oder begleitende Krankheitsbilder sein, die eine intensive medizinische Betreuung erfordern. Dabei ist ein Aufenthalt in psychiatrischen Kliniken in der Regel nur vorübergehend, bis die Krankheit behandelt oder die Verhaltensstörungen medikamentös eingestellt sind (vgl. Steurethaler 2013, S. 68f.).

In all diesen institutionell angeführten Formen von stationären Einrichtungen gelten die Verbesserung und der Erhalt des Wohlbefindens der Bewohnerinnen und Bewohner als Pflegeziel (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2006, S. 29).

Die heute bestehenden Pflegekonzepte können von sich behaupten, personen- und kompetenzorientiert zu arbeiten. Diese Konzepte nehmen einen Bezug zwischen den verschiedenen Dimensionen eines Menschen und unter Berücksichtigung der räumlichen und sozialen Umwelt. Den Pflegekonzepten werden der Erhaltung und die Förderung von Funktionen und Fertigkeiten große Bedeutung beigemessen (vgl. Kruse/Wahl 2010, S. 464). Dennoch tauchen in den Medien immer wieder gravierende Missstände in der stationären Versorgung von demenziell beeinträchtigten Menschen auf. Die dementen Bewohnerinnen und Bewohner sind Zeit- und Personalmangel ausgesetzt, werden mit Medikamenten ruhiggestellt und Regression, Aggressionen und zunehmende Abhängigkeit sind die gravierenden Folgen (vgl. Steurethaler 2013,

S. 68). Hierzu ergibt sich ein näherer Blick auf verschiedene Herausforderungen für die professionelle Pflege.

5.4 Herausforderungen in der professionellen Pflege

Aus Sicht der professionellen Pflege sollen Einblicke in Dilemmata und Spannungsfelder bei der Pflege und Versorgung von Menschen mit Demenz in Institutionen gegeben werden. Wertekonflikte entstehen für die Pflegekräfte allein schon in der alltäglichen Interaktion mit den dementen Heimbewohnerinnen und -bewohnern. Diese werden durch ökonomische Rahmenbedingungen der stationären Langzeitpflege, die oft nicht mit den beruflichen Werten der Pflege übereinstimmen zu scheinen, verstärkt (vgl. Jenni 2010, S. 115). An Pflegekräfte werden hohe Erwartungen in der Pflege und Betreuung gestellt. Diese hängen zu einem großen Teil von den Arbeitsbedingungen, aber auch von der Motivation und den Fähigkeiten ab (vgl. Hausmann 2005, S. 249). Hiervon sind in der professionellen Langzeitpflege und -betreuung insbesondere Frauen betroffen, deren Anteil bei den Beschäftigten liegt bei ca. 84 Prozent in Österreich und Deutschland (vgl. Bundesgesundheitsministerium 2017, S. 2).

In den Überlegungen steht die Frage, ob und wie es gelingen kann, den aktuellen sowie künftigen Pflegepersonalbedarf zu erfüllen (vgl. Jacobs/Kuhlmey/Greß/Klauber/Schwinger 2019, S. 5). In den vergangenen Jahren sind zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung zunehmend die Arbeitsbedingungen in den Pflegeberufen in den Vordergrund gerückt. Die Bereitstellung der benötigten pflegerischen Infrastruktur und die Qualität der pflegerischen Versorgung stehen unmittelbar auch im Interesse der Pflegebedürftigen (vgl. Schmucker 2019, S. 50). Die Arbeitsbedingungen in der Pflege und Betreuung besitzen eine doppelte Relevanz: sie prägen die Lebens- und Arbeitsqualität der Pflegekräfte, aber tragen auch zur Qualität der geleisteten Pflege und Betreuung bei (vgl. Sardadvar 2018, S. 7).

„Eine gute Pflege braucht einen guten Rahmen“ (Staflinger 2018, S. 11).

5.4.1 Arbeitsrahmenbedingungen in der professionellen Pflege

Auch wenn hier der Fokus auf den demenziellen Herausforderungen für die Pflege liegt, darf nicht übersehen werden, dass auch andere Einflüsse auf die Versorgung einwirken können (vgl. Bartholomeyczik/Halek 2017, S. 55).

Von Pflegepersonen wird eine optimale Arbeitsleistung erwartet, doch diese hängt auch von den Arbeitsbedingungen ab, wie zum Beispiel ob die gewissenhafte Ausführbarkeit der gestellten Aufgaben in der vorgegebenen Zeit und mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen überhaupt möglich ist. Diese Grenzen können auf einen organisatorischen, fachlichen, persönlichen

und auch körperlichen Hintergrund beruhen (vgl. Hausmann 2005, S. 249). In Europa sind die Arbeitsbedingungen in mehrfacher Hinsicht problematisch – zum einen die hohen Anforderungen mit niedrigem Einkommen, zum anderen die hohe soziale Notwendigkeit mit niedriger gesellschaftlicher Anerkennung (vgl. Sardadvar 2018, S. 6). Angesichts dieser besonderen Anforderungen wird das Einkommen überwiegend als nicht leistungsgerecht empfunden. Um die 70 Prozent der Pflegekräfte sehen sich gar nicht oder in geringem Maße angemessen entlohnt, wobei gerade die Beschäftigten in der Altenpflege ihr Einkommen negativer bewerten. Es herrschen Einschätzungen, dass die eigenen Arbeitsleistungen nicht finanziell ausreichend honoriert werden (vgl. Schmucker 2019, S. 57f.). Beschäftigte in der Langzeitpflege entscheiden sich meist bewusst für diese Berufe, dabei wird die hohe Sinnhaftigkeit in der Ausübung der Pflege wertgeschätzt (vgl. Staflinger 2018, S. 9). Trotz aller Anforderungen und Belastungen ist die Sinnhaftigkeit eine starke Basis in den Pflegeberufen. In der eigenen Arbeit einen Sinn zu sehen, ist für die Identifikation, Motivation und Arbeitszufriedenheit von ungemeiner Bedeutung. Die Sinnerfahrung resultiert aus dem Erleben der Wirksamkeit und der Ergebnisse der eigenen Leistung und der Anerkennung durch Kolleginnen, Kollegen, Führungskräften, Interaktionspartnerinnen und -partnern. Diese Ressource lässt Pflegekräfte belastende Arbeitserfahrungen leichter bewältigen (vgl. Schmucker 2019, S. 58).

Doch die derzeitigen Rahmenbedingungen fördern die hohen physischen und psychischen Belastungen der Pflegenden (vgl. Staflinger 2018, S. 9). Der Lauf der Entwicklungen zeigt bei einer Befragung von 300 Pflegekräften in Deutschland, dass bereits die Mehrheit einen Ausstieg aus ihrem Beruf in Betracht ziehen. 43 Prozent würden diesen nicht mehr wählen und sogar 50 Prozent würden es nicht empfehlen einen Pflegeberuf zu ergreifen (vgl. Paul Hartmann AG 2018, o.S.). Wie auch in Österreich werden als Hauptgrund der Personalmangel und der daraus folgende Zeitmangel für die Bewohnerinnen und Bewohner angeführt (vgl. Staflinger 2018, S. 10). Diese Faktoren zeigen sich in einer hohen Arbeitsintensität wieder und führen zu Stress (vgl. Schmucker 2019, S. 52). Wenn langanhaltende Stressbelastungen bestehen und die Bewältigung auf Dauer nicht gelingt, kommt es langfristig zur körperlichen und psychischen Erschöpfung. Da die Pflege auf geschwächte Ressourcen zurückgreifen muss, was eine weitere Herausforderung bedeutet, wie krankheitsbedingte Fehlzeiten am Arbeitsplatz und daraus resultierenden Personalmangel oder vermehrte Konflikte am Arbeitsplatz durch die psychischen Beschwerden wie angespannte Stimmungslagen (vgl. Hausmann 2005, S. 253).

In den Pflegeberufen zählen zum Arbeitsalltag schwere Krankheit, Leid und Sterben zum ständigen Begleiter. Pflegekräfte müssen sehr häufig ihre Gefühle unterdrücken und verbergen, was wiederum psychische Erschöpfung und Stress nach sich zieht (vgl. Schmucker 2019, S. 54).

Die Angehörigenarbeit und der Umgang mit verärgerten Bewohnerinnen und Bewohner zählen auch zu den emotionalen Anforderungen und können zu einer weiteren Belastung führen. Zusätzlich entsteht Druck, weil die Angehörigen ihre Erwartungen an der Versorgung ihrer Verwandten nicht erfüllt sehen (vgl. Sardadvar 2018, S. 6).

Pflegeberufe gehören zu den Berufsgruppen, die eine Kombination von hohen psychischen und physischen Belastungen aufweisen. Diese Kenntnisse beruhen auch aufgrund der schweren körperlichen Arbeit wie dem Heben oder Tragen. Hier sind Zusammenhänge belegbar, die auf bedingter Arbeitsunfähigkeit zurück zu führen sind (vgl. Schmucker 2019, S. 55). Die körperlichen Anforderungen, gerade für ältere Beschäftigte, führen häufig zu Problemen (vgl. Sardadvar 2018, S. 7). Lediglich ein geringer Anteil der Pflegebeschäftigten geht davon aus, unter den aktuellen Anforderungen ihrer Tätigkeiten bis zum gesetzlichen Rentenalter ohne Einschränkungen ausüben zu können (vgl. Schmucker 2019, S. 56).

Dieser ständige Zeitdruck und die Pflege nicht in gewünschter Weise und Vorstellung durchführen zu können, verursachen Unzufriedenheit und Unsicherheit mit der eigenen Arbeitsleistung aufgrund der schlechten Arbeitsbedingungen und tragen schließlich dazu bei, dass die ursprüngliche Motivation innerhalb kürzester Zeit abfällt. Diese Faktoren führen zu einer überdurchschnittlich hohen Berufsausstiegsquote von Altenpflegekräften (vgl. Haberstroh/Neumeyer/Pantel 2011, S. 15). Diese geringe Verlockung der Pflegeberufe ist auch eine Ursache für den eingangs erwähnten Fachkräftemangel. Dadurch wird das Personalproblem in der Pflege weiter verschärft (vgl. Christiansen 2019, S. 131). Nur bei entsprechenden Rahmenbedingungen ist Pflege und Betreuung auf hohem Niveau möglich. Doch birgt auch die Demenz Herausforderungen für die Pflege und Betreuung.

5.4.2 Demenz im sozialen Umfeld

Die Demenz verändert Persönlichkeiten und nimmt Einfluss auf die Autonomiefähigkeit. Diese Veränderungen bedeuten für alle Betroffenen eine große Herausforderung (vgl. Christen 2010, S. 9).

Mit fortschreitender Demenz verlieren die Menschen infolge der kognitiven Beeinträchtigung allmählich die Fähigkeit zur eigenständigen Tagesstrukturierung und Planung von Alltagstätigkeiten (vgl. Kastner/Löbach 2018, S. 95). Beschäftigung und tätig sein gehören zu den menschlichen Grundbedürfnissen. Hierzu zählen außerdem Wahrnehmen, Erkennen und Zuhören zu den Tätigkeiten. Dabei heißt tätig sein nicht nur aktiv etwas Sinnvolles zu tun. Entscheidend ist vor allem, wie der demenziell veränderte Mensch eine Tätigkeit selbst erlebt, mit seiner inneren Bewertung des Tuns und seinem Gefühl beim Tun und die Beurteilung der Resultate. Die Bewertungen von außen stehen an zweiter Stelle (vgl. Schwarz 2009, S. 113f.). Menschen mit

Demenz scheinen doch sehr beschäftigt und verlieren auch nicht das Bedürfnis, sich zu beschäftigen. In der Beobachtung zeigt sich häufig ein suchendes Umherlaufen, Sortieren von Gegenständen, Herumtragen oder -schieben von Gegenständen, Sammeln und Horten von Gegenständen oder Lebensmittel sowie wiederholtes Rufen. Dabei werden dieselben Handlungen immer und immer wieder endlos wiederholt. Die Betroffenen wirken bei diesen Aktivitäten oft nicht entspannt oder zufrieden, sondern eher angestrengt. Dies kann darin begründet liegen, dass sie kaum Erfolgserlebnisse durch ihre Tätigkeiten erleben, weil sie sich diese nicht mehr vergegenwärtigen, reflektieren und sich ihrer Gesamtsituation immer weniger bewusst machen können. Der Grund für ihre Aktivitäten scheint vielmehr darin zu liegen, dass sie sich intuitiv mit ihrem Tun beruhigen und rückversichern möchten (vgl. Kastner/Löbach 2018, S. 95).

In Interaktion mit Menschen mit Demenz erleben wir oft, dass sie ihre Fehler und Unvermögen zu verbergen versuchen. Die meisten Menschen möchten nicht negativ wahrgenommen werden, so ist es auch bei Menschen mit Demenz. Mit Unzulänglichkeiten konfrontiert zu werden, erzeugt beim Betroffenen Gefühle wie Scham und Hilfslosigkeit. Die ständige Angst sich vor anderen zu blamieren führt nicht selten zu einem verstärkten Rückzug. Vieles wird lieber aufgegeben, was noch funktioniert hat. Die Menschen verlieren so an Lebensqualität und letztendlich auch vorzeitig an Fertigkeiten und Fähigkeiten. Wenn Menschen mit Gedächtnisproblemen das Gefühl haben, dass sie als inkompetent wahrgenommen werden, kann dies zu einer sehr anstrengenden Verteidigungshaltung kommen und jegliche Hilfestellung wird verweigert. Diese Verteidigungshaltung führt in der Pflege und Betreuung zu einer enormen psychischen Belastung und vor allem zu Konflikten mit dem sozialen Umfeld (vgl. Stechl et al. 2012, S. 33). Die Sprache und Kommunikation ermöglichen über die Informationsvermittlung hinaus auch sozialen Kontakt. Der Stimmklang, Tonlage, Sprechmelodie und alle Aspekte der Körpersprache, die mit und ohne verbale Kommunikation vermittelt werden, haben entscheidende Auswirkungen auf das Beziehungs- und Kontakterleben (vgl. Schwarz 2009, S. 108). Hierbei kann die Kommunikation zwischen einer Pflegeperson und eines Menschen mit Demenz erschwert sein, da die Betroffenen auf Grund der Demenz meist nicht alle Aussagen verstehen können. Dadurch können Gefühle wie Angst und Frustration auch herausforderndes Verhalten auslösen (vgl. Kuhn/Verity 2012, S. 59f.). Ebenso haben Menschen mit Demenz Schwierigkeiten sich verständlich zu machen (vgl. Schwarz 2009, S. 108). Der Fortschritt der Demenz schränkt die Kommunikation soweit ein, dass die Äußerungen der Betroffenen vom Gegenüber kaum noch entschlüsselt werden können. Dies gilt besonders bei Äußerungen, die nicht im Kontext mit der aktuellen Situation, Persönlichkeit und der Lebensgeschichte der Betroffenen gesehen werden (vgl. Kastner/Löbach 2018, S. 92f.). Im fortgeschrittenen Stadium der Demenz konzentriert

sich die Kommunikation weitgehend auf die nonverbale Art und Weise. Das Sprachverständnis ist meist noch länger erhalten als die Fähigkeit zu sprechen (vgl. Schwarz 2009, S. 108). Doch beeinflusst auch die Aufmerksamkeit der demenziell beeinträchtigten Menschen die Interaktion in Pflege und Betreuung. Mit dem Fortschreiten der Demenz können sie ihre Aufmerksamkeit weniger fokussieren, sie werden leicht durch Reize abgelenkt, die nicht mehr wie früher gefiltert und unterdrückt werden können und somit schwindet die Aufmerksamkeit. Diese störenden Reize können von innen, beispielsweise durch Schmerzen, oder von außen, durch Geräusche aus der Umgebung, kommen. Sinneseinbußen, wie Schwerhörigkeit oder Sehschwäche, erschweren zusätzlich die Aufnahme von Informationen und begünstigen Fehldeutungen und Missverständnisse (vgl. Kastner/Löbach 2018, S. 92). Generell stellen die Kommunikationseinschränkungen eine Hürde in der Pflege und Betreuung dar, um die Bedürfnisse der Menschen mit demenzieller Beeinträchtigung richtig zu identifizieren und zu adressieren (vgl. Bartholomeyczik/Halek 2017, S. 56). Die zunehmende Beeinträchtigung der Demenz ist durch Wortfindungs- und Wortverständnisstörungen, schließlich bis hin zum völligen Verstummen geprägt. Doch drücken demente Menschen ihre Gefühle und Bedürfnisse auch über ihr Verhalten aus (vgl. Kastner/Löbach 2018, S. 92f.). Dazu lässt sich neben diesen genannten Herausforderungen für die Pflege und Betreuung von Menschen mit demenziellen Veränderungen, noch eine weitere ergänzen. Um auf diese einzugehen, wurde dieser ein eigenes Kapitel in der vorliegenden Arbeit gewidmet.

6. Herausforderndes Verhalten bei Demenz

Im Verlauf einer Demenz treten nicht nur kognitive Symptome auf, sondern auch psychische Störungen sowie Verhaltensänderungen, welche äußerst bedeutend im Hinblick auf die Pflege und Versorgung der Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen sind (vgl. Höwler 2008, S. 50). Um den Umgang mit dementen Menschen zu erfüllen, braucht es vorab ein Verständnis über die Entstehung und Arten herausfordernden Verhaltens bei Demenz. Dieses Kapitel gibt eine kurze Einführung in einige Schlüsselthemen, die im späteren Abschnitt von Bedeutung sind.

6.1 Definitionen des herausfordernden Verhaltens

In der Vergangenheit wurde das herausfordernde Verhalten als Problemverhalten benannt. Diese Formulierung hat ihre Wurzeln im Bereich der Behindertenpädagogik, darunter fallen alle Verhaltensformen, die der betreffenden Person oder dem Setting, in dem sie auftreten,

Schwierigkeiten bereiten. Dieser Begriff wurde mit dem verfolgten Ziel, weg vom individuellen Krankheitsbild, hin zu einem Verständnis für die aufgeführten Dienstleistungen und deren Lösungen für diese problematischen Verhaltensweisen hin zu lenken, eingeführt (vgl. James 2013, S. 19).

Im englischen Sprachraum werden die Verhaltensweisen als *challenging disruptive behaviour* oder *disorderd bevahiour* benannt. Diese Begriffe werden dazu verwendet, um Verhaltensweisen zu beschreiben, die im pflegerischen Alltag als problematisch gelten. Diese Begriffe implizieren einen intrinsischen Ursprung des Verhaltens, sprich durch die demenziell veränderte Person selbst verursacht. Die Umgebungseinflüsse werden hierbei weniger als Auslöser betrachtet (vgl. Höwler 2008, S. 18).

Auch in der Sozialpädagogik im Bereich der Lernbehinderung wird der Begriff herausforderndes Verhalten herangezogen (vgl. Theunissen 2000, o.S.). Hier definiert der Begriff keine negative Bedeutung noch Zuschreibung, sondern ist das Resultat aus einem interpersonellen Kontext, der Veränderungen unterliegt. Hier wird verdeutlicht, dass es an der Interpretation der Interaktionspartnerin oder des Interaktionspartners liegt, ob ein Verhalten als herausfordernd empfunden wird und nicht primär an dem demenziell veränderten Menschen selbst (vgl. Bartholomeyczik/Halek 2006, S. 22). Die Bedeutung des Begriffes bezieht sich auf die Wirkung des Verhaltens auf die Umgebung und nicht darauf, wie die demenziell veränderten Menschen das Verhalten selbst erleben. Etwas, was für die Umgebung eine Herausforderung darstellt, kann für den demenziell beeinträchtigten Menschen mit Wohlbefinden verbunden sein oder aus seiner Sicht sinnvoll erscheinen (vgl. Schwarz 2009, S. 116).

In dieser Arbeit wird der zu erläuternde Begriff herausforderndes Verhalten als Handlung definiert, die das Wohlbefinden einer Person oder deren Umfeld beeinträchtigt, weil diese Handlung im Setting, in dem sie stattfindet, eine psychische oder physische Belastung darstellt, um so der Festlegung des Verhaltens als intrinsisch zu entgehen. Betroffen kann die handelnde Person selbst, oder eine Person in ihrem unmittelbaren Umfeld sein. Die Bewertung was als herausforderndes Verhalten gilt, ist von Fall zu Fall verschieden, weil in manchen Settings toleranter reagiert wird als in anderen (vgl. James 2013, S. 23). Verhalten und Verhaltensstörungen sind immer ein soziales Konstrukt, das aus dem Prozess der Interaktion zwischen dem Subjekt, mit den gegebenen bio-psycho-somatischen Voraussetzungen und den Normen der Gemeinschaft entstehen (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2006, S. 14).

Prinzipiell werden Verhaltensweisen als herausfordernd wahrgenommen, wenn sie in irgendeiner Weise als negativ empfunden werden, entweder von der Person selbst oder von den Personen in der direkten Umgebung, die von den Handlungen betroffen sind (vgl. James 2013, S.

23f.). Grundsätzlich stellen Verhaltensänderungen eine hohe Belastung für die Betroffenen und ihrem sozialen Umfeld dar (vgl. Bartholomeyczik/Halek 2006, S. 9). Das Verhalten wird als störend, belastend, fremd- oder selbstgefährdend wahrgenommen. Verhaltensänderungen sind zumeist im mittelschweren Verlauf einer Demenz vorzufinden, sie treten sehr häufig im Rahmen akuter Verwirrtheitszustände auf. Diese Verhaltensweisen und Reaktionen sind sehr unterschiedlich und vielfältig stark ausgeprägt. Den universellen Auslöser für diese Verhaltensänderungen gibt es nicht, es wird von multifaktoriellen Ursachen gesprochen (vgl. Kastner/Löblich 2010, S. 13). Um gezielte Interventionen entwickeln zu können, müssen vorab die potenziellen Ursachen des herausfordernden Verhaltens erkannt werden (vgl. James 2013, S. 35).

6.2 Ursachen und Entstehungszusammenhänge

Die Klassifizierung und Ermittlung der Ursachen lassen sich anhand von verschiedenen Instrumenten durchführen. Doch die meisten Methoden sind für den Arbeitsalltag einer Betreuungs- oder Pflegekraft zu langwierig und eignen sich überwiegend nur im Rahmen von Forschungsprojekten (vgl. James 2013, S. 35).

Während im englischen Raum ein intrinsischer Ursprung des Verhaltens ausgewiesen wird, stehen im deutschsprachigen Raum als Ursache der Einfluss des Umfeldes im Vordergrund (vgl. Bartholomeyczik/Halek 2006, S. 22). Verhalten und Ursache sind oft durch irgendeine Überzeugung miteinander verbunden. Überzeugungen sind häufig emotional aufgeladen, das heißt von Angst, Wut, Stolz oder Verzweiflung geprägt. Allerdings besteht auch zwischen den Überzeugungen und Bedürfnissen eine Verbindung.

Die israelische Demenzforscherin Cohen Mansfields sieht die Ursachen für herausfordernde Verhaltensweisen in Versuchen Bedürfnisse mitzuteilen, die im Augenblick nicht befriedigt sind, wie zum Beispiel Hunger oder ungelinderte Schmerzen (vgl. James 2013, S. 24ff.). Das Verhalten kann selbst eine Handlung sein, um die Bedürfnisse zu erfüllen, sei es zum Beispiel der Versuch der Kommunikation, aber auch das Ergebnis unerfüllter Bedürfnisse sein. Langeweile, Einsamkeit oder Mangel an sensorischen Reizen können ein auffälliges Verhalten reizen. Bei dem Modell der unbefriedigten Bedürfnisse wird davon ausgegangen, dass die Fähigkeit den eigenen Bedürfnissen nachzugehen im Verlauf der Demenz schwindet. Die entstehenden Verhaltensauffälligkeiten sind demnach ein Ergebnis des Ungleichgewichts zwischen den lebenslangen Gewohnheiten und dem aktuellen körperlichen und geistigem Zustand, sowie dem Umfeld (vgl. Bartholomeyczik/Halek 2006, S. 47). In diesen Situationen versucht der demente

Mensch, sein Wohlbefinden zu verbessern, zu erhalten und Unbehagen zu lindern (vgl. James 2013, S. 24).

Ein weiteres Modell von Cohen-Mansfield, die Vulnerabilität traf die Annahme, dass der Prozess der Demenz zu einer höheren Empfindlichkeit gegenüber der Umgebung führt und zur geringeren Fähigkeit, Stress zu bewältigen, was wiederum ein auffälliges Verhalten provozieren kann. Im Laufe der Demenz verlieren die Menschen die Fähigkeiten situationsspezifische Anforderungen zu bewältigen und erfahren dadurch ihre Umgebung immer zunehmender als belastend. Weiteres wird im Verhaltensmodell angenommen, dass es eine Verbindung zwischen der Vorgeschichte und dem aktuellen Verhalten besteht. Es wird angenommen, dass die Verstärkung des Verhaltens lebenslang erlernt wurde und zu der beobachtbaren, nunmehr auffälligen Verhaltensform führt. Cohen-Mansfield beobachtete häufig in der Pflege, dass viele der problematischen Verhaltensweisen durch die Pflegenden verstärkt wurden (vgl. Bartholomeyczik/Halek 2006, S. 47f.).

Die Ansätze von Cohen-Mansfield fordert Pflegende auf das Verhalten als auch den Hintergrund und die Umgebung der Personen genau zu analysieren. Der Einfluss der Umgebung auf das Wohlbefinden und letztendlich auf das Verhalten werden besonders häufig diskutiert. Das Zusammentragen dieser kontextbezogenen Informationen ist eine Hilfe bei der Bestimmung deren Ursachen. Diese Hintergrundinformationen zu den Auslösern für herausforderndes Verhalten lassen sich in biologische, psychische und soziale Faktoren gliedern, auf welche nun näher eingegangen wird.

6.2.1 Biologische Faktoren

Zu den biologischen Faktoren gehören die kognitiven, körperlichen Beeinträchtigungen sowie die Behandlung mit Medikamenten. Aufgrund von kognitiven Defiziten nehmen Menschen mit Demenz die Realität anders wahr als ihre Mitmenschen. Sie sind beispielsweise zeitlich und örtlich desorientiert und können sich nach bereits wenigen Minuten nicht mehr erinnern, was kurz vorher geschehen ist. Wahrnehmungsdefizite durch altersbedingte Veränderungen der fünf Sinne können ebenso zu Schwierigkeiten führen und die Desorientierung steigern. Herausforderndes Verhalten steht oft im Zusammenhang mit Schmerzen und Unwohlsein, dies zeigt sich auch bei den körperlichen Beeinträchtigungen, wie Rückenschmerzen, Zahnschmerzen, Arthritis, welche durch Pflegeintervention, wie Mobilisation oder Körperpflegemaßnahmen, verschlimmert werden können.

Zusätzlich sind Medikamente ein Bestandteil im Leben vieler älterer Menschen. Die möglichen Nebenwirkungen sind bekannt, aber über die Wechselwirkungen herrscht viel Unwissen. Verschriebene Medikamente können auch herausforderndes Verhalten verstärken, etwa wie Statine

(Cholesterinsenker) und Parkinson Medikamente. Weiteres ist zu bedenken, dass die beruhigenden Effekte vieler Medikamente zur Behandlung von herausforderndem Verhalten eingesetzt werden (vgl. James 2013, S. 36f.).

6.2.2 Psychische Faktoren

Die psychischen Faktoren spiegeln die Persönlichkeit und die psychische Gesundheit des Menschen mit Demenz wieder. Wie bereits zuvor gelesen, bleibt die Persönlichkeit eines Menschen bestehen, auch wenn die Demenz ihren Lauf nimmt. Die Individualität zeigt sich auf unterschiedliche Art und Weise, ebenso in den verschiedenen Stadien der Erkrankung. Menschen mit schwerer Demenz können das Bedürfnis nach dem gewohnten Lebensstil beibehalten (vgl. James 2013, S. 38).

Unter die psychischen Faktoren fallen alle Gefühle, die ein Mensch empfinden kann. Die Gefühle können ebenso das Verhalten verändern, dazu zählt unter anderem die Angst vor der Abhängigkeit, nicht mehr verstanden zu werden, nicht ernst genommen oder ignoriert zu werden, die Angst vor Schmerzen, Inkontinenz und Pflegebedürftigkeit, Scham gegen zunehmende Schwäche, nur eine Last zu sein oder zu versagen. Schuldgefühle sich nicht mehr kontrollieren zu können, etwas falsch gemacht zu haben und auch die Hoffnungslosigkeit, wenn kein Sinn mehr erkannt wird oder der Frust sich unterlegen zu fühlen, die hilflose Wut über die Abschiebung durch die Angehörigen, die Trauer über die vielen Verluste von Kompetenzen, der Gesundheit und des Gedächtnisses, der Selbstständigkeit, dem Kontakt zu Bezugspersonen (vgl. Grond 2005, S. 38f.).

So wie die Persönlichkeit ist auch die Verhaltensreaktion mit Stress umzugehen bei jedem Menschen individuell (vgl. Haberstroh et al. 2011, S. 83). Die psychotischen Symptome, wie visuelle Halluzinationen oder Wahnvorstellungen, können ausgelöst werden, auch verarbeitete Themen können wieder hochkommen (vgl. James 2013, S. 38). Ebenso können die Langeweile und Unterforderung herausforderndes Verhalten verstärken (vgl. Schwarz 2009, S. 118).

6.2.3 Soziale Faktoren

Neben den biologischen und psychischen bestehen auch soziale Faktoren, die als Ursache für herausforderndes Verhalten stehen können. Die Demenz ist eine soziale Schwellenkrankheit, die Verhaltensstörungen auslöst, die vom sozialen Verhalten des Umfeldes wie Angehörigen oder Pflegekräfte abhängig ist. Der Verlust von sozialen Beziehungsnetzen kann Unruhe auslösen. Der größte soziale Faktor ist die Trennung von Bezugspersonen, die Unruhe und Aggressivität auslösen kann. Die Beziehungsstörungen, wie Verständigungsprobleme, wenn die Pflegekräfte sich nicht verständlich machen oder die nonverbalen Signale des Menschen mit

Demenz nicht entschlüsseln, verschlimmern die Unruhe und Aggressivität. Der Verlust bei der Teilhabe von sozialen Aufgaben, diese einem nicht mehr zugetraut werden, geben das Gefühl von Überflüssigkeit und führen schließlich zum apathischen und passiven Rückzug (vgl. Grond 2005, S. 42ff.).

Ebenso gehört zu den sozialen Faktoren die Pflegepraxis mit den Pflegepraktiken als auch die Umgebung. Betroffene mit Demenz benötigen im Alltag verschiedene körperliche und praktische Hilfen, hierbei kann es zu Konflikten kommen, mit denjenigen, die ihnen die benötigte Unterstützung geben. Die Pflegepraktiken haben einen hohen Stellenwert, da viele herausfordernde Verhaltensweisen während der direkten Interaktion zwischen dem Pflegepersonal und den gepflegten Personen auftreten. Die Umgebungsfaktoren, wie Beleuchtung, Lärm, Raumaufteilung, können auch das Wohlbefinden von Menschen mit Demenz, je nach dem Grad ihrer Hilfsbedürftigkeit, in erheblichem Maße beeinflussen (vgl. James 2013, S. 38f.). Demnach kann die Ursache für herausforderndes Verhalten bei einem medizinischen Symptom einer demenziellen Erkrankung, bei einem verzweifelten Ausdruck nach Selbstbestimmung, bei einem Versuch der Kommunikation, einer Reaktion auf mangelnde Pflegeinitiative, einem Signalverhalten an die Umwelt, um auf die eigenen Bedürfnisse aufmerksam zu machen, liegen (vgl. Theunissen 2001, S. 107).

Bei der Suche nach der Bedeutung und Ursachen von herausforderndem Verhalten sind diese auf psychosozialer, neurobiologischer und interaktiver Ebene zu finden (vgl. Höwler 2008, S. 21). Doch können diese auf ökonomische und gesellschaftliche Faktoren erweitert werden. Politikerinnen und Politiker sowie Trägerinnen und Träger ergreifen Sparmaßnahmen beim Personal und Menschen werden durch eine rehabilitative und aktivierende Maßnahme in eine niedrigere Pflegestufe eingestuft. Seit vielen Jahren bestehen die gesellschaftlichen Vorurteile, dass Menschen mit Demenz zu teuer und eine soziale Last seien (vgl. Grond 2005, S. 45).

Die angeführten Erklärungsansätze für das Auftreten von herausforderndem Verhalten erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Sie spiegeln nur eine getroffene Auswahl möglicher plausibler Einflussfaktoren. Zu diesen Modellen existieren noch andere Erklärungen zu herausforderndem Verhalten, die den Rahmen dieser Arbeit zu weit ausführen würden.

Grundsätzlich beruht das Verhalten auf zwei Arten von Variablen. Hierzu wird unterschieden zwischen Hintergrundfaktoren, die durch Interventionen kaum zu beeinflussen sind, wie der Zustand der Gesundheit und neurologischer Status, die Persönlichkeit und die Verhaltensreaktion auf Stress und Belastungen. Davon sind die nahen Faktoren zu unterscheiden, die Verhaltensweisen auslösen können und somit eher beeinflusst werden können. Dazu zählt der Schmerz, Hunger, Durst, psychosoziale Bedürfnisse, Umgebungsreize, sowie die soziale

Umgebung wie Atmosphäre und Pflegekräfte (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2006, S. 16).

6.3 Arten von Verhaltensveränderungen

Um die verschiedenen Ursachen noch genauer beschreiben zu können, braucht es die Erfordernis, die verschiedenen Arten von Verhaltensänderung unterscheiden zu können, daher folgt eine Auflistung möglicher Verhaltensänderungen im Verlauf einer Demenz.

Die Unruhe ist das am häufigsten beschriebene Symptom bei Menschen mit Demenz. Diese äußert sich in Form des Umherlaufens, Wandern, Rufen und anderen akustischen Störungen (vgl. Grond 2005, S. 211). Die vokalen Störungen gehören zu einer der häufigsten Verhaltensstörungen in Pflegeheimen und bei Menschen mit Demenz. Sie können die Qualität der zwischenmenschlichen Beziehungen und der Pflege negativ beeinflussen und zusätzlich für Unruhe in der Umgebung und bei den Betroffenen steigern. Zu den vokalen Störungen zählen sehr laute und wiederholende verbale Äußerungen, wie Schreien oder lautes Rufen (vgl. Bartholomeyczik/Halek 2006, S. 39f.). Ursachen für die Unruhe können beim Umgebungsmilieu liegen, vor allem bei den persönlichen Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner, aber auch in interpersonellen Konflikten, beispielsweise mit den Pflegekräften sowie mit anderen Bewohnerinnen und Bewohnern. Die Auslöser für eine motorische Unruhe können durch situative Desorientiertheit, das Suchen nach Angehörigen, die Sorge um Kinder oder vermeintlich noch „bestehende“ Arbeitsplätze liegen (vgl. Kastner/Löblich 2018, 15ff.). Meist ist es auch ein Ruf nach Aufmerksamkeit, eine Möglichkeit sich durch Geräusche selbst wahrnehmen zu können (vgl. Grond 2005, S. 211).

Unter Agitation wird eine Reihe von verschiedenen Verhaltensformen verstanden, die sich unter anderem in unangemessene motorische oder verbale Aktivitäten äußern kann, die aus den Bedürfnissen und Verwirrtheit der Betroffenen resultiert. Dies kann sich beispielweise in körperlicher oder verbaler Aggression äußern, auch der Widerstand gegen Pflegemaßnahmen zählt dazu (vgl. Bartholomeyczik/Halek 2006, S. 31f.). Darunter fallen die aggressiven Verhaltensweisen, welche unterschiedliche Ausprägungen aufweisen können (vgl. Kastner/Löblich 2018, S. 17). Diese kann sich durch Beleidigungen, verbale und physische Bedrohungen, körperliche Gewalt gegen andere wie Schlagen, Kratzen, Treten oder Spucken und Sachbeschädigung auftreten (vgl. Grond 2005, S. 204). Die verbale Aggression tritt häufiger als die körperliche auf (vgl. Bartholomeyczik/Halek 2006, S. 38). Die Ursachen liegen beim zunehmenden Verlust der Impulskontrolle und der daraus folgenden Überreizung und Überforderung. Eine geplante und

gezielte Aggressivität zeigt sich nur selten. Das bezweckte Ziel ist meistens der Wunsch nach Distanz und in Ruhe gelassen zu werden (vgl. Kastner/Löblich 2018, S. 17f.).

Im Gegenzug kann auch die Apathie auftreten, die eine Teilnahmslosigkeit, Leidenschaftslosigkeit und Unempfindlichkeit gegen äußere Reize signalisiert (vgl. James 2013, S. 29). Bei fortlaufendem Verlust der kognitiven Fähigkeiten steigt die Wahrscheinlichkeit für passives Verhalten, welches zu einem sozialen und emotionalen Rückzug führt (vgl. Bartholomeyczik/Halek 2006, S. 43). Dabei besteht die Gefahr, dass diese Verhaltensänderung von Pflegekräften übersehen wird, da diese Menschen sich keine Aufmerksamkeit verschaffen (vgl. James 2013, S. 29).

Manchmal können auch Wahnvorstellungen, die nicht der Realität entsprechen, doch für die Betroffenen sehr real wahrgenommen werden, dementsprechende Gefühle wie Angst auslösen. Zu diesen Wahrnehmungen zählen Stimmen und Bilder, Verfolgungs- und Größenwahn, sowie die Verwechslung von Angehörigen. Die Entstehung solcher Vorstellungen erscheinen, weil die Informationen im Gehirn nicht mehr richtig verarbeitet werden können und bestimmte Erinnerungsstücke vorhanden sind und daher Zusammenhänge nicht mehr verstanden werden können. Ängstliches Verhalten zeigt sich häufig, wobei die Betroffenen gar nicht die Angst deuten können. Diese kann sich zeigen, dass sie die Pflegekräfte nicht gehen lassen und klammern. Dieses Verhalten entsteht zumeist, weil die Betroffenen das Geschehen um sich herum häufig nicht mehr verstehen können (vgl. Grond 2005, S. 206-220).

Ebenso sind das Sammeln und Verstecken von Gegenständen ein oftmals zu beobachtendes Phänomen, dabei nimmt das Verhalten meist Züge des Hortens an. Das Verhalten richtet sich an das Aufbewahren von Lebensmitteln und dem Sammeln von alltäglichen Gegenständen wie Kleidung, Stifte, Besteck oder Zeitungen.

Im Zuge der organischen Veränderungen können auch Veränderungen des sexuellen Verhaltens auftreten, die deutlich von der Norm abweichen. Diese können sich durch Entkleiden, öffentliches Masturbieren, Gebrauch vulgärer Worte oder sexuelle Übergriffe gegen andere Personen zeigen (vgl. Kastner/Löblich 2018, S. 17f.). Mögliche Ursachen sind die Verwechslung von Personen, räumliche und zeitliche Desorientierung (vgl. Grond 2005, S. 212). Für Pflegende ist es von Bedeutung, diese enthemmten Verhaltensänderungen nicht persönlich, sondern als krankhaft zu verstehen (vgl. Kastner/Löblich 2018, S. 18).

Nach den folgenden Ausführungen zeigt sich, dass die einzelnen Verhaltensformen sich nicht präzise voneinander abgrenzen lassen. In der Literatur finden sich für den ein- und dasselbe Verhalten unterschiedliche Definitionen und Beschreibungen (vgl. Bartholomeyczik/Halek 2006, S. 21). Doch lassen sich zwei übergeordnete Kategorien von Verhalten erkennen:

agitiertes sowie passives Verhalten. Zur Agitation zählen das erwähnte Wandern, die Aggressivität und verbale Störungen. Das passive Verhalten zeigt sich anhand von Rückzug und Teilnahmslosigkeit (vgl. James 2013, S. 44).

Die Häufigkeit der Verhaltensauffälligkeiten steigt mit dem Schweregrad der Demenz (vgl. Kastner/Löbach 2010, S. 13). So einzigartig ein Mensch ist, so ist dementsprechend auch sein Demenzverlauf. Nicht jede Verhaltensänderung muss bei jedem demenziell veränderten Menschen auftreten (vgl. Haberstroh et al. 2011, S. 78). Auch gilt kritisch zu betrachten, dass die angeführten Einteilungen nur als Hilfestellung dienen, um sich in der Vielfalt von möglichen herausfordernden Verhaltensweisen zurecht finden zu können. Betroffene dürfen nicht nur infolge einer Einschätzung ihrer Symptome reduziert gesehen werden, sondern sie müssen mit all ihren Verhaltensbotschaften und Bedürfnissen wahrgenommen werden (vgl. Höwler 2008, S. 20).

Im Fortschritt der Demenz zeigen sich vermehrt neben den genannten Verhaltensänderungen auch körperliche Symptome. Zu den meist herausfordernden Veränderungen zählen die Gangstörungen mit wiederholtem Stürzen, die reduzierte Nahrungsaufnahme bei vermindertem Durst- und Hungergefühl, Inkontinenz und gestörte Schlaf-Wach-Rhythmen (vgl. Kastner/Löbach 2018, S. 19).

Zusammenfassend sind herausfordernde Verhaltensweisen keine diagnostizierbaren Störungen, da sie nicht immer die gleichen Ursachen zum Grund haben und ihr Umgang sich so umso schwieriger gestaltet. Es ist von höchster Wichtigkeit sich über das Wesen herausfordernden Verhaltens bewusst zu sein und sich über die Personen detailliert zu informieren (vgl. James 2013, S. 34). Bei Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen zeigen sich zunehmend Schwierigkeiten die pflegerischen Handlungen und deren Bedeutung angemessen zu verstehen. Diese Schwierigkeiten im Verarbeiten der Reize erhalten durch deren Erleben und Verhalten an Ausdruck. Die genannten Verhaltensweisen sind nur schwer vorherzusehen, da ihre Häufigkeit, Intensität oder Dauer des Auftretens oft wechseln. Durch diese Art von Unvorhersehbarkeit wird die Situation zusätzlich belastet und erfordert einen kreativen und flexiblen Umgang. Alle hier beschriebenen Verhaltensweisen und Definitionen reflektieren lediglich die Sicht aus der Beobachtung, die in den meisten Fällen eine negative Behaftung erhält. Die mögliche positive Bedeutung, die diese Verhaltensweisen für Menschen mit Demenz haben kann, lässt sich nur über die Perspektive des Betroffenen beschreiben (vgl. Bartholomeyczik/Halek 2006, S. 9-44).

6.4 Erleben von herausforderndem Verhalten

Verhaltensänderungen von Menschen mit Demenz stellen eine große Herausforderung für alle an der Pflege und Betreuung Beteiligten dar. Die Beurteilung von störend oder herausfordernd kann sehr subjektiv ausfallen, so wie auch die Bedeutung und Auswirkung dieser sehr unterschiedliches Gewicht erhalten kann. Diese ist zumal auch davon abhängig, ob das Verhalten aus der Sicht der Menschen mit Demenz oder aus der Perspektive der Pflegekräfte betrachtet wird. So zeigt sich, dass das passive Verhalten der dementen Menschen weniger belastend für die Pflegekräfte erlebt wird, doch für die Betroffenen einen negativen Einfluss auf das eigene Wohlbefinden haben kann (vgl. Bartholomeyczik/Halek 2006, S. 9f.).

Dabei erweist sich die Erfassung von Erfahrungs- und Erlebenswelt von Betroffenen und Pflegenden als ein unmögliches Vorhaben, weil jede Person einzigartig ist. Was für die Umgebung eine Herausforderung darstellt, kann wiederum unter Umständen für den Menschen mit Demenz mit Wohlbefinden einhergehen und aus deren Sicht als sinnvoll erscheinen (vgl. Höwler 2008, S. 46).

6.4.1 Aus Sicht der Menschen mit Demenz

Das Erleben der Demenz und weitere wichtige Aufschlüsse aus der Sicht der Betroffenen lag lange nicht im Interesse der Wissenschaft, da den kognitiven Abbauprozessen von vielen mit der Unfähigkeit der Selbstreflexion und Verhaltenssteuerung gleichgesetzt wurde. Seit Beginn der 1990er Jahren wächst die Zahl der Beiträge, die sich mit den Sichtweisen, Entscheidungs- und Mitsprachebedürfnissen der Menschen mit Demenz beschäftigen. Es wurden umfangreiche qualitative Interviewstudien zu verschiedenen Bereichen des Erlebens der Demenz durchgeführt und deren Ergebnisse bahnten sich zunehmend einen Zugang in die Versorgungsforschung (vgl. Stechl et al. 2012, S. 25).

Um aus der Sicht eines Menschen mit Demenz wichtige Erkenntnisse für den Umgang mit Verhaltensänderungen zu gewinnen, wurde der verfasste Erfahrungsbericht von Richard Taylor, der selbst von der Demenz betroffen war, herangezogen.

Zu Beginn der Demenz können Menschen noch Gedanken wie jeder andere Mensch verbergen, doch fällt es immer schwerer die Gefühle zu unterdrücken. Diese treten häufig überraschend sowie unangebracht auf und zeigen die ersten möglichen Anzeichen für eine Demenz. Im ersten Stadium werden die Betroffenen sehr stark von emotionalen Gefühlen geplagt. Die Namen von Personen und gegebene Versprechen werden vergessen, wie auch der Weg auf die Toilette in Vergessenheit gerät. Diese Auseinandersetzung mit den häufenden Anzeichen lösen Angst, Unsicherheit, Trauer, Wut und Frust aus.

Am Beginn des zweiten Stadiums beginnen sich die Betroffenen immer mehr unbewusst unangebracht zu verhalten. Die herausfordernden Verhaltensweisen scheinen der Person zur eigenen Verwunderung nichts mehr auszumachen. Taylor schildert, dass er weggelaufen sei und trotz der Folge, dass er damit viele Menschen in Sorge und Angst versetzt hatte, er selbst keineswegs in Sorge war. Er verliere immer mehr den Überblick, öfter vergesse er, was ihm die Leute sagten, oder auch wo sich die Toilette befinde. Er weiß nicht mehr, wie oft er etwas zu tun versprochen hatte, es dann aber wieder vergessen habe. Er selbst hätte sich früher über so ein Verhalten aufgeregt. Heute stört ihn das Vergessen nur noch wenig.

Im Fortschritt der Demenz lässt das Kurzzeitgedächtnis immer mehr nach, die Verarbeitungsgeschwindigkeit wird immer träger und die Einsicht sowie Selbststeuerung kommt immer mehr ins Schwanken. Taylor kann etwas Bestimmtes vorhaben, um dann doch etwas ganz anderes zu tun, ohne es dabei zu bemerken.

Weiteres schildert Taylor, dass seine Aufmerksamkeit sich vom Kopf ins Herz verlagert hat. Er fühle mehr und denke mehr über Gefühle nach, als er sich mit dem Denken beschäftige. Manchmal ist er sehr glücklich, manchmal sehr traurig, aber er ist sich stets über seine Empfindungen bewusst. Die Menschen im Umfeld erkennen die Auswirkungen der Demenz fast immer, weil er seine Gefühle unangemessen oder überraschend äußere. Er weiß zwar, dass sein Verhalten unangebracht war, aber er erkennt nicht den Zeitpunkt, an welchem ein solches unangebrachtes Verhalten auftritt und kann sich jenes auch nicht mehr in Erinnerung rufen, um es eventuell im Rückblick zu reflektieren oder zu verstehen. Ab einem gewissen Zeitpunkt fallen dem Betroffenen das ungewöhnliche Verhalten nicht mehr auf, bis sie darauf aufmerksam gemacht werden. Dazu fällt es dem demenziell beeinträchtigten Menschen schwer, die Pflegekraft zu verstehen oder die Reaktionen zu würdigen (vgl. Taylor 2011, S. 34-133).

An dieser Stelle sei vermerkt, dass ein einziger Bericht nicht für alle Menschen mit Demenz stehen kann, doch kann dieser wesentliche Erkenntnisse für das Verständnis von herausforderndem Verhalten liefern. Es kann nur auf wenige Berichte von Menschen, die von der Demenz betroffen sind, zurückgegriffen werden. Wird dennoch ein Bericht einer Betroffenen oder eines Betroffenen entdeckt, dann endet dieser im dritten Stadium der Demenz, da es jenen Menschen nicht mehr möglich ist, über sich und individuelle Auswirkungen der Demenz zu berichten. Im Fortschritt können die Menschen mit demenziellen Veränderungen das Vorgehen in ihrem Geist der Außenwelt nicht mehr erfolgreich vermitteln (vgl. Taylor 2008, S. 36). Menschen mit Demenz können unsere Welt der Worte und Begriffe nicht mehr entschlüsseln, nichts mit Gesichtern oder Namen anfangen sowie mit den Gegenständen des Alltags. Doch haben sie erstaunliche Ressourcen in ihrer emotionalen Erinnerung. Selbst im fortgeschrittenen Stadium

enthalten die Lebensgeschichten der Betroffenen oft den Schlüssel, um die emotionale Welt zu öffnen und die Bedürfnisse verstehen und erfüllen zu können (vgl. Hammerla 2018, S. 10). Dazu können die existierenden Erfahrungsberichte von Pflegenden eine wichtige Ergänzung ermöglichen.

6.4.2 Aus Sicht der Pflegekräfte

Für im Pflegeheim lebende Menschen mit Demenz sind die Pflegekräfte eine der wichtigsten Bezugspersonen (vgl. Haberstroh et al. 2011, S. 14). Das subjektive Erleben Pflegenden kann als ein individuelles und prozesshaftes Geschehen verstanden werden (vgl. Höwler 2008, S. 17). Pflegepersonen erleben mit demenziell beeinträchtigten Menschen sowohl Belastungen als auch Glücksmomente. Zur Begründung der Belastungen werden zum einen die bereits erwähnten fehlenden Zeit- und Personalressourcen sowie die Unsicherheit und Ängste im Umgang mit dementen Menschen genannt. Auch zeigen sich überwiegend Kommunikationsschwierigkeiten und herausforderndes Verhalten als eine Belastung. Ebenfalls das Wandern und Weglaufen stellt eine große Problematik für die Pflegenden dar und wird als die belastetste Verhaltensweise bei Demenz empfunden. Diese wird mit dem Zeitaufwand, der für die Pflegenden entsteht und der Verantwortung durch die Gefährdung der unbemerkt weggelaufenen Menschen mit Demenz, begründet. Neben der körperlichen Aggressivität werden die vokalen Störungen ebenso als eine hohe Belastung von den Pflegenden wahrgenommen (vgl. Bartholomeyczik/Halek 2006, S. 5-40).

Je autonomer Heimbewohnerinnen und -bewohner sind und ihr herausforderndes Verhalten gegen ihr unmittelbares Umfeld richten, desto negativer sind die Wahrnehmung und Erfahrung der Pflegekräfte und schließlich deren Neigung zu helfen. Je mehr abhängiger und selbst gerichtet das herausfordernde Verhalten der Betroffenen ist, desto größer ist die Zuwendung der Pflegenden und stärker die Neigung zu helfen (vgl. Weyerer/Hönig/Schäufele/Zimber 2000, S. 157f.).

Im Erleben kann sich aber auch eine komplett andere Seite zeigen: die Neutralität gegenüber herausforderndem Verhalten. Pflegende reagieren auf herausforderndes Verhalten mit Neutralität gegenüber den Menschen mit Demenz, diese ist geprägt von mehr Distanz und weniger Nähe. Diese Haltung gefährdet einen achtsamen Umgang mit den Betroffenen und stellt eine Interaktionshürde dar, welche hinterfragt gehört (vgl. Höwler 2008, S. 59). Doch zu meist stellt der Umgang mit zu pflegenden Menschen mit demenziellen Veränderungen eine besondere Belastung für die Pflegekräfte dar (vgl. Haberstroh et al. 2011, S. 15).

Herausfordernde Verhaltensweisen können bei den Pflegenden emotionale Stressreaktionen auslösen. Der Stress entsteht durch die Einschätzung der Person von ihrer adaptiven Beziehung

zum Kontext und bezieht sich dabei auf den auslösenden Menschen mit Demenz als auch auf die herausfordernde Situation, mit der umgegangen werden muss (vgl. Höwler 2008, S. 46f.). Der Stress kann als ein Ergebnis dessen gesehen werden, wie eine Person die Bedeutung einer Situation für das Selbst einschätzt (vgl. Benner/Wrubel 1997, S. 85). Herausforderndes Verhalten, das sich in einer Pflegesituation zeigt und vom Pflegenden als bedrohlich bewertet wird, löst bei denjenigen eine Überforderung, Hilflosigkeit, Ärger, Unzufriedenheit, Bedrohung, aber auch mögliche Neutralität aus.

Im Umgang und speziell beim Erleben der Pflegenden bestehen Beeinflussungsfaktoren, diese internalen und institutionelle Faktoren können den Stress im Erleben vermindern oder verstärken. Die internalen Faktoren liegen in der Person begründet und umfassen zu einem eine ausgeglichene Persönlichkeit, die sich durch eine feinfühligke Beobachtung und Wahrnehmung, auch des eigenen Verhaltens, bestimmt. Der eigene Charakter veranlasst herausforderndes Verhalten mit Gelassenheit und Ruhe aushalten zu können. Weiteres zeigt sich an der Lebenserfahrung und der daraus wachsenden Empathie den älteren Betroffenen gegenüber und der Einbringung ähnlicher Wertvorstellungen in problematischen Situationen. Zudem können entsprechende Pflegeerfahrungen helfen auffällige Verhaltensweisen schneller zu deuten. Das Erleben des Phänomens fällt auch leichter, wenn eine demenziell veränderte Person aus dem Familienkreis gepflegt wird. Doch können auch private Belastungen auf das Erleben von herausforderndem Verhalten bei demenziell veränderten Menschen wirken. Pflegende können durch privaten zusätzlichen Stress viel empfindsamer auf forderndes Verhalten reagieren. Eine wesentliche Bedeutung trägt die Einstellung gegenüber der dementen Heimbewohnerinnen und -bewohner. Obwohl nach einem humanistischen Pflegeverständnis alle gleich behandelt werden sollten, zeigen sich, dass bestimmte Sympathien gegenüber vor allem ruhigen und apathischen Menschen mit Demenz gemacht werden und als angenehmer erlebt werden, als den unruhigen und aggressiven Verhalten Zeigenden (vgl. Höwler 2008, S. 47-67). Pflegende fühlen sich von demenziell veränderten Personen, die sich depressiv und apathisch verhalten, weniger gestört und das Verhalten wird eher akzeptiert (vgl. Bartholomeyczik/Halek 2006, S. 42). Der letzte interne Faktor spiegelt die fachliche Kompetenz wieder, um herausfordernde Verhaltensweisen besser deuten zu können und somit auch mehr Verständnis zu zeigen.

Die institutionellen Faktoren entstehen im Umfeld und den institutionellen Rahmenbedingungen im Arbeitsalltag der Pflegenden. In einem Team herrschen viele unterschiedliche Ansichten und Einstellungen gegenüber Ursachen und Auslöser des Phänomens sowie deren Reaktionen. Der mühevoll aufgebaute Pflegeaufwand, wird binnen kürzester Zeit zunichte gemacht, die Mühe der spezifischen Pflege von den Arbeitskolleginnen und -kollegen nicht erkannt, was

auch Konflikte im Team verursachen kann. Pflegende, die mit einer falschen Einstellung und mehr am medizinischen Modell orientierte Pflege leisten, können keinen verantwortungsvollen Umgang mit demenziell veränderten Menschen sichern. Dies führt zu Unruhe und einer schlechten Atmosphäre in der Pflege, was sich wiederum auf die zu pflegenden Menschen und deren Verhalten auswirkt (vgl. Höwler 2008, S. 68ff.). Pflegende, die auf eine geringe Kompetenz zum Umgang mit demenziell veränderten Personen zurückgreifen können, fühlen sich in einer herausfordernden Pflegesituation eher hilflos. Dies löst gegenüber dem dementen Menschen Gefühle von Ärger, Frustrationen und Abwehr aus, welche zu einer weniger empathischen Haltung der Pflegenden führen, welche wiederum das Phänomen verstärken können (vgl. Roth 2007, S. 77ff.).

Weitere Faktoren in den Institutionen, die Einfluss auf das Erleben des Phänomens nehmen, sind der Zeitdruck und der Personalmangel. Eine verständnisorientierte Pflege im Umgang mit demenziell veränderten Menschen verlangt ausreichend Zeit. Die Angst in herausfordernden Situationen Fehler zu machen, wird kaum überwältigt, weil Pflegende wissen, die Fehler hätten aufgrund von besseren Rahmenbedingungen vermieden werden können. Die Pflegearbeit in den Institutionen ist häufig von Hektik und Stress geprägt und da der Tagesablauf nicht immer nach Plan verläuft, auch schon weil das Verhalten von Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen nicht voraussehbar ist, hat dies wieder Auswirkungen auf die Befindlichkeit und das Empfinden von Pflegenden.

Nachfolgend wird auf diese Spannungsfelder in der Beziehung zwischen Pflegenden und Personen mit demenziellen Veränderungen eingegangen. Die Hilflosigkeit der Pflegenden wird häufig im Erleben von herausfordernden Verhaltensweisen von Menschen mit Demenz genannt (vgl. Höwler 2008, S. 47-75). Dabei wird unter Hilflosigkeit ein Zustand des Versagens, der Unfähigkeit eine Situation zu meistern, verstanden. Hilflosigkeit ist oft verbunden mit Angst, Hoffnungslosigkeit oder Machtlosigkeit und tritt dann auf, wenn ein Mensch eine Situation nicht kontrollieren kann (vgl. Zeller-Forster 2001, S. 65f.).

Pflegekräfte können Verhaltensweisen nicht richtig deuten und haben das Gefühl von den Menschen mit Demenz abgelehnt zu werden, es steht ihnen kein Mittel zur Verfügung, um mit der Person mit Demenz eine interaktive Verständigung zu erreichen.

Versuchen die Pflegenden das Verhalten des Menschen mit Demenz zu verstehen und sich deren eigenen Verhaltensweisen anzupassen, kann es zur Überforderung kommen. Zeigen sich Menschen mit Demenz nicht kooperativ und liegt fehlendes Wissen für den Umgang mit herausforderndem Verhalten vor, kann dies zu einer Ohnmacht und Überforderung führen. Dabei ist nicht nur das herausfordernde Verhalten der alleinige Auslöser für die Überforderung,

sondern es kann sich hierbei um eine Zusammenführung von mehreren Faktoren handeln. Pflegende brauchen viel Zeit und Geduld im Umgang mit demenziell beeinträchtigten Menschen, doch die organisatorischen Rahmenbedingungen lassen hierfür kaum Raum (vgl. Höwler 2008, S. 48ff.).

Fühlen sich Pflegende überfordert, ist die Emotion Ärger nicht weit, diese gilt als ein Zeichen dafür, dass Pflegende in ihrer Handlung behindert oder in ihre Persönlichkeit verletzt werden (vgl. Benner/Wrubel 1997, S. 87). Das Gefühl von Ärger wird von den Emotionen Missfallen, Wut, Frustration und Feindseligkeit gegenüber der herausfordernden Person begleitet. Pflegende nehmen herausfordernde Verhaltensweisen als Provokation wahr. Ärger entsteht meist, wenn Pflegende mit dem Verhalten aus Zeitmangel nicht umgehen können und auf keine brauchbaren Lösungsansätze zurückgreifen können. Daraus kann eine eigene Unzufriedenheit resultieren, wenn die optimale Pflege mit dem realen Bild von Pflege nicht übereinstimmt. Die Unzufriedenheit kann aus Zeitdruck, oder aus reduzierter Interaktionsfähigkeit entstehen.

Ebenso stellt herausforderndes Verhalten eine Bedrohung für Pflegende dar, wenn diese Verhaltensweisen nicht verstanden und eingeordnet werden können. Diese ungelösten Verständigungsprobleme verursachen Unsicherheit, welche das Gefühl von Bedrohung widerspiegelt. Der Ausdruck von Gefühlen, Gedanken, Aussagen und Interpretationen erlaubt ein authentisches Bild, wie in der Altenpflege. Pflegende reagieren emotional, wenn sie mit verbalen und physischen Aggressionen, Ablehnung von Pflegemaßnahmen sowie mit verzweifelter Adaptation an eine unverständliche Heimumwelt von Menschen mit demenziellen Veränderungen konfrontiert werden. Die empfundene Hilflosigkeit und Wertlosigkeit üben eine negative Wirkung auf die Pflegenden aus. Aus der Hilflosigkeit resultieren Gefühle von Versagen. Jede Pflegehandlung mit herausforderndem Verhalten wird zu einem unüberwindbaren Hindernis. Jeder Versuch, eine Pflegehandlung ohne Reibungsverlust zu einem positiven Erfolg zu bringen, ist erschwerend und macht auf Dauer erschöpft. Die persönliche Motivation zu helfen, das berufliche Selbstverständnis und das Zutrauen in die eigenen Kompetenzen können angezweifelt werden.

Nach der Gegenüberstellung dieser zwei Welten im Erleben von herausforderndem Verhalten zeigt sich im gezogenen Vergleich auch ein Zusammenhang: der bestehende Bedürfniskonflikt, welcher auf beiden Seiten der Beteiligten wirkt. Es stehen momentanes Verhalten und Wohlbefinden der demenziell veränderten Person und dem Verhalten der betreuenden Pflegenden in einer Wechselbeziehung gegenüber.

Aus dem Erleben von Menschen mit demenziellen Veränderungen ließ sich herauslesen, dass diese sehr empfindsame Menschen sind. Zu dem Verlust der kognitiven Fähigkeiten kommt

eine zusätzliche Last zum Tragen, von vielen Vertrauten getrennt zu sein, wie der Familie, der verlorene, persönliche Besitz sowie die Angst auf unbestimmte Zeit an einem fremden Ort zu verweilen. Herausforderndes Verhalten ist vieles, was sie versucht mitzuteilen, von Empfindungen begleitet, wie Liebe, Stolz, Hass, Angst, Ärger, Enttäuschung oder Trauer. Da auch im Alter ohnehin bereits die eigene Bedürftigkeit eine wesentliche Bedeutung zugesprochen wird, drängen regressive Prozesse, wie Schuld- und Schamgefühle, stärker in das Bewusstsein.

Mit all diesen Erschwernissen trägt die pflegende Person das Bedürfnis, eine optimale Pflege zu leisten und dass die Arbeit vom Pflegebedürftigen anerkannt wird. Dabei wird im Kontakt mit dem Betroffenen oftmals unter Zeitdruck und unbewussten routiniertem Handeln, aufgrund unzureichender interaktiver Fähigkeiten, beschützende Machtmethoden angewendet, um die eigenen Bedürfnisse, wie das Ergebnis einer Pflegemaßnahme innerhalb eines bestimmten Zeitfenster zu erreichen. Unter diesen Voraussetzungen können von den Pflegenden die nonverbalen Signale als Bedürfnis Ausdruck des Betroffenen nicht feinfühlig beobachtet und darauf agiert werden. Eine kognitiv beeinträchtigte Person nimmt Körpersignale verstärkt wahr und reagiert wesentlich empfindsamer auf Unstimmigkeiten zwischen Gesagtem und den begleitenden Signalen. Ein erhobener Zeigefinger, verschränkte Arme, in die Hüfte gestemmte Fäuste können aggressives Verhalten beim Betroffenen auslösen, während auf die Situation eine offene Handfläche oder ein zustimmendes Nicken während des Zuhörens möglicherweise beruhigend wirken. Diese Unstimmigkeiten können ein Bedürfniskonflikt mit ähnlichen Reaktionen auf beiden Seiten der beteiligten Interaktionspartnerinnen und -partner auslösen, versetzt sich die oder der Pflegende nicht in die Situation der demenziell veränderten Person und versucht empathisch einfühlend zu interagieren, spürt diese, dass sie nicht verstanden worden ist und reagiert im weiteren Interaktionsverlauf mit abwehrenden Verhaltensweisen, genau wie der Pflegende selbst.

Aus einer emotionalen Indisposition sei es die Hilflosigkeit oder physisches Unwohlsein, wie aus Stuhl- oder Harndrang heraus, wird das unangepasste Verhalten wie Schreien, unruhiges Auf- und Abgehen, welches die Pflegekräfte immer mehr herausfordert, von dem Betroffenen aufrecht gehalten, was schließlich dazu führt, dass autonom blockierte Bedürfnisse des Betroffenen sowie die Bedürfnisse der Pflegenden unbefriedigt aufrecht erhalten bleiben. Eine Nichtbeachtung beziehungsweise Fehlinterpretation der Bedürfnisse führen zu einem Verhalten des Betroffenen, um auf sich verstärkt aufmerksam zu machen.

Das Bedürfnis der demenziell veränderten Person, sich auf eine bestimmte Weise zu verhalten, wie als eine Ablehnung oder Aggression, steht im Konflikt zu dem Bedürfnis der Pflegenden, dass sich die Person so verhält. Für eine Pflegebeziehung ist die Bedürfniskonfliktsituation der

entscheidende Augenblick der Realität (vgl. Höwler 2008, S. 51-115). Psychische und physische Bedürfnisse beider Interaktionspartner wertschätzend zu würdigen, wobei die Analyse und Annahme der Bedürfnisse von kognitiv beeinträchtigten Menschen bedeutsam ist (vgl. Reddemann 2004, S. 53). Herausfordernde Verhaltensweisen sollen immer aus der Innensichtperspektive der Interaktionspartnerinnen und -partner betrachtet werden, zum einen aus der Sicht der Pflegenden, die ein Verhalten als abweichend oder störend erleben und zum anderen aus der Sicht der demenziell veränderten Person, die dieses Verhalten überlegt und ausführt (vgl. Höwler 2008, S. 78).

Schließlich ist es wichtig, bei allen Herausforderungen, die Verhaltensstörungen mit sich bringen, den Respekt vor den Betroffenen zu bewahren. Für jedes Verhalten gibt es einen Grund, der für den betroffenen Menschen immer einen Sinn ergibt (vgl. Haberstroh et al. 2011, S. 81f.). Dazu ist die interaktive Ebene entscheidend, auf welche explizit im nächsten Kapitel eingegangen wird. Solch Strategien können zu einer positiven Neubewertung der herausfordernden Pflegesituation führen, weil Prioritäten der Pflegehandlung neu geordnet, beunruhigende Vorstellungen kontrolliert, emotionaler Stress durch kognitiv gesteuerte Maßnahmen gedämpft und sozialer Rückhalt durch das Pflegeteam angestrebt werden (vgl. Höwler 2008, S. 79).

7. Demenzsensibler Umgang in der Pflege und Betreuung

Das Pflegeziel für demenziell veränderte Menschen mit herausfordernden Verhaltensweisen ist die Verbesserung und der Erhalt des Wohlbefindens. Das Ziel ist damit das Gleiche, wie für alle pflegebedürftigen Menschen. Das Wohlbefinden ist der entscheidende Ausdruck der subjektiv empfundenen Lebensqualität (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2006, S. 29). Dabei ist eine wichtige Grundlage jeglicher Unterstützungsangebote von Menschen mit Demenz der richtige Umgang. Dafür gibt es kein einheitlich bestehendes Patentrezept, da jeder Mensch anders ist und individuell behandelt werden muss. Allerdings existieren einige Grundprinzipien für einen adäquaten Umgang, die in diesem Kapitel aufgezeigt werden (vgl. Radenbach 2014, S. 27). Angemessene Umgangsstrategien können sowohl die Lebensqualität der Betroffenen als auch die der Pflegenden fördern, indem Konflikte und psychischer Stress reduziert werden, was sich wiederum positiv auf den Verlauf einer Demenz auswirkt (vgl. Stechl et al. 2012, S. 125). Die sozialwissenschaftlichen Verständigungszugänge bilden die Grundlage für das weitere demenzsensible Vorgehen. Menschen mit Demenz weisen eine erhöhte Verletzlichkeit in der Beziehung zu anderen Menschen auf, weswegen jede erlebte Form von Fremdbestimmung als

Eindringen in die eigene Person empfunden wird. Die Demenz fordert eine zunehmende Abhängigkeit und Unterstützung von anderen Menschen. Die Fähigkeit diese Abhängigkeit bewusst anzunehmen, ist das Resultat eines anspruchsvollen Anpassungsprozesses (vgl. Kruse 2012, S. 41). Dabei ist zu Beginn unabdingbar, herauszufinden, wie der jeweilige Mensch früher gelebt hat, welches Selbstwertgefühl, welche Selbsteinschätzung und Lebenserfahrungen prägend waren (vgl. Hedtke-Becker 2001, S. 71). Um den Herausforderungen in der Pflege und Betreuung im Sinne des Menschen zu meistern, gibt es einige Grundsätze, die für einen verständnisvollen Umgang mit verwirrten, dementen Menschen die Basis bilden, auf die nun näher eingegangen werden soll (vgl. Bruder 1996, S. 17-24).

7.1 Anforderungen an die Pflegekräfte

Pflegende möchten Verhaltensprobleme minimieren und mit diesem Verhalten angemessen umgehen. Solche Strategien können zur einer positiven Neubewertung der herausfordernden Pflegesituation führen, weil Prioritäten der Pflegehandlung neu geordnet, beunruhigende Vorstellungen kontrolliert, emotionaler Stress durch kognitiv gesteuerte Maßnahmen gedämpft und sozialer Rückhalt durch die Pflegekräfte angestrebt wird (vgl. Höwler 2008, S. 79).

7.1.1 Normalisierungsprinzip als Leitgedanke

Für den Umgang mit demenziell veränderten Menschen soll der Ansatz des Normalisierungsprinzips, dessen Ursprung in der reflektierten Entwicklung der Behindertenhilfe liegt, seine Anwendung finden. Die Normalisierung steht als Leitgedanke für soziale, pflegerische und pädagogische Handlungen, welche den Menschen mit geistigen, seelischen oder körperlichen Beeinträchtigungen die Möglichkeit ein Leben, das dem nicht eingeschränkten Mitmenschen entspricht, zu führen (vgl. Dürrmann 2005, S. 96). Diese Auslegung des Normalisierungsprinzips braucht für die Versorgung und Pflege von Menschen mit demenzieller Beeinträchtigung eine nähere Präzisierung, da bei dieser Art der Abhängigkeit eine andere Person dafür eintreten muss, dass ein normales Leben geführt werden kann. Auch wenn die Normalisierung der Lebenswelt eine Aufwertung der Rolle der Person mit demenzieller Beeinträchtigung bedeutet, muss zugleich die Abhängigkeit und Hilfsbedürftigkeit der Betroffenen berücksichtigt sowie der Selbstbestimmung ein hoher Stellenwert eingeräumt werden (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2006, S. 40).

Somit bezieht sich die Normalisierung auf ein normales Leben mit der Einschränkung, die durch die Demenz hervorgerufen wird, wobei die Lebensqualität, die eines nicht beeinträchtigten Menschen entsprechen soll. Doch kann die Komplexität und Geschwindigkeit unseres

„normalen“ Lebensalltags für Menschen mit Demenz im fortgeschrittenen Stadium eine Reizüberflutung bedeuten, die sie in ihrer Kompetenz überfordern. Folglich kann genau das Gegenteil dessen, was mit dem Normalisierungsprinzip erreicht werden soll, eintreten (vgl. Dürrmann 2005, S. 97). Jedoch entspräche dies nicht der Intention des Prinzips der Normalisierung, sondern vielmehr soll die Lebensqualität eines normalen Alltags empfunden werden können, auch wenn dies nicht mehr selbstständig gelingt. Demnach bedeutet Normalisierung die Abwendung von der Betrachtung des Pflegebedürftigen als ein Objekt der Versorgung und Fürsorge. Dazu steht das Normalisierungsprinzip in einem gesellschaftlichen Spannungsfeld. Normalisierung in den stationären Institutionen erfährt dort Grenzen, wo die gesellschaftlichen Normen der Institution ihre Grenzen setzen. Somit geht die Normalisierung in seiner Entwicklung über den Rahmen der Institutionen hinaus. Die Normalisierung entwickelt sich innerhalb der institutionellen Vorgaben, der betrieblichen Möglichkeiten, der beruflichen Erfordernissen, der gesellschaftlichen Anforderungen, den individuellen Bedürfnissen der Heimbewohnerinnen und -bewohnern sowie Pflegekräfte in den stationären Einrichtungen. Dabei ist die stetige Aufgabe einerseits die Möglichkeiten auszuschöpfen und andererseits die bestehenden Grenzen zu erkennen (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2006, S. 40f.). In der logischen Konsequenz stellt das Normalisierungsprinzip die stationären Einrichtungen in Frage, weil die Zielorientierung an der (Wieder-)Herstellung von Alltagsnormalität unter Aufhebung tradierter Heimstrukturen und Haltungen handelt.

Überdies hinaus geht es nicht um unsere subjektive Definition von Normalität, unsere eigenen Wertvorstellungen von dem was eine Normalität sei, sondern um die Erlebenswelt und Sichtweise der demenziell veränderten Menschen. Hierzu liegen die Kompetenzen und Vorgaben zur Gestaltung des Alltags, dessen Antworten in der Biografie gestützte Einbindung und somit des Menschen zu finden. Demnach hat die Normalisierung für demenziell beeinträchtigten Menschen die Autonomie, Selbstbestimmung und das Gefühl von Person-Sein zum Ziel. Dies soll die Stärkung des Vertrauens in die eigenen Fähigkeiten der Betroffenen fördern und eröffnet somit die Mitsprache bei Wahlmöglichkeiten sowie Entscheidungsprozessen. Hierzu dient als Kernelement der Beziehungsprozess zwischen den Menschen mit Demenz und den Pflegenden, die als Basis eine partnerschaftliche Kommunikationsform voraussetzt (vgl. Dürrmann 2005, S. 96ff.).

7.1.2 Demenzsensible Beziehungsgestaltung

Je mehr ein Mensch im demenziellen Prozess die Beziehung zu sich selbst als Individuum in einer für ihn fremd gewordene Realität verliert, desto mehr ist dieser auf die Sicherheit, welche ein emphatisch begegnender Pflegenden vermittelt, angewiesen (vgl. Schwerdt 2002, S. 214).

Die Empathie bietet allgemein die Möglichkeit eine Beziehung der Nähe und Verbundenheit zu den Heimbewohnerinnen und -bewohnern entstehen zu lassen und diese nicht als Objekte der Pflege, sondern als menschliche Subjekte wahrzunehmen und somit insgesamt die Qualität der Pflege und Betreuung zu fördern (vgl. Weishaupt 2006, S. 95ff.). Durch das Einfühlen in die Erlebens- und Erfahrungswelt des anderen entsteht die Möglichkeit, das Verhalten dieser Person zu deuten, um wiederum angemessen darauf reagieren zu können. Ebenso konnte eine mögliche Reduzierung von herausfordernden Verhaltensweisen seitens der demenziell veränderten Menschen durch die empathische pflegerische Vorgehensweise vermerkt werden (vgl. Lind 2000, S. 84). Außerdem können Pflegende auf Erfahrungen in ihrer bisherigen Lebenswelt, die Ähnlichkeiten mit dem Empfinden, die ein Mensch im demenziellen Prozess erlebt, wie Einsamkeit, Gefühle der Machtlosigkeit, des Verletzt und Verlassen Seins sowie der Ausgrenzung zurückgreifen (vgl. Kitwood 2000, S. 185).

Um das Ziel der Pflege, die Förderung des Wohlbefindens im Sinne subjektiv empfundener Lebensqualität, zu erreichen, sind der Beziehungsprozess zwischen Pflegekräfte und Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen und die Art des pflegerischen Handelns von zentraler Bedeutung (vgl. Jenni 2010, S. 115). Somit kann die professionelle Beziehungsarbeit als eines der wichtigsten Arbeitsinstrumente bei der Bewältigung des Alltags und beim Streben nach Wohlbefinden in der Betreuung und Pflege gesehen werden. Der Aufbau von Lebensqualität und Wohlbefinden ist nur in einer einführenden und akzeptierenden Beziehung möglich. Die Bedeutung der Beziehungen im Pflegealltag liegt darin begründet, da sie helfen Bedürfnisse, Affekte, Auffassungen, Bedeutungen und situative Möglichkeiten zu erkennen und auch zu nutzen. Dabei benötigt der Beziehungsprozess eine unaufdringliche Präsenz, um Bindungsimpulse aufzunehmen, eine zulassende Haltung, um das Ausleben von Situationen zu ermöglichen und eine Sorgehaltung für die Möglichkeiten sowie Grenzen. Weiteres erfordern solche Beziehungen Neugier, Interesse, Beachtung und die Reflexion. Dabei dient als Arbeitsmittel die eigene Person zur Entstehung einer vertrauensvollen, verlässlichen und akzeptierenden Beziehung.

Hierzu nehmen die Bedürfnisse von demenziell veränderten Menschen eine besondere Wirksamkeit im Umgang mit herausforderndem Verhalten ein. Menschen mit demenzieller Beeinträchtigung benötigen in der stationären Versorgung eine Stabilisierung ihrer Ich-Identität, um nicht verloren zu gehen. Generell kann dies durch eine anerkennende Beziehungsgestaltung zu jeder oder jedem einzelnen demenziell veränderten Heimbewohnerin oder -bewohner und innerhalb der sozialen Gruppe erreicht werden. Die anerkennende Beziehungsarbeit orientiert sich an die zuvor erwähnten Bedürfnisse nach Kitwood: Trost, Identität, Beschäftigung, Einbeziehung und Bindung (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2006, S. 29-33).

„Würde ist kein Zustand, sondern eine soziale Beziehung, die nicht das leiseste Schwanken im Gleichgewicht zwischen Selbstachtung und der durch die anderen erfahrenen Bestätigung zulässt“ (Le Breton 2003, S. 37).

Dieses Gefühl von Bestätigung zählt für den Menschen zu seinen Grundbedürfnissen (vgl. Radenbach 2014, S. 11). Bei der Pflege und Betreuung von demenziell veränderten Menschen sollte stets im Auge behalten werden, dass sie dieselben Bedürfnisse wie gesunde Menschen haben. Viele Menschen mit Demenz suchen Zuwendung und Geborgenheit in Beziehungen zu anderen Menschen. Diese Beziehungen ermöglichen das Gefühl von Sicherheit, die sie bisher im vertrauten Lebensumfeld und der inneren Identität erfahren haben. Im Vordergrund stehen nicht mehr physiologische Bedürfnisse, sondern soziale Bindung, Geborgenheit, Zuwendung und Sicherheit. Auch wenn demenziell veränderte Menschen nicht mehr über die Sprache erreichbar sind, bleiben sie über ihr Gefühlsleben, Sinnes- und Körpererfahrungen lange erreichbar (vgl. Dieckämper 2013, S. 97).

Die Sichtweise der Pflegekräfte im Umgang mit den zu pflegenden Menschen ist gleich bedeutsam wie die Fähigkeit eine professionelle, kooperative Beziehung zu entwickeln. Falls diese positive Pflegebeziehung nicht zu Stande kommt, fühlen sich Pflegekräfte im Umgang mit herausfordernden Pflegesituationen überfordert (vgl. Hallberg/Norberg 1995, S. 757). Ein wesentlicher Eckpunkt für die professionelle Beziehungsgestaltung bei herausfordernden Verhalten bildet die Vermeidung der Zuschreibungen von Absichten und der bewusste Umgang mit selbst erfahrenen Kränkungen. Für einen gelingenden Beziehungsprozess ist die Reflexionskultur in den stationären Einrichtungen von Bedeutung, um Missbrauch, Übertragungen und mangelnden Grenzziehungen entgegenzuwirken. Professionelle Beziehungen erfordern eine bewusste Distanzierung sowie Reflexion, um im professionellen Rahmen emotionale Nähe herzustellen. Lediglich durch eine reflektierende Distanz kann eine hilfreiche Nähe wachsen, welche nicht in unerfüllbaren Beziehungsangeboten verstrickt und durch Akzeptanzbedürfnisse missbraucht wird. Dazu stellt die Reflexion eine wichtige Schutzfunktionen für die Pflegenden als auch für die demenziell veränderten Heimbewohnerinnen und -bewohner dar (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2006, S. 34). Die Qualität der professionellen Pflegebeziehung, die zwischen demenziell veränderten Menschen und den Pflegenden besteht, ist sehr bedeutsam und hat einen Einfluss auf die Stärkung des Person-Seins (vgl. Kitwood 2000, S. 171). Dabei setzt die demenzsensible Beziehungsgestaltung als Basis eine partnerschaftliche Kommunikationsform als Basis voraus (vgl. Dürrmann 2005, S. 96ff.).

7.1.3 Begegnung durch Kommunikation

Die Kommunikation ist eine Form der Interaktion, welche verbal sowie nonverbal zwischen zwei oder mehreren Menschen stattfindet. Die Voraussetzung dabei ist nur, dass die Informationen gehört und verstanden werden. Hier gilt als Grundlage in der Kommunikation die besondere Rücksicht auf deren Verständnis.

Im Fortschritt der Demenz kann sich die Sprache und der Ausdruck der dementen Menschen verschlechtern, das bedeutet jedoch nicht, dass diese Personen nicht mehr kommunizieren wollen. Die Kommunikation findet auf einer anderen Ebene statt (vgl. Kuhn/Verity 2012, S. 59f.). Den nonverbalen Botschaften der dementen Menschen, die sich durch die Gestik, Mimik und vor allem in den Handlungen mitteilen, werden eine wesentliche Rolle zugeschrieben (vgl. Kastner/Löbach 2018, S. 93). Bei der Kommunikation gilt es sich nicht auf das Unverständliche des Gesagten zu konzentrieren, da diese als Defizite negative Gefühle wie Verunsicherung und Ärger hervorrufen können (vgl. Seidl/Walter/Rüsing 2010, S. 160). Menschen mit Demenz, die stetig in der Kommunikation überfordert und nur mit ihren Schwächen konfrontiert werden, gleiten nach und nach in eine Isolation der Außenwelt ab. Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen können nichts an ihren Kommunikationsschwächen ändern, aber die Pflegenden in der Umgebung können ihr eigenes Verhalten so anpassen, dass es den Betroffenen hilft (vgl. Haberstroh et al. 2011, S. 37f.). Der Fokus liegt auf dem Verstandenen, darauf aufzubauen und den weiteren Ablauf des Gespräches danach zu gestalten, um so die vorhandenen Fähigkeiten möglichst lange zu erhalten (vgl. Seidl et al. 2010, S. 160).

Der erste wichtige Faktor in der Kommunikation ist den Kontakt zur Gesprächspartnerin oder zum Gesprächspartner herzustellen. Beim Sprechen als auch beim Zuhören sollte der Pflegende sich auf Augenhöhe begeben und Blickkontakt suchen. Der demenziell veränderte Mensch sollte von den Pflegekräfte mit dem Namen angesprochen und mit einer freudigen Stimme begrüßt werden. Auch wenn der Betroffene die Pflegeperson nicht erkennt, sorgen diese für angenehme Rahmenbedingungen. Neben der geeigneten Wortwahl spielt das Sprechtempo auch eine wesentliche Rolle in der Kommunikation mit Menschen mit Demenz. Der Grund liegt an der verlangsamten Verarbeitung der gehörten Informationen. Daher sollten die Sätze so kurz wie möglich gehalten und das Tempo entsprechend langsam gewählt werden. Weiteres ist ebenso von großer Bedeutung, wie eine Frage formuliert und gestellt wird. Wird sie als Bitte ausgesprochen, ist die Wahrscheinlichkeit höher, eine Absage als Antwort zu erhalten, als wenn eine Einladung geäußert wird. Eine Einladung geht mit dem Gefühl einher, jemand Besonderes zu sein. Um ein Gespräch aufrechtzuerhalten ist es auch wichtig als Pflegender positive Worte im Umgang zu benutzen. Um das Gefühl des Zuhörens zu vermitteln können Worte, wie

verstehe, den Eindruck von Interesse geben. Ein wichtiger Bestandteil der nonverbalen Kommunikation ist es auf die Körpersprache des Gegenübers zu achten, welche bei Menschen mit Demenz aussagekräftiger ist als die verbale Kommunikation. Damit die Pflegekraft Schlüsse über das Befinden eines dementen Menschen treffen kann, ist die Beobachtung eine wesentliche Komponente. Die Handlungen der Betroffenen müssen interpretiert werden (vgl. Kuhn/Verity 2012, S. 61-65).

Im späten Stadium der Demenz können Worte oft nur noch verstanden werden, wenn sie in einem liebevollen Tonfall vermittelt werden. Demenziell beeinträchtigte Menschen haben ein sehr feines Gespür für die Beziehungsebene, für das, was zwischen den Zeilen steht. Ein Mensch mit demenzieller Beeinträchtigung lässt sich kaum von Worten täuschen, er ist darauf angewiesen, zwischen den Zeilen zu lesen und versteht somit auch unterschwellige Stimmungen und Verstimmungen. In dieser Beziehung sind Menschen mit Demenz den gesunden Menschen durchaus überlegen. Diese kommunikative Stärke können gezielt genutzt werden, um den Verlauf der Demenz auftretenden Schwächen zu umgehen. Rückzug sowie Misserfolgserlebnisse können so vermieden und Erfolgserlebnisse geschaffen werden, die zum Mut der Aufrechterhaltung der Kommunikation mit dementen Menschen verhelfen (vgl. Haberstroh et al. 2011, S. 34).

Über die Kommunikation können die Pflegenden einen Zugang zur inneren Welt des Menschen mit Demenz und deren Erfahrungen gewinnen (vgl. Seidl et al. 2010, S. 152). Die Aufgabe der Pflegenden liegt darin, die von den Betroffenen nonverbalen, sprich durch das Verhalten, kommunizierte Inhalte zu erkennen und zu deuten. Von Bedeutung ist dabei die Berücksichtigung deren aktueller Situation, Persönlichkeit und Lebensgeschichte beziehungsweise auch zueinander in Beziehung zu setzen (vgl. Kastner/Löbach 2018, S. 93).

7.1.4 Wahrung der Lebensgeschichten

Im Umgang mit demenziell beeinträchtigten Menschen sind zwei wesentliche Aspekte zu beachten: erinnern belebt und vergessen erleichtert. Die Erinnerungen sind besonders für demenziell beeinträchtigte Menschen wertvoller Gesprächsstoff, Kontaktaufnahme und Ausgangspunkt für Aktivitäten. Es bietet die Chance trotz kognitiver Beeinträchtigung seines Lebens zu vergewissern und wertschätzen zu können. Doch gibt es auf der anderen Seite auch das Recht auf Vergessen. Im Umgang mit demenziell beeinträchtigten Menschen erweist sich die eigene Lebensgeschichte als ein Schlüssel zu deren Verständnis und Verhalten. Doch in der Praxis lässt sich feststellen, dass es Menschen gibt, die sich bewusst an bestimmte Lebensereignisse oder -abschnitte nicht erinnern wollen. Wir machen Fehler, die sich nicht wieder gut machen lassen, Lebensgeschichten können in Brüchen verlaufen. So soll nicht die lückenlose

Aufdeckung der Lebensgeschichte im Vordergrund stehen, sondern zu wissen, was die Wünsche, Hoffnungen oder Ziele der Betroffenen waren oder zumindest diese erahnen zu können. Es spielt für die wertschätzende Begegnung eine größere Rolle, zu wissen, dass mein gegenüber Blumen oder Tiere immer schon besonders gern hatte, als in allen Details über die möglichen komplizierten Strukturen seiner Familiengeschichte zu erforschen. Im Vordergrund soll nicht stehen, eine Komplettbiographie zu erstellen, und schon gar nicht, um die ungeschützte Weitergabe der einer bestimmten Person anvertrauten Geschichten und Informationen, die auf der Basis einer vertrauten Beziehung erzählt wurden. Für das Team von Pflegenden ist es sehr hilfreich, Grunddaten zu Verfügung zu haben, aber nur um daraus ein Grundverständnis und eine Grundhaltung zum gepflegten Menschen zu entwickeln, um so der Individualität gerecht zu werden. Ebenso gilt auch hier zu wahren, dass die biographische Arbeit nicht nur zur bloßen Datenermittlung wird.

Um solche Lebensgeschichten zu erfahren, gilt es viele Anregungen zum Sich-erinnern im direkten Umfeld zu schaffen, beispielsweise durch den Tagesablauf, dem Einbauen von Jahreszeiten im Alltagsgeschehen oder durch die Einrichtung der Räumlichkeiten. Hierzu ist auch von Bedeutung, dass sich die Betreuungspersonen sich regelmäßig austauschen können, was sie mit den demenziell veränderten Heimbewohnerinnen und -bewohnern erleben - sei es in reflexiven Dienstbesprechungen oder einer Supervision, auf die später noch eingegangen wird (vgl. Hedtke-Becker 2001, S. 64-68).

7.1.5 Ressourcenorientierung

Zur Lebensbewältigung in Gesundheit und in Krankheit sind die Ressourcen von Menschen eine wichtige Quelle. Diese sind individuell verschieden, je nach körperlicher und psychischer Konstitution, sozialem Umfeld, Qualifikation und finanzielle Situation. In der Versorgung, Betreuung als auch Behandlung von pflegebedürftigen Menschen, werden deren Ressourcen als wichtiges Potential zur Förderung des Wohlbefindens begriffen. Die daraus entstehende Hinwendung zu den noch bestehenden Fähigkeiten, zeigt sich in einer Neudefinition in einer ganzheitlichen Perspektive auf den hilfsbedürftigen Menschen. Die Ressourcenorientierung trägt seine Bedeutung gerade dort, wo keine Heilung möglich ist. Da die Demenz bis heute nicht geheilt werden kann, konzentrieren sich alle Bemühungen darauf, den Verlauf positiv zu beeinflussen und die mit einer Demenz einhergehenden zusätzlichen psychischen, physischen und sozialen Belastungen möglichst zu begrenzen und das Selbstwertgefühl sowie die Lebensqualität der Betroffenen zu steigern (vgl. Robert Bosch Stiftung 2007, S. 9f.).

Auf den Einbezug der Förderung des emotionalen Erlebens wird der Ressourcenbereich, der bei Menschen mit Demenz nicht im gleichen Maß wie andere Bereiche beeinträchtigt wird,

aufgegriffen. Während andere Ressourcen, wie zum Beispiel verbal-kommunikative oder kognitive Fähigkeiten, im Verlauf der Demenz zunehmend verloren gehen, bleiben auch im fortgeschrittenen Stadium die Fähigkeit zum Erleben von Emotionen. Diese Ressource gilt es zu nutzen und zu fördern. Eine weitere Ressource zeigt sich, dass Menschen mit Demenz nicht nur Emotionen erleben, sondern auf Situationen mit unterschiedlichem emotionalen Anregungsgehalt emotional differenziert antworten können. Pflegende, welche diese Fähigkeiten erkennen und nutzen, können selbst als Ressource von Menschen mit Demenz angesehen werden. Jedoch gilt dies nur, wenn die pflegende Bezugsperson diese Emotionsäußerungen in ihrer Unterschiedlichkeit wahrnehmen und verlässlich interpretieren können. Dadurch wird wieder ein Perspektivenwechsel von Seiten der Pflegenden erwartet, die den Blick gezielt auf die Fähigkeiten der betroffenen Personen wenden müssen, wie Alltagssituationen emotional erlebt werden. Weiteres aber auch, wie diese positiven als auch negativen Gefühle ausgedrückt werden, um das emotionale Wohlbefinden für demenziell beeinträchtigte Menschen zu fördern. Pflegende können mit einem erweiterten Blick auf Menschen mit Demenz einen Beitrag zu einem umfassenden und ressourcenorientierten Bild der Demenz leisten (vgl. Berendonk/Stanek 2010, S. 159-174).

Auch wenn die meisten Pflegekräfte in der Pflege von demenziell beeinträchtigten Menschen davon überzeugt zu sein scheinen, alles über die richtige Pflege und Betreuung sowie Schritte bezüglich Demenz zu kennen, können sich in der tatsächlichen Ausübungen Abweichungen zeigen. In der Hektik können schnell falsche Entscheidungen und Maßnahmen getroffen werden, auch um sich die tatsächliche Arbeit zu erleichtern, da die Arbeit mit Menschen mit Demenz sehr viel Zeit und Geduld in Anspruch nimmt. Geraldine Hancock mit ihrem Team veröffentlichte eine Studie, dessen Ziel es war, die ungedeckten Bedürfnisse von Menschen mit Demenz in der Pflege zu identifizieren. Die Ergebnisse daraus zeigten deutlich, dass ein hoher Prozentsatz der Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeeinrichtungen nicht die richtige Art von Unterstützung erhielt, um die vorhandenen Bedürfnisse von den demenziell veränderten Menschen zufrieden zu stellen. Außerdem wurden zwischen den unbefriedigten Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner und den teilweise fordernden Verhaltensweisen eine Verbindung hergestellt. Die am häufigsten analysierten unerfüllten Bedürfnisse in der Studie waren psychische Belastungen, wie fehlende Tagesaktivitäten. Die Grundbedürfnisse nach Nahrung und Unterkunft werden zum größten Teil erfüllt. Auf die individuellen Bedürfnisse kann häufig nicht eingegangen werden, hier spielt der Faktor Zeit eine erhebliche Rolle. Weiteres zeigte sich, dass Aus- und Weiterbildungen für die Pflegekräfte bedingt notwendig sind, da nicht alle

in der Pflege und Betreuung Ausübenden Professionen in Alten- und Pflegeheimen mitbringen (vgl. Hancock et al. 2006, S. 43-47).

Zusammenfassend gilt es nicht gegen die Defizite und Inflexibilität anzukämpfen, sondern zu versuchen, diese zu akzeptieren. Die Aufmerksamkeit soll auf den Kompetenzen anstatt auf den Defiziten gerichtet sein. Die wiederholten Fragen und Handlungen als Symptome der Demenz verstehen und schließlich die Selbstständigkeit und Autonomie fördern. Allerdings können all diese genannten Handlungsprinzipien für einen demenzsensiblen Umgang mit demenziell veränderten Menschen in stationären Einrichtungen verworfen werden, wenn sich die Grundeinstellung der Pflegenden dem nicht anpassen (vgl. Stechl et al. 2012, S. 125).

„Menschen mit Demenz in ihrem individuellen Person-Sein anzusprechen und sie mit ihren Ressourcen wahrzunehmen, ermöglicht die Gestaltung individuell bedeutsamer Alltagssituationen, die das emotionale Wohlbefinden steigern und damit einen wesentlichen Beitrag zur Lebensqualität leisten“ (Berendonk/Stanek 2010, S. 174). Dabei nehmen nicht nur die Pflegenden Einfluss im Umgang mit demenziell beeinträchtigten Heimbewohnerinnen und -bewohner.

7.2 Anforderungen an das Management

Das Wissen und Handeln der Leitungen ist eine ebenso wesentliche Voraussetzung für die gelingende Entwicklungen im Lebens- und Pflegebereich für Menschen mit Demenz. Diese entsprechende Verantwortung ist nicht übertragbar, ein Ansatz von unten nach oben, zum Beispiel durch die Pflegekräfte, scheitert. Selbst bestens qualifizierte Pflegekräfte können die Rahmenempfehlungen ohne Unterstützung durch die Leitung nicht angemessen umsetzen (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2006, S. 50f.). „Basis für die Entwicklung demenzgerechter Versorgungsformen ist das Verständnis, die Institution [...] als Organisation, als ein komplexes System, bestehend aus unterschiedlichsten Lebens- und Arbeitsbereichen mit ihren vielfältigen Beziehungen aller Beschäftigten und Bewohnerinnen und Bewohner zu- und miteinander zu begreifen“ (Bundesministerium für Gesundheit 2006, S. 51).

Dabei stellt die Demenz für die absehbare Zukunft eine zentrale pflegerische Herausforderung dar: auf fachlicher, personeller und organisatorischer Ebene. Der Blick auf die Demenz ergibt neue Themen der Organisations- und Personalentwicklung. Aus den einzelnen Bereichen soll eine gemeinsame Identität wachsen und gelebt werden (vgl. Bischof 2006, S. 108ff.).

Die Leitungskräfte und Träger sind im Rahmen ihres gesetzlichen Sicherstellungsauftrages maßgeblich dafür verantwortlich, die erforderlichen Rahmenbindungen als Grundlage für eine angemessene Versorgung und Pflege von Menschen mit demenzieller Beeinträchtigung in ihrer Einrichtung zu gewähren. Dabei hängt die Qualität der Leistungen in stationären Einrichtungen

zur Pflege und Betreuung von der Kompetenz der Leitungskräfte ab. Die daraus entstehenden Anforderungen an das Management stationärer Pflegeeinrichtungen sind vielfältig und setzen umfassendes Fachwissen sowie Kompetenzen zur Pflege, Berufsethik sowie auch in der Betriebs-, Finanz- und Personalwirtschaft voraus (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2006, S. 50).

7.2.1 Sozialmanagement

Das Sozialmanagement umfasst alle Tätigkeiten und Handlungsfelder, welche die Organisation, Strukturen, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Altenhilfeeinrichtungen zum Ziel haben, zusammen. Dazu gehören Organisationsentwicklung, Qualitätssicherung, Koordination und Vernetzung von Trägern und Hilfsangeboten, Praxisbegleitung, Leitungsaufgaben sowie die zuvor erwähnten Fort- und Weiterbildungen.

Das Sozialmanagement vertritt die Auffassung, dass menschliches Verhalten nicht nur durch intrapersonale Faktoren und Eigenschaften erklärt und verändert werden kann, sondern vielmehr müssen auch ökologische, systemische, institutionelle, organisatorische und soziokulturelle Rahmenbedingungen berücksichtigt werden (vgl. Steurethaler 2013, S. 107f.). Eine lernende Organisation ist die besondere Herausforderung für pädagogisches Denken und Handeln. Es reicht nicht nur, wenn der Mensch lernt und die Organisation, in der er arbeitet, nicht mitlernt (vgl. Klingenberg 1996, S. 151).

Träger und Verantwortliche stehen vor der großen Herausforderung, die traditionellen Versorgungsstrukturen auf die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz anzupassen (vgl. Bischof 2006, S. 321). Doch haben auch Pflegenden ein Bedürfnis nach Sicherheit, einen Rahmen, der ihnen erlaubt kreativ, empathisch und präsent sein zu können. Fehlt dieser Sicherheitsrahmen, so reagieren sie mit routiniertem und unreflektiertem Handeln. Doch verspüren die Pflegenden eine vereinbarte Arbeitsweise, die auch von der Leitungsebene gelebt wird, welche durch die Gefühle von Zusammengehörigkeit und Nähe geprägt ist, können diese Attributionen an das gesamte Team sowie die Heimbewohnerinnen und -bewohner weitergegeben werden (vgl. Höwler 2008, S. 41).

In den Altenpflegeeinrichtungen muss das Sozialmanagement um den Bereich der Betreuung von dementen Menschen erweitert werden, denn es braucht besondere Strukturen und Organisationsvoraussetzungen. Im Ganzen müsste das System sich den neuen Anforderungen durch die Zukunft, den ansteigenden Pflegefällen mit ihren Bedürfnissen öffnen und für inhaltliche, organisatorische und strukturelle Veränderungen Sorge tragen (vgl. Steurethaler 2013, S. 108).

7.2.2 Qualitätssicherung und Evaluation

Im Allgemeinen wird die Qualitätssicherung als ein Weg gesehen, die Bedürfnisse und Interessen von den Klientinnen und Klienten zu schützen und die grundlegenden Pflegestandards zu erfüllen. Doch der gesamte Prozess hat auch die Funktion, den Pflegekräften ein Feedback zu geben, um sie in ihrer Arbeit zu bestärken. Dabei steckt eine weitaus größere Herausforderung dahinter, sich der Realität zu stellen und zu begutachten, was mit den Klientinnen und Klienten im Pflegeprozess tatsächlich geschieht (vgl. Kitwood 2008, S. 163). Aufgrund der hohen Anforderungen und Messinstrumente soll in der Praxis geachtet werden, dass zentrale Bereiche der Lebensqualität nicht vergessen werden. Die Qualitätsstandards sollen Menschen mit Demenz ein möglichst hohes Maß an Lebensqualität sichern (vgl. Leser 2010, S. 199-203). Die Betreuungsangebote für demente Menschen werden mit dem Ziel entwickelt, die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern. Zuvor schon ein Einblick in das weite Thema der Lebensqualität verschafft, mit dem Resultat, dass es trotz Forschungen noch nicht gelungen ist, die Lebensqualität von Menschen mit Demenz eindeutig zu definieren. Der Fortschritt der Demenz erschwert die Erfassung der Lebensqualität. Für demente Menschen, die selbst keine sprachliche Auskunft mehr geben können, stützt sich diese Beurteilung auf die Auskünfte der pflegenden und betreuenden Personen. Diese können Auskunft über die Qualität der täglichen Aktivitäten, den Zeitvertreib, soziale Interaktion und Emotionen, abgeleitet aus den Beobachtungen des Verhaltens und der Stimmung des dementen Menschen, geben (vgl. Steurethaler 2013, S. 108f.).

In dieser Komplexität steht auch die Zufriedenheit des Personals: wer die Lebensqualität von Menschen mit Demenz fördern will, muss auch die Qualität der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie deren Arbeitsbedingungen verbessern. Nicht zuletzt ist dies auch eine Kostenfrage, denn wer die Lebensqualität von dementen Heimbewohnerinnen und -bewohner steigern will, braucht genügend Personal, das über die nötigen Qualifikationen verfügen soll. Das alles hat seinen Preis, der zu tragen gilt (vgl. Leser 2010, S. 202).

7.2.3 Fort- und Weiterbildungen

In der stationären Altenhilfe gibt es in jedem Pflgeteam ein reiches Spektrum an Fähigkeiten und Interessen, die in die Arbeit einbezogen werden könnten, doch werden die Pflegekräfte einfach nur benutzt beziehungsweise wird die Pflege auf eine zu enge Weise definiert, bleiben diese weitgehend verborgen. Die Einrichtungen sollten dem Personal die Möglichkeit zur Fort- und Weiterbildung eröffnen (vgl. Kitwood 2008, S. 162).

Ergebnisse aus einer Arbeitsgruppe an der Universität Bangor in Wales zeigten, dass erst im Zusammenhang von Fortbildung, kontinuierlicher Mitarbeiterinnen- und Mitarbeiterbegleitung sowie Teamentwicklung und den damit verbundenen Praktiken der Pflege eine messbare Verbesserung im Wohlbefinden von Menschen mit Demenz festgestellt werden konnte (vgl. Lintern/Woods/Phair 2000, S. 15ff.).

Die Mitarbeiterorientierung sollte als eine Grundhaltung der Einrichtungen verstanden werden, die die Selbstverwirklichung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter besonders achtet und sich der Zufriedenheit, sowohl in materieller als auch in immaterieller Hinsicht, zum Ziel setzt. Ein wichtiger Bereich dabei ist die Förderung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Im Zusammenhang mit der speziellen Aufgabe in der Betreuung von demenziell beeinträchtigten Menschen ist eine spezielle Ausbildung erforderlich (vgl. Bischof 2006, S. 114f.). Die Pflegekräfte sollen regelmäßig geschult werden, um mit Gruppenarbeit mit den Pflegenden in Form von Fort- und Weiterbildungen zu verschiedenen speziellen Themen oder auch als Supervision durchzuführen. Speziell in der emotional sehr belastenden Pflege von dementen Menschen ist die Supervision als Klärungshelfer und Berater zwingend notwendig. Ziel der Supervision ist die psychische-emotionale Entlastung und Reflexion der Berufsarbeit (vgl. Steurethaler 2013, S. 106f.). In einem derart mit Ungewissheit beladenen Bereich wie der Demenzpflege, ist es für das Personal unabdingbar, ein regelmäßiges Feedback über die Arbeit zu erhalten und auch die Gelegenheit zu haben, mit jemand Erfahrener über anfallende Themen aus der Pflege und Betreuung zu sprechen (vgl. Kitwood 2008, S. 161).

Supervisionen können in Form von Einzel-, Gruppen- oder Institutionssupervision angeboten und durchgeführt werden (vgl. Steurethaler 2013, S. 106f.). Die Supervision in Gruppen wird gerne dazu genutzt, um aus einem positiven oder negativen kritischen Vorfall zu lernen (vgl. Kitwood 2008, S. 161).

Eine moderne Form der Supervision ist das Coaching. Diese richtet sich in erster Linie an Einzelpersonen, doch können auch Gruppen gecoacht werden. Anders als bei der Supervision, wird beim Coaching die aktuelle Frage oder das Problem aufgenommen, die Abhaltung findet in einer festgelegten zeitlichen Begrenzung statt und ist thematisch an konkrete Aufgabenstellung gebunden. Mit dem Coaching können Handlungsweisen entworfen, bewertet und nach der Umsetzung reflektiert werden. Ein Coach muss über umfangreiches Fachwissen und Beratungskompetenzen verfügen (vgl. Steurethaler 2013, S. 106f.).

Ebenso erfordert die Pflege von Menschen mit Demenz einen Raum für Reflexionen über Vorkommnisse, Personen, Kolleginnen und Kollegen, Angehörige, Vorgesetzte, über sich selbst, Inhalte und Theorien, um auch allen Grundprinzipien für einen demenzsensiblen Umgang

getreu zu werden. Die Grenzen zwischen Weiterbildung, Selbsterfahrung und Persönlichkeitsentwicklung, Organisations- und Personalentwicklung vermischen sich zunehmend. Übergreifendes Ziel ist die Entwicklung und Professionalisierung von gezielten Dienstleistungen (vgl. Bischof 2006, S. 111ff.).

7.2.4 Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit

Wie bereits zu Beginn erwähnt, besteht in unserer Gesellschaft eine Stigmatisierung und große Ablehnung gegenüber Demenz. Hier sollte die Öffentlichkeitsarbeit mit der gezielten Aufklärung ansetzen. Auf die sozialen Problem- und Notlagen muss aufmerksam gemacht und die Vorurteile sowie Ängste gegenüber alten und dementen Menschen abgebaut werden. Oberstes Ziel der Öffentlichkeitsarbeit ist der Aufbau eines Verständnisses der Öffentlichkeit für die sozialen Belange von Menschen mit Demenz, auf institutionelle und Dienstleistungsangebote aufmerksam zu machen, bestehende Lücken im sozialen Netzwerk zu thematisieren und ein Bewusstsein in der Bevölkerung zu schaffen. Im Angesicht der knappen öffentlichen Mittel ist es von ungeheurer Bedeutung und Aufgabe der Öffentlichkeitsarbeit, den Bereich der sozialen Arbeit aufzuwerten, um Mittel für Projekte oder ehrenamtliches Engagement gegen die personalen Engpässe und auch zur Entlastung der Angehörigen zu werben.

Im Bereich der Betreuung und Pflege von Menschen mit Demenz ist eine Vielzahl an pädagogischen Handlungsfeldern möglich und auch notwendig. Neben der direkten pädagogischen Betreuung von dementen Heimbewohnerinnen und -bewohnern, gehören auch die Beratung, Fort- und Weiterbildung sowie Öffentlichkeitsarbeit zu den Handlungsfeldern, die als übergreifendes Ziel die Lebensqualität der Menschen mit Demenz verbessern und den strukturellen Wandel der Gesellschaft gerecht werden sollen (vgl. Steurethaler 2013, S. 110f.).

7.2.5 Angehörigenarbeit

Angehörige bleiben auch für Menschen, die nunmehr in einer vollstationären Einrichtung leben, als wichtigste emotionale Stütze aufrecht. Allerdings helfen nur ein Drittel der Angehörigen bei der Grundpflege, während ein Drittel alle Aufgaben ans Heim als Hotel mit hohen Ansprüchen mit der Begründung „wir zahlen doch genug“ abgeben und der Rest distanziert sich zur Gänze sogar. Somit gestaltet nur ein geringer Teil der Angehörige die Betreuung in Pflegeeinrichtungen mit, erhält die Beziehung durch regelmäßige Besuche aufrecht, hilft in Krisen, Konflikten, bei Krankheit, erledigt Besorgungen und informiert über die Biografie, Gewohnheiten und Bedürfnisse. Pflegende, Angehörige, Heimbewohnerinnen und -bewohner stehen in ständiger Wechselwirkung, dabei können die Angehörigen als wichtige Ressource anerkannt werden. Sie

sind wichtige Informationsgeber für bedeutsame Aspekte der Biografie und der Interessen der Heimbewohnerinnen und -bewohner (vgl. Bischof 2006, S. 120ff.).

Doch können sich auch die Pflegeeinrichtungen durch die Angehörigen gestört fühlen und somit als zusätzliche Belastung gesehen werden. Grundsätzlich werden Angehörige abgelehnt, wenn Informationen und Qualitätssicherung in einer Einrichtung fehlen (vgl. Grond 2009, S. 178).

Eine gute Arbeit mit demenziell beeinträchtigten Menschen zeigt sich vom lebendigen Interesse an den zu pflegenden Menschen und einem damit einhergehenden Engagement der Leitung ab. Im Vordergrund steht die Schaffung eines einheitlichen Pflege- sowie Werteverständnisses, ein Abkommen und damit verbundene Haltung, auf der die gemeinsame Arbeit basiert und durch regelmäßige Reflexion stetig weiterentwickelt werden soll (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2006, S. 50).

Anhand neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse wurde erhoben, dass die Betroffenen selbst in der fortgeschrittenen Demenz zu sensibler sozialer Wahrnehmung und individuellem Erleben fähig sind und persönliche Wünsche haben. Folglich ist es ein elementares menschliches Gebot, mit dementen Menschen in der Kontinuität ihrer persönlichen Biografie und in ihrer persönlichen Eigenart umzugehen und ihre jeweils noch mögliche Selbstbestimmung zu achten (vgl. Deutscher Ethikrat 2012, S. 8f.).

8. Empirischer Methodenteil

In Anlehnung an die theoretische Auseinandersetzung mit dem Gegenstand der Demenz setzt sich der empirische Teil der vorliegenden Schrift fort. Nach der Formulierung und Präzisierung des Forschungsproblems, erfolgt nun die empirische Forschung. Die empirische Sozialforschung ist eine systematische Erhebung und darauffolgende Analyse sowie Auswertung von Daten des menschlichen Verhaltens und sozialen Gegebenheiten. Ihre Erkenntnisse stützen sich auf Beobachtungswerte der Realität und dienen zur Gewinnung von pädagogisch relevantem Wissen, zur Verstärkung des Erkenntnisbestandes und Nutzenanwendung für verschiedenste Praxisbereiche (vgl. Böhm 2005, S. 212).

Dieser Abschnitt besteht aus der Planung und Vorbereitung der Erhebung sowie anschließender Feldarbeit und Datenerhebung. Zunächst sei die zentrale Fragestellung und das Ziel des Forschungsvorhabens erläutert. Danach folgen Überlegungen zum empirischen Design. Nach der Darstellung, Interpretation und Diskussion der Forschungsergebnisse werden diese im Resümee zusammengefasst.

8.1 Fragestellung und Ziel des Forschungsvorhabens

Der Blick fokussiert sich auf den Umgang und die Betreuung von Menschen mit Demenz. Dabei wird näher auf das abweichende Verhalten von Menschen mit Demenz eingegangen. Die zentrale Forschungsfrage setzt sich mit den Einflussfaktoren für abweichendes Verhalten bei Menschen mit Demenz auseinander. Um einen Bezug zur Praxis herzustellen, wird das Wissen und die Deutung des Pflege- und Betreuungspersonals in stationären Betreuungs- und Pflegeeinrichtungen über das Verhalten von Menschen mit Demenz untersucht, sowie deren Verständnis und Reaktion im aktiven Umgang. Daraus ist in dieser empirischen Forschung folgende Fragestellung leitend: *„Welche Zusammenhänge zeigen sich zwischen den Ursachen von herausforderndem Verhalten von Demenz veränderten Menschen und der Pflege- und Betreuungsqualität im Umgang mit den Betroffenen?“*. Anhand der Auseinandersetzung mit der fach einschlägigen Literatur ergab sich die Annahme, dass abweichendes Verhalten die Pflege- und Betreuungskräfte fordert und so der Umgang mit Menschen mit Demenz eine Herausforderung darstellt. Aus der Perspektive der Pflegenden führen herausfordernde Verhaltensweisen zu Überforderung. Pflegekräfte fühlen sich oft persönlich vom Verhalten der dementen Menschen angegriffen (vgl. Höwler 2008, S. 9f.). Eine weitere Vermutung lässt mutmaßen, dass die Betreuungs- und Pflegekräfte durch Zeitmangel ihren Tätigkeiten nicht wie gewünscht nachgehen können und die Pflege sowie die Bedürfnisse der Heimbewohnerinnen und -bewohner mit Demenz darunter leiden. Zeit ist ein wesentlicher Faktor für den Umgang mit dementen Menschen. Es braucht Zeit, um die Bedürfnisse dementer Menschen in Erfahrung zu bringen, um Zeichen und Handlungen richtig zu deuten (vgl. Taylor 2008, S. 199).

Der Zeitmangel verursacht auch weitere Wirkungen. In Ann Kolanowskis und Mark Litakers Untersuchungen zeigte sich, dass in mehr als der Hälfte der Beobachtungen die dementen Heimbewohnerinnen und -bewohner alleine waren, Pflegekräfte keine Zeit für soziale Interaktionen haben. Die demente Zielgruppe war beschäftigungslos und suchte keine Interaktionen mit anderen Menschen in ihrer Umgebung. Spezielle Freizeitangebote und Therapien für Menschen mit Demenz werden in den stationären Einrichtungen angeboten, doch die Annahme besteht, dass die Beteiligung an solchen Aktivitäten von Menschen mit Demenz kaum wahrgenommen werden.

Um den hohen Anforderungen der professionellen Pflege gerecht zu werden, ist zudem eine fortwährende Weiterbildung der Pflegekräfte unerlässlich, auch um sich zu motivieren und in ihrer Arbeit bestärkt zu fühlen. Fort- und Weiterbildungen sind wichtige Indikatoren für die Arbeitszufriedenheit (vgl. Kolanowski/Litaker 2006, S. 17). Doch wird vermutet, dass kaum Fort- und Weiterbildungen angeboten werden, aber die Pflege- und Betreuungskräfte sich mehr

Wissen im Umgang mit Demenz wünschen. In einer Studie der Kammer für Arbeiterinnen, Arbeiter und Angestellten zu den Arbeitsbedingungen in den steirischen Krankenanstalten zeigte sich, dass die Probandinnen und Probanden den Wunsch nach mehr Fort- und Weiterbildungen äußerten (vgl. Schneeberger 2007, S. 70f.). Diese zusätzlichen Ausbildungen tragen auch in ihrem Wirkungskreis positiv zur Pflegequalität bei (vgl. Harms 1995, S. 28).

Außerdem tat sich die Vermutung auf, dass die Dauer der Berufserfahrung auf das Wissen über Demenz wirkt. Eine langjährige Erfahrung liefert einen wertvollen Beitrag zur Pflege, doch ist dies individuell und unterschiedlich ausgeprägt (vgl. Pei-Chao/Mei-Hui/Li-Chan 2012, S. 200). Dieses Wissen soll sich auch an der Grundhaltung im Umgang mit dementen Heimbewohnerinnen und -bewohnern zeigen. Im Umgang mit den herausfordernden Verhaltensweisen nicht an erhöhten Ansprüchen zu scheitern, stets Toleranz zu zeigen und Korrekturen zu vermeiden, sind wesentliche Bestandteile (vgl. Schwarz 2009, S. 59ff.). Inwiefern diese bestimmte Grundhaltung der Pflegekräfte im Arbeitsalltag gelingt, soll geklärt werden.

Als übergeordnetes Ziel ist es, die genannten Annahmen und Zusammenhänge offenzulegen und in weiterer Folge die Betrachtungsweise der Pflegekräfte als Expertinnen und Experten in der Pflege und Betreuung von Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen darzulegen, um so einen wertvollen Beitrag für ein weiteres Vorgehen zu leisten. Ausgehend von den Ergebnissen sollen diese die bisher bestehenden Theorien konstruktiv ergänzen.

8.2 Forschungsdesign

Die Schwerpunkte des Forschungsdesigns handeln zum einen von der Klärung und Begründung des Erhebungsinstrumentes sowie der Stichprobe. Zum anderen wird näher auf die Durchführung der Untersuchung eingegangen.

8.2.1 Forschungsmethode

Um die zuvor erwähnte Fragestellung und Hypothesen in der Praxis zu prüfen, wurde als Erhebungsmethode die Befragung gewählt, welche als ein klassisches Instrument der Datenerhebung für die empirisch orientierten Disziplinen der Sozialwissenschaften bezeichnet werden kann (vgl. Reinecke 2019, S. 717). Dabei fiel die Wahl der Befragung auf einen standardisierten Fragebogen. Das Untersuchungsziel eines Fragebogens besteht darin, Sachverhalte zu beschreiben und Hypothesen zu testen (vgl. Fietz/Friedrichs 2019, S. 813). Mit der Standardisierung wird der Grad der Festlegung der Fragen und die dazu gehörigen Antwortkategorien sowie Reihung charakterisiert. Der standardisierte Fragebogen stellt sicher, dass alle Befragten

dieselben Fragen in derselben Reihenfolge unter denselben Bedingungen erhalten (vgl. Reincke 2019, S. 717).

Entscheidend für die getroffene Wahl der Methode waren die vielen Vorteile, beispielsweise die schnelle und effiziente Sammlung großer Datenmenge und die zeitgleiche Durchführung an verschiedenen Orten. Außerdem sprechen die dabei entstandenen geringen Kosten und die Anonymität der Befragten dafür.

8.2.2 Erhebungsinstrument

Demzufolge wurde eine online gestützte Erhebung anhand des Mediums Internet mittels Fragebogen gewählt. Sie dient als zielgerichtete und strukturierte Form der Befragung, um eine große Stichprobe erreichen zu können. Die Anonymität des Erhebungsinstrumentes spielte eine wesentliche Rolle bei der Wahl, da dadurch mögliche Effekte der sozialen Erwünschtheit verringert werden können.

Das einzige Bedenken war der offensichtliche Nachteil gegenüber anderen Instrumenten, dass die Reichweite auf die Ausstattung der Zielpopulation mit technischen Geräten und Internet abhängig ist und so die Repräsentativität der Zielgruppe beeinflusst wird. Nach den Ergebnissen von Studien über Internetnutzung unterscheiden sich die Nutzerinnen und Nutzer vor allem in ihren soziodemographischen Merkmalen von der Gesamtbevölkerung. Dabei spielt das Alter eine entscheidende Rolle, im Durchschnitt sind nur alle 14- bis 40-jährigen online. Doch ein weiterer Faktor für die Entscheidung war, dass eine Online Befragung zeitlich und räumlich unabhängig ist (vgl. Wagner-Schelewsky/Hering 2019, S. 787ff.).

8.2.3 Stichprobe

Die Grundgesamtheit eines Forschungsvorhabens umfasst alle Untersuchungseinheiten, welche eine Person, ein Objekt oder Meinungen unter anderem sein können. In der quantitativen Forschung erfolgt selten eine Vollerhebung der Grundgesamtheit. Die Gründe dazu liegen bei dem zu großen Aufwand, wie auch Schwierigkeiten beim Erreichen jeder einzelnen Einheit (vgl. Bortz/Döring 2016, S. 292f.). Die Alternative stellt die Stichprobenziehung dar. Eine Stichprobe ist eine stellvertretende Teilmenge aller Untersuchungseinheiten (vgl. Bortz/Schuster 2010, S. 80). Für diese geplante Befragung wurde die Zufallsstichprobe ohne vorherige Auswahl der Probandinnen und Probanden gewählt. Dadurch sollen möglichst auf die Gesamtpopulation übertragene Ergebnisse entstehen. Zufallsstichproben ermöglichen es, ausgehend auch von einer kleinen Stichprobe Aussagen über die Grundgesamtheit treffen zu können (vgl. Weischer 2007, S. 193). Die Grundgesamtheit, aus der die Stichprobe gezogen wurde, definiert sich

als alle Pflege- und Betreuungskräfte, die im stationären Feld der Demenz tätig sind. Nähere Festlegungen zur Stichprobe folgen in der Erhebungsphase.

8.2.4 Konstruktion des Fragebogens

Der Fragebogen wurde auf dem Server von „www.soscisurvey.de“ erstellt, um über einen generierten Link den Zugriff für die Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer zu schaffen und somit online ausgefüllt werden zu können.

Das Bewusstsein, sich in einer Testsituation zu befinden, verändert das Antwortverhalten der befragten Personen. So können sich beispielsweise Effekte im Antwortverhalten zeigen und müssen so bei der Konstruktion berücksichtigt werden. Um solche Effekte zu vermeiden, sind die Art und Formulierung der Fragen, sowie deren Ordnung und Themen innerhalb des Fragebogens sehr wichtig (vgl. Schirmer 2009, S. 184).

Die Themenbereiche im Fragebogen wurden zu thematischen Blocks zusammengefasst, um die Orientierung innerhalb des Fragebogens und die Vermittlung von Kohärenz zu erleichtern. Zu Beginn wird auf das Wohlbefinden der Pflege- und Betreuungskräfte eingegangen. Darauf folgt als weiterer Themenschwerpunkt und Fokus die Betreuung und Pflege von Menschen mit demenzieller Beeinträchtigung in den jeweiligen stationären Einrichtungen. Dabei wird näher auf die Kommunikation, den Umgang und Betreuung unter dem Aspekt des herausfordernden Verhaltens eingegangen.

Im Fragebogen wurde sich nur auf das Wesentlichste konzentriert, um die Länge kurz zu gestalten und die Fälle von Abbrüchen gering zu halten. Bei der Konstruktion der Fragestellungen wurde auf die Vermeidung von Wertungen geachtet, um Antwortverfälschungen hinsichtlich der sozialen Erwünschtheit zu verringern (Antworten im Sinne der sozialen Norm). Um bei den Antworten die Tendenz zur Mitte zu umgehen, wurden bei den mehrstufigen Ratingskalen auf mindestens vier Antwortmöglichkeiten geachtet. Um die Antwortneigung des Ja-Sagens zu umgehen, wurden die Fragen in einer unterschiedlichen Reihenfolge bewusst umgepolt.

Im Anschluss an die Entwicklung des Fragebogens wurde selbiger im Rahmen eines Pretests auf etwaige Fehler und Verständnisprobleme hin geprüft. In der Sozialforschung wird vor der eigenen Datenerhebung ein Pretest durchgeführt, um die Datenerhebung vor ihrem eigentlichen Beginn zu optimieren sowie um eine Qualitätssicherung des Erhebungsinstrumentes zu garantieren (vgl. Weichbold 2019, S. 349). Anfallende Änderungen ergaben sich aus dem Pretest vorrangig für das Überdenken der Anpassung für die Reihung der Fragen, da diese eine große Rolle spielt, ob diese von den Befragten als plausibel empfunden wird und die Motivation nicht während des Ausfüllens verloren geht. So wurden auch die einzelnen Bedingungen für die

Filterführung, welche den Probandinnen und Probanden die Führung durch den online Fragebogen erleichtern soll, bearbeitet.

8.2.5 Erhebungsphase

Nach Abschluss der Entwicklung des Fragebogens wurde eine Erhebung in stationären Institutionen zur Betreuung und Pflege von Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen in Österreich angestrebt. Bei der Planung der quantitativen Forschung war die Intention, so viele Teilnehmerinnen und Teilnehmer wie möglich zu erreichen. Dabei stand der Online Fragebogen vor der besonderen Hürde, die erreichbare Population zur Teilnahme zu motivieren. Die Teilnahmebereitschaft ist abhängig von der Qualität einer Online Befragung, weshalb dies bereits bei der Konstruktion des Fragebogens beachtet wurde.

Über die Online-Methode werden zwar eine große Menge an Forschungsteilnehmerinnen und -teilnehmern erreicht, doch ein niedriger Prozentsatz der Fragebögen wird tatsächlich ausgefüllt. Dabei entsteht die Herausforderung den Fragebogen möglichst qualitativ ansprechend zu gestalten, damit er sowohl die Ernsthaftigkeit der Forschung vermittelt als auch zur Teilnahme motiviert. Häufige Aufforderungen zur Teilnahme an ausgeschriebenen Befragungen senken die Bereitschaft. Darauf deutet immer eine in der Regel geringe Ausschöpfungsquote hin (vgl. Wagner-Schelewsky/Hering 2019, S. 789). Daher waren ein seriöses Auftreten sowie ein motivierendes Anschreiben für die Durchführung dieser Online Befragung unerlässlich. Hierfür wurde im Rahmen der ersten Erhebungsphase Leiterinnen und Leiter von stationären Einrichtungen für Menschen mit Demenz in der Steiermark per E-Mail mit dem Anliegen kontaktiert, den Online Fragebogen an das Personal weiterzuleiten. Dabei entstand trotz vereinbarter Schweigepflicht nur eine geringe Rücklaufquote, die den Verdacht hegt, dass die Institutionen eine Bewertung ihrer Einrichtung oder des Personals befürchteten.

Die zweite Erhebungsphase konzentrierte sich vorwiegend auf Foren in sozialen Netzwerken. Diese Foren auch bekannt als Gruppen, werden als ein Zusammenschluss von mehreren Nutzerinnen und Nutzern, die ein gemeinsames Interesse verfolgen und die Möglichkeit ergreifen wollen, sich mit anderen vielfältig auszutauschen, verstanden. Für die Erhebung wurden Gruppen, die speziell für Pflege- und Betreuungskräfte geführt werden, herangezogen. Die Zielgruppe innerhalb von Österreich wurde auf Deutschland erweitert, um eine höhere Rücklaufquote zu gewähren. Insgesamt wurde der Fragebogen in über 14 verschiedenen Foren, die unter den Begriffen Demenz, Pflegekräfte und so weiter geführt werden, mit unterschiedlich hohen Nutzerzahlen veröffentlicht.

8.2.6 Datenauswertung

Im folgenden Abschnitt findet die Darstellung und Interpretation der Ergebnisse, die im Zuge der Fragebogenerhebung entstanden sind, statt. Dabei werden die Ergebnisse in einzelne Themenblöcke untergliedert.

Um das erhobene Material systematisch zu erfassen, zu verstehen und zu analysieren, muss es davor in die geeignete Form aufbereitet werden. Für die Analyse müssen die Antworten des Fragebogens in statistisch auswertbares Zahlenmaterial übersetzt werden, um die Daten messbar zu gestalten, um so statistische Ergebnisse für die Forschungsfrage und Theorie zu finden (vgl. Schirmer 2009, S. 139-183).

Die Auswertung der erzeugten Daten erfolgte mittels computergestütztem Statistikprogramm SPSS (Statistic Package for Social Sciences). Die ausgefüllten Fragebögen wurden manuell in SPSS eingegeben und auf Eingabefehler und Plausibilität der Werte geprüft. Für die Antworten der offenen Fragen wurden sinnvolle Kategorien festgelegt. Zum Teil wurden sie auch dazu verwendet, um in Einzelfällen individuelle Gründe für die gegebenen Antworten zu erkennen.

8.3 Deskriptive Statistik

Eine der ersten Schritte beim Verwenden von neuen Datensätzen ist eine deskriptive Statistik über die gewonnenen Daten anzufertigen, um einen Überblick über die Daten zu erhalten. Die Exploration der erhobenen Daten hat das Ziel neue Aspekte des Forschungsthemas zu entdecken, Antworten auf die Forschungsfragen zu geben und aus dem vorliegenden Material klare Aussagen, Thesen und Theorien zu entwickeln (vgl. Schirmer 2009, S. 140).

Diesbezüglich wurde eine deskriptive Analyse durchgeführt. Deskriptive Untersuchungen werden durchgeführt, um eine umfassende Beschreibung eines definierten Untersuchungsgebiets zu erhalten. Hierbei ist das Ziel, empirische Daten zu berechnen sowie grafisch darzustellen (vgl. Stein 2019, S. 126). Aus den Ergebnissen der deskriptiven Statistik lassen sich allgemeingültige Aussagen treffen, die sich aufgrund der Datenerhebung einer Stichprobe auf die Grundgesamtheit erweitern lassen. Diese Ergebnisse werden in Form von Häufigkeiten und prozentuellen Anteilen angegeben. Die Analyse der Häufigkeiten kann auch dazu genutzt werden, um mögliche Eingabefehler zu entdecken. Innerhalb der Ausgabedatei findet sich für jede Variable, die ausgewählt wurde, eine Häufigkeitstabelle. So lassen sich wichtige Eigenschaften einer befragten Gruppe mit Hilfe von Zahlen oder Diagrammen darstellen.

Für Fragen mit expliziten Mehrfachantworten können auch die Häufigkeiten dargestellt werden. Hierzu wird für jeden Wert beziehungsweise Antwort eine eigene Variable gebildet. Auf dieser wird jeweils nur festgehalten, ob dieser Wert im Fragebogen angegeben wurde oder

nicht. Für die Darstellung der Häufigkeiten muss zuerst ein Set aller zu dieser Frage bezogenen Variablen definiert werden. Mit diesem definierten Set aller Mehrfachantworten lässt sich eine Häufigkeitsdarstellung in Form einer Tabelle ausgeben (vgl. Janssen/Laatz 2005, S. 311f.).

Die weiteren Schritte bei der Auswertung des Fragebogens sind die Maße der zentralen Tendenz. Zur Berechnung der Items von den mehrstufigen Skalen mit den Antwortkategorien trifft nicht zu (1), trifft kaum zu (2), trifft eher zu (3) und trifft zu (4) werden für die nachfolgenden Berechnungen und zur grafischen Darstellung der Ergebnisse die Mittelwerte der Antworttendenz berechnet. Der Mittelwert errechnet sich als Summe der Werte geteilt durch die Anzahl. Der Mittelwert gibt Aufschluss, wie die einzelnen Werte einer Variablen verteilt sind (vgl. Schirmer 2009, S. 240f.).

Vor der Anwendung von statistische Verfahren und Merkmalausprägungen der verschiedenen zu prüfenden Variablen muss geprüft werden, ob die Fragestellungen positiven oder negativen Werten ausgeprägt sind. Die Polung der Fragen wirkt sich bei der Zusammenführung der einzelnen Items zu den nachfolgenden Kapiteln aus.

Dimensionen sind latente Konstrukte, bestehend aus mehreren Variablen, auch Indikatoren genannt. Bei der Auswertung dieser Konstrukte ist es von Bedeutung, dass alle Variablen gleich gepolt sind. Dies hat zur Folge, dass alle Fragestellungen auf ihre Positivität oder dementsprechende Negativität geprüft werden müssen. Beim Zusammenführen von einzelnen Fragen zu einem Konstrukt würde ohne passende Umpolung der negativen Items Unstimmigkeiten bei den Ergebnissen entstehen, da die Merkmalausprägungen unterschiedliche Richtungen aufweisen (vgl. Bortz/Döring 2016, S. 592). Für die nachfolgenden Darstellungen der Ergebnisse wurde die Umpolung bereits bei jedem negativ formulierten Item durchgeführt.

Die Skalen beinhalten eine positive Richtung mit trifft zu (4), trifft eher zu (3) und einer negativen mit trifft kaum zu (2), trifft nicht zu (1), wobei die jeweilig gewählte Antwort abhängig von der Fragestellung ist, ob die Frage positiv oder negativ zum Konstrukt gestellt ist.

Es wird davon ausgegangen, dass die vorgefertigten Skalenpunkte mit trifft zu (4), trifft eher zu (3), trifft kaum zu (2), trifft nicht zu (1), die gleichen Abstände zu einander haben. Zwischen den angegebenen Variablen besteht immer der gleiche Qualitätsabstand und somit können wichtige Funktionen für die Maße der zentralen Tendenz, wie der Berechnung des Mittelwertes durchgeführt werden (vgl. Porst 2009, S. 72f.).

Dabei werden abhängig von der Fragestellung einzelne Subgruppen näher betrachtet und unterschiedliche Variablen zueinander in Beziehung gesetzt, um an erkannte Besonderheiten anzuknüpfen. Die Reihenfolge der Auswertung erfolgte anhand inhaltlicher Kriterien, weshalb zunächst die Zusammensetzung der Stichprobe bestimmt wurde.

8.3.1 Demografische Angaben zur Stichprobe

Ein Aufschluss über die Zusammensetzung der Stichprobe gibt die Auswertung der soziodemographischen Daten. Insgesamt wurden 132 Fragebögen ausgefüllt. Die Auswahlkriterien für gültige Fälle, welche als Regel festlegte, dass der Fragebogen bis zur letzten Seite durchgelesen werden muss, ergab 80 gültige Fälle, die für die Auswertung herangezogen wurden. Jede Teilnehmerin beziehungsweise jeder Teilnehmer hat den Fragebogen weitgehend vollständig ausgefüllt und angegeben, zum Zeitpunkt der Erhebung an einer stationären Pflege- und Betreuungseinrichtung, die im Arbeitsalltag mit dem Thema Demenz konfrontiert ist, beziehungsweise Menschen mit Demenz pflegen und betreuen, tätig zu sein.

Die nachfolgende Grafik zeigt die Verteilung nach dem Geschlecht der befragten Personen.

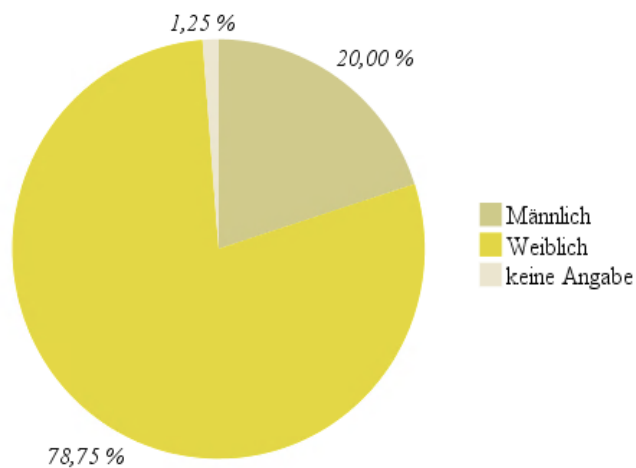


Abbildung 1: Verteilung nach Geschlecht

Das Geschlechterverhältnis war bei der Erhebung nicht vollständig ausgeglichen. Die überwiegende Mehrheit der befragten Personen ist weiblich (78,8 %). So wurden 63 weibliche gegenüber 16 männliche Personen befragt. Eine Person der Stichprobe gab keine genaue Angabe bezüglich des Geschlechtes an. Die generell homogene Stichprobe ist darauf zurückzuführen, dass der soziale Bereich von Frauen stark dominiert und somit eine Einseitigkeit der Stichprobe kaum zu vermeiden war. Doch ist es anzumerken, dass die Geschlechterverteilung bei dieser Studie keine Bedeutung einnimmt.

Die überleitende Abbildung zeigt die Verteilung nach dem Alter der befragten Personen.

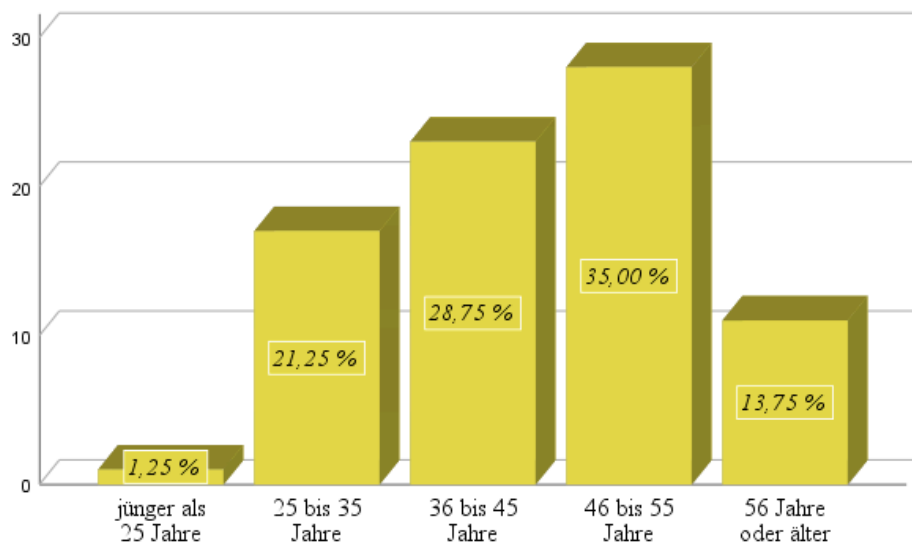


Abbildung 2: Verteilung nach Alter

Die Altersstruktur der Stichprobe zeigt eine erfreulich hohe Streuung. Die Altersverteilung der Probandinnen und Probanden liegt am höchsten bei 35,0 % der Befragten zwischen 46 bis 55 Jahren, bei 28,8 % zwischen 36 bis 45 Jahre und bei 21,3 % zwischen 25 bis 35 Jahre alt. Nur eine geringe Anzahl der befragten Personen lag unter 25 und über 56 Jahren.

Die Erhebung fand im deutschen Sprachraum statt. Der Wohnsitz der teilnehmenden Personen liegt bei 41 Personen in Österreich (51,2 %), bei 38 Personen in Deutschland (47,5 %) und bei einer oder einem Befragten in der Schweiz (1,3 %).

Die befragten Teilnehmerinnen und Teilnehmer dieser Erhebung wurden zu ihrem erlernten Beruf befragt. Die häufigste Nennung mit 18 nahm der Beruf zur/m diplomierten Krankenschwester/-pfleger (22,5 %) ein. Darauf gefolgt mit 13 Nennungen wurde Altenfachbetreuung (16,3 %) angegeben. 8 Nennungen erhielt der Beruf Pflegehelferin und Pflegehelfer (10,0 %). Eine diplomierte Sozialbetreuerin oder ein diplomierter Sozialbetreuer ist auch unter den befragten Personen zu finden. Bei den sonstigen 11 Nennungen (13,8 %) wurden beispielsweise Behindertenfachbetreuung, Bürokauffrau, Restaurantfachfrau als erlernte Berufe angeführt. Nachfolgende Häufigkeitsdarstellung zeigt die Verteilung nach der Berufserfahrung der befragten Personen im Bereich der Pflege.

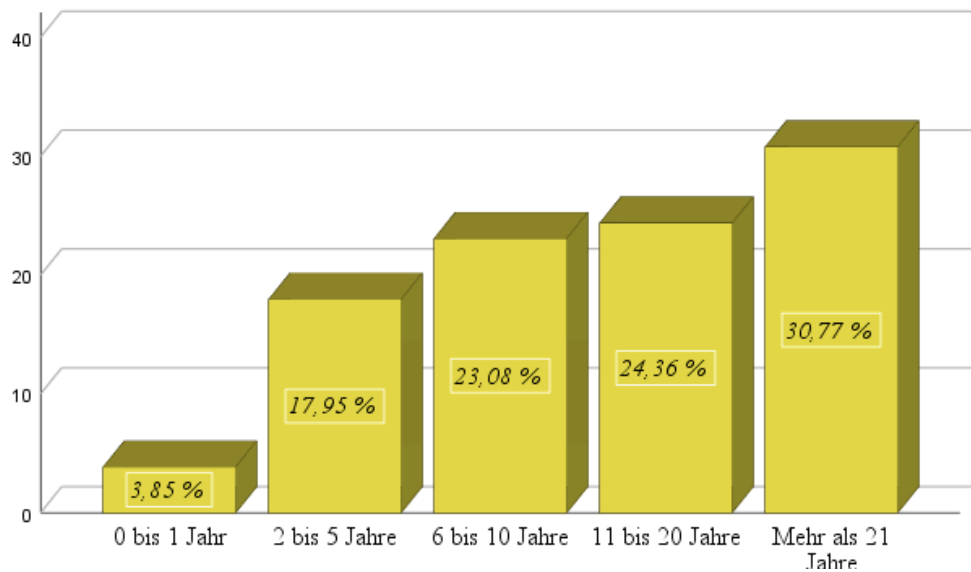


Abbildung 3: Verteilung nach Berufserfahrung

Der Abbildung nach liegt die Mehrheit mit 24 Personen bei mehr als 21 Jahren Berufserfahrung (30,8 %), gefolgt mit 19 Personen von den 11 bis 20 Jahren (24,4 %) und 18 Personen von den 6 bis 10 Jahren Berufserfahrung (23,1 %). 17 Personen gaben eine Berufserfahrung unter 6 Jahren (21,8 %) an. Zwei Werte fehlen bei dieser Frage, da diese beim Ausfüllen des Fragebogens nicht angegeben wurden. Bei der Berufserfahrung gab es eine Spannweite von 0 bis mehr als 21 Jahren und der Mittelwert lag zwischen 11 bis 20 Berufsjahren.

Die nachfolgende Abbildung zeigt die Verteilung nach der Berufstätigkeit der befragten Personen.

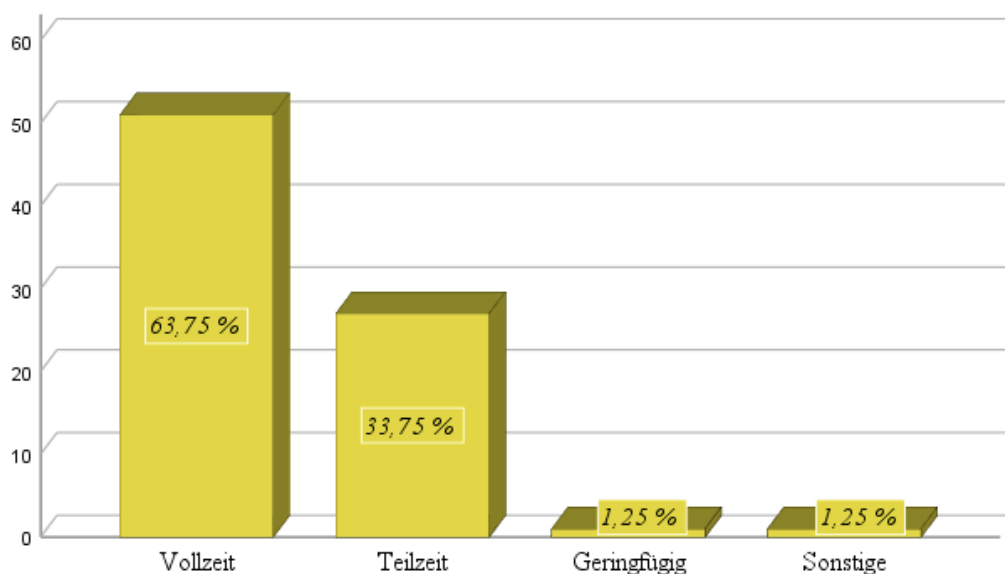


Abbildung 4: Verteilung nach Berufstätigkeit

Zur Berufstätigkeit gab die Mehrheit der Stichprobe mit 51 Nennungen (63,8 %) an, Vollzeit beschäftigt zu sein. 27 Personen sind Teilzeit (33,8 %) beschäftigt und jeweils eine Person (1,3 %) der Stichprobe gab an, geringfügig oder freiberuflich beschäftigt zu sein.

Um einen Blick zu erhalten, ob die befragten Teilnehmerinnen und Teilnehmer eine spezielle Ausbildung für den Umgang mit Demenz haben, wurden diese dazu näher befragt. 24 der Personen (35,0 %) gaben an, dass sie im Besitz einer speziellen Ausbildung sind und die Mehrheit mit 52 Personen (65,0 %) verneinten die Frage. Die nachfolgende Grafik dient zur Veranschaulichung des Verhältnisses.

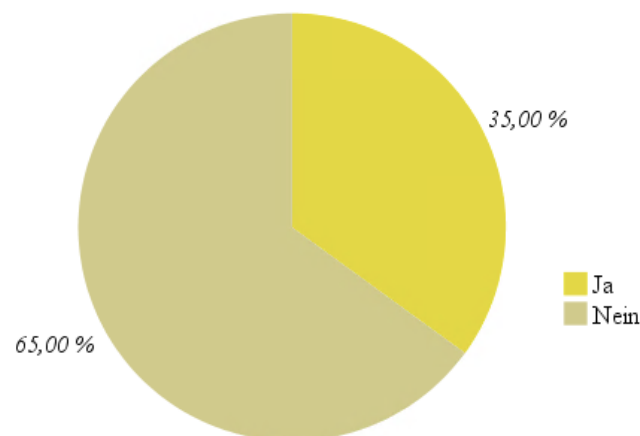


Abbildung 5: Verteilung nach Ausbildung für den Umgang mit Demenz

Als Ausbildungen wurde die Validation am häufigsten genannt, zu den weiteren Beispielen zählen Ausbildungen zur Demenzbegleitung und Geriatrie.

8.3.2 Umgang mit dem dementen Klientel

Um eine Auskunft zu erhalten, wie der Umgang von den Pflegekräften mit dementen Heimbewohnerinnen und -bewohner in der Praxis aussieht, wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer dieser Befragung näher zur Überforderung, Geduld im Umgang und weiteren relevanten Aspekten befragt.

Die befragten Personen konnten über eine Skala mit angelegten Items zu dem Thema Umgang mit dem dementen Klientel die Beurteilung „Trifft zu“, „Trifft eher zu“, „Trifft kaum zu“ bis „Trifft nicht zu“ vergeben. Diese Antworten gehen in die jeweilige Richtung, wie es für die eigene Person als zutreffend empfunden wird. Die nachfolgende Grafik zeigt die durchschnittlichen Tendenzen der Antworten von den einzelnen Items anhand deren Mittelwerte.

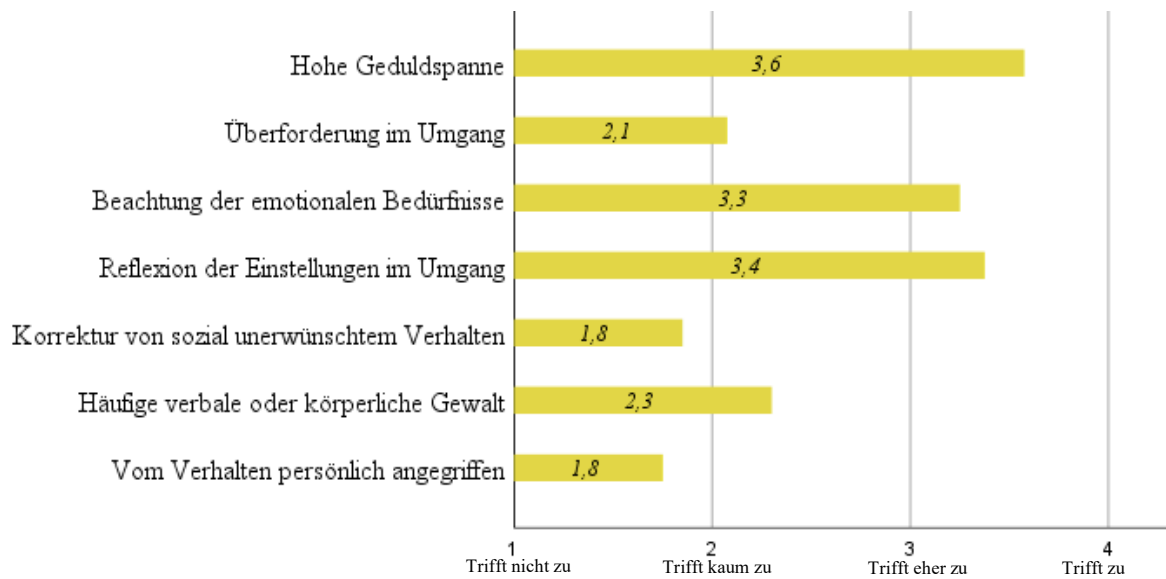


Abbildung 6: Mittelwerte nach Umgang mit dementen Heimbewohnerinnen und -bewohner

Die Mehrheit der befragten Personen legt Wert auf das Eingehen von emotionalen Bedürfnisse der dementen Heimbewohnerinnen und -bewohner sowie der Reflexion der eigenen Einstellungen im Umgang mit älteren Menschen. Ebenso zeigt sich, dass die Geduldspanne im Umgang sehr hoch ist. Dennoch fühlen sich die meisten Pflegekräfte gelegentlich im Umgang mit dementen Menschen überfordert, nur 19 Personen (23,8 %) gaben an, dass dies nicht zu trifft. Die befragten Personen erfahren während der Pflege und Betreuung dementer Heimbewohnerinnen und -bewohner verbale oder körperliche Gewalt, doch fühlen sich durch das Verhalten kaum bis nicht persönlich angegriffen. Sozial unerwünschtes Verhalten wird akzeptiert, nur 14 der befragten Personen (17,6 %) gaben eine Korrektur an.

Im Umgang mit dem demenziell veränderten Klientel können sich im Arbeitsalltag verschiedene Herausforderungen ergeben. Die befragten Personen wurden gebeten über eine Mehrfachantworten-Frage verschiedene vorgegebene Aspekte, die sie im Umgang mit dementen Heimbewohnerinnen und -bewohnern fordernd empfinden, anzugeben. Die nachfolgende Grafik zeigt mit Hilfe eines Säulendiagramms die Häufigkeitsverteilung der fordernden Aspekte im Umgang.

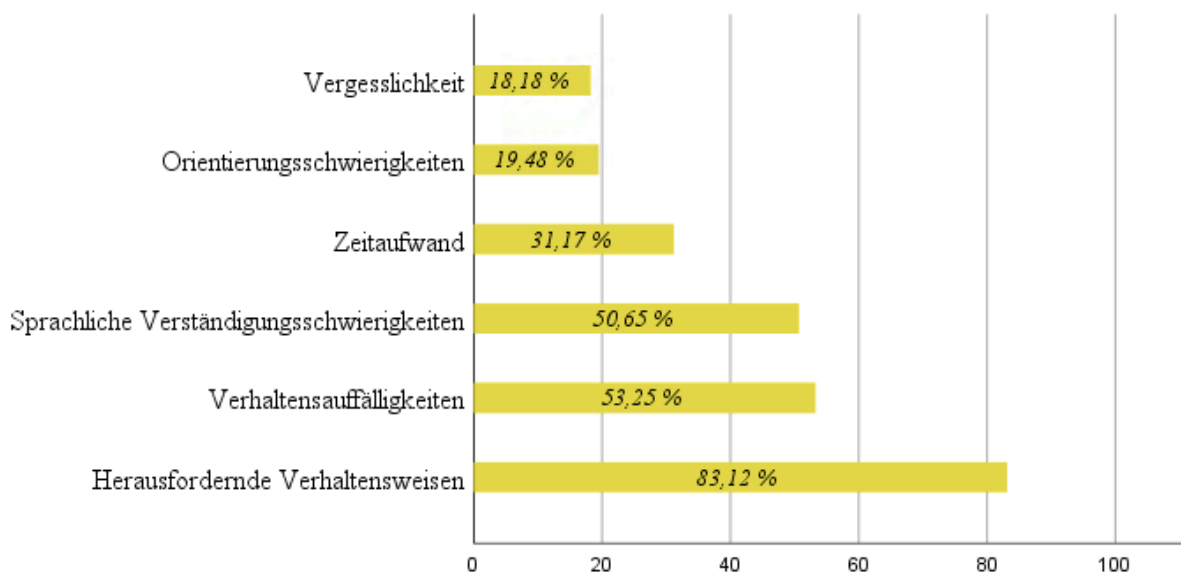


Abbildung 7: Verteilung nach fordernden Kriterien im Umgang mit dementen Heimbewohnerinnen und -bewohner

Die Verteilung zeigt eindeutig, dass herausfordernde Verhaltensweisen, die mit einer Demenz einhergehen, am häufigsten erwähnt wurden - es gaben 64 Personen (83,1 %) diese als fordernd an. Knapp die Mehrheit der Befragten gab an, dass im Umgang die Verhaltensauffälligkeiten und die sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten als fordernd empfunden werden, gefolgt vom eingehenden Zeitaufwand. Die begleitende Vergesslichkeit der Demenz fordert im Umgang am wenigsten.

Weiteres zeigte sich von Interesse, zu sehen in welcher Häufigkeit die einzelnen herausfordernden Verhaltensweisen in Summe aller Einrichtungen wahrgenommen werden. Diesbezüglich wurde näher auf die Verhaltensweisen von dementen Heimbewohnerinnen und -bewohnern, die zuvor laut der Befragten als am meistens fordernd empfunden werden, eingegangen. Dazu konnten die befragten Personen sechs verschieden auftretende Verhaltensweisen bei einer Demenz gleichzeitig auswählen. Die folgende Abbildung gibt Aufschluss über die Verhaltensweisen, die sich bei dementen Heimbewohnerinnen und -bewohner im Arbeitsalltag bemerkbar machen.

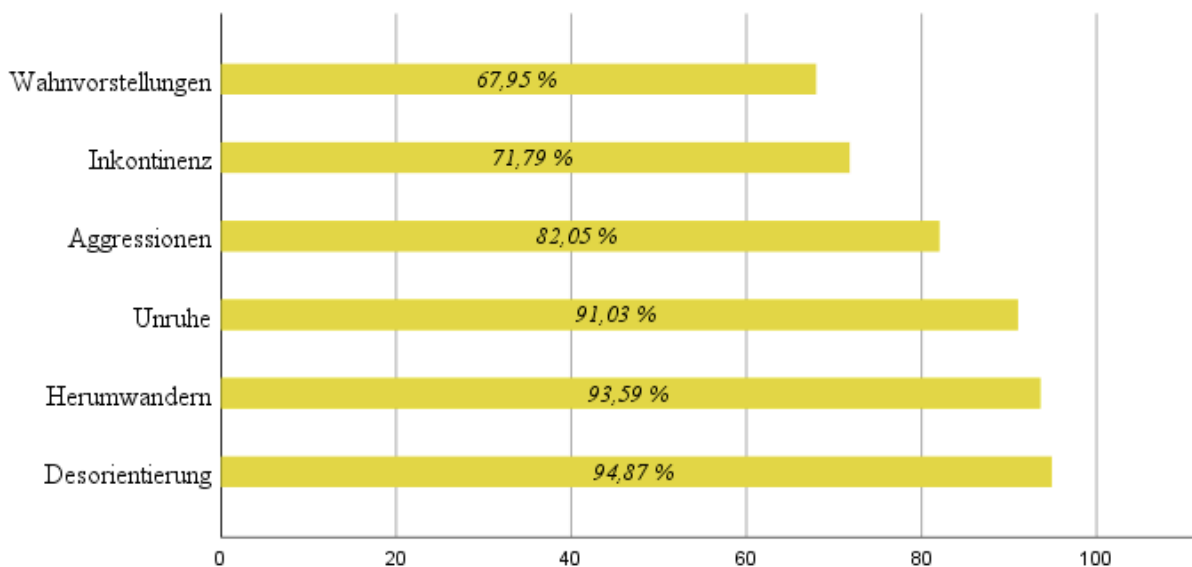


Abbildung 8: Verteilung nach Verhaltensweisen

Von der gesamten Stichprobe gaben 78 Personen (97,5 %) mindestens eine der auszuwählenden Verhaltensweisen an, insgesamt wurden bei dieser Frage 391 Antworten gegeben. Im Durchschnitt hat jede befragte Person, die diese Frage beantwortet hat, 5 Verhaltensweisen aus den sechs auszuwählenden Verhaltensweisen genannt. Zu den Ergebnissen gehört, dass Desorientierung den höchsten Häufigkeitsgrad mit 74 Antworten (94,9 %) erreicht hat. Weiteres prägen das Herumwandern mit 73 Nennungen (93,6 %) und die Unruhe mit 71 Nennungen (91,0 %) den Alltag der stationären Einrichtungen. Wahnvorstellungen wurden am wenigsten mit 53 Nennungen (68,0 %) angegeben. Doch macht sich diese Verhaltensweise, so wie jede andere zur Auswahl gestandene Verhaltensweise, mehr als bei der Hälfte der befragten Personen im Arbeitsalltag bemerkbar. Zwei Fälle sind fehlend in der Auswertung, da zwei Personen diese Frage nicht beantwortet haben.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden bezüglich der Kommunikation mit dementen Heimbewohnerinnen und -bewohnern näher befragt, um einen Einblick zu erhalten, welchen Stellenwert die Kommunikation im Umgang mit Menschen mit Demenz beigemessen wird. Folgende Darstellung zeigt die Durchschnittswerte der Antworten der jeweiligen Variablen.

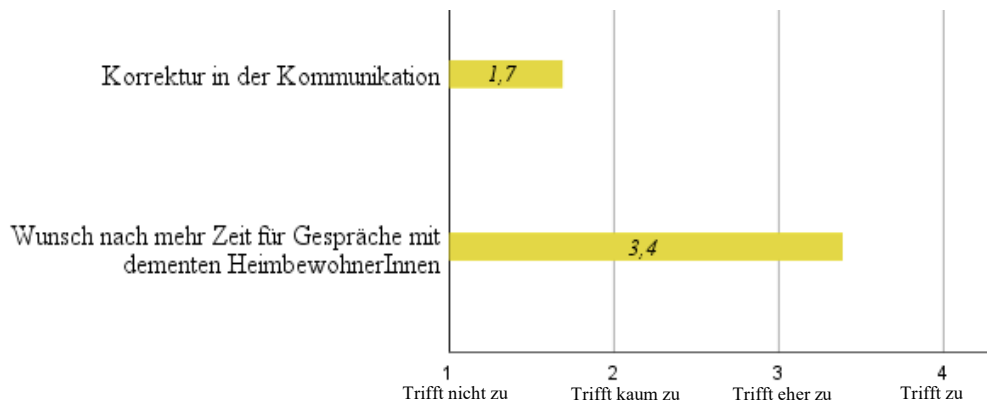


Abbildung 9: Mittelwerte der Kommunikation mit Heimbewohnerinnen und -bewohner

Der Wunsch nach längeren Gesprächen (mehr als 5 Minuten) mit dementen Heimbewohnerinnen und -bewohnern ist groß, 68 Personen aller Befragten (85,0 %) wünschen sich mehr Zeit für Gespräche. Mit der Frage zur Korrektur in der Kommunikation, soll aufgezeigt werden, ob ein Verständnis im Umgang mit Demenz besteht. Die Mehrheit ist sich einig, demente Heimbewohnerinnen und -bewohner nicht in der Kommunikation zu korrigieren, nur 13 Personen (16,8 %) ziehen eine Korrektur in Betracht - mit der Begründung die Realität leichter zu gestalten.

8.3.3 Weiterbildungen zur Demenz

Um herauszufinden, inwiefern die befragten Personen eine Ausbildung zur Demenz haben, wurde dies anhand einer Frage gestellt. Der Wunsch nach mehr Wissen im Umgang mit Demenz ist da, 59 der Befragten (73,8 %) äußerten den Wunsch. Doch nur knapp der Hälfte der Befragten mit 41 (51,2 %) werden auch solche Fort- und Weiterbildungen zum Thema Demenz von den jeweiligen Einrichtungen angeboten.

Um Erkenntnisse und Vergleiche in der Betreuung von dementen Heimbewohnerinnen und -bewohnern aufzustellen, wurden die befragten Personen näher zu ihren Arbeitsplätzen befragt. Die Frage nach dem Träger der Einrichtung in denen die teilnehmenden Befragten tätig sind, zeigt folgende Ergebnisse.

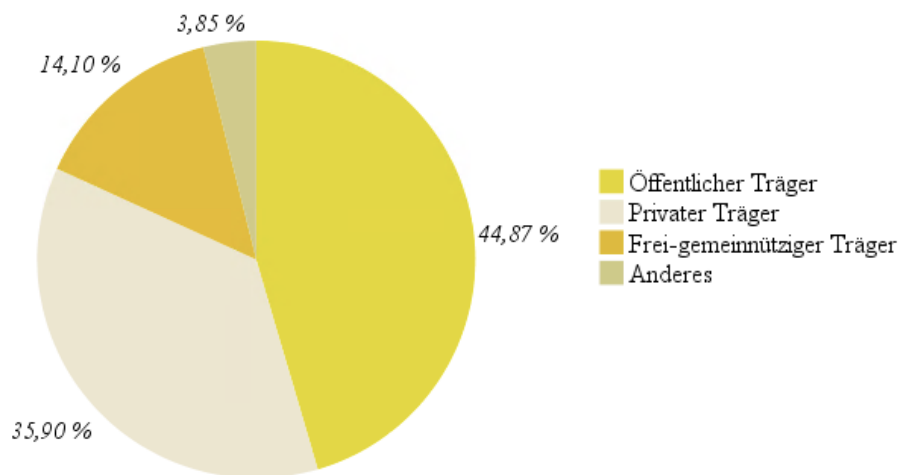


Abbildung 10: Verteilung nach Träger der Einrichtungen

Am häufigsten sind Pflegekräfte mit 35 Antworten (44,9 %) bei einem öffentlichen Träger tätig, knapp gefolgt von dem privaten Träger mit 28 Antworten (35,9 %) und 11 Antworten (14,1 %) in frei-gemeinnützigen Trägern. Drei der befragten Personen (3,9 %) nutzten die ergänzende Antwortmöglichkeit und nannten beispielsweise die Caritas oder den kirchlichen Träger. Zwei Antworten fehlen in der Auswertung und eine Teilnehmerin oder ein Teilnehmer wusste die richtige Antwort nicht (1,3 %).

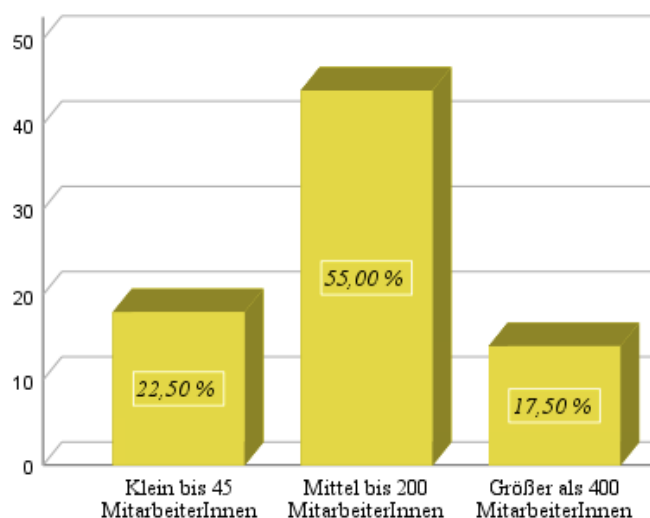


Abbildung 11: Verteilung nach Größe der Einrichtungen

Die Probanden wurden auch nach der Größe der Einrichtung, in der sie tätig sind, gefragt. Die EinrichtungsgroÙe wurde anhand der Mitarbeiterinnen- und Mitarbeiteranzahl in der Einrichtung festgelegt. Dazu wurde eine kleine Einrichtung mit bis zu 45, eine mittlere Einrichtung

mit bis zu 200 und eine große Einrichtung mit über 400 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bemessen. Von der gesamten Stichprobe arbeiten 44 Personen (55,0 %) in mittelgroßen Betrieben. Während 18 der Befragten (22,5 %) in kleinen Betrieben und 14 (17,5 %) in großen Betrieben arbeiten. Lediglich 4 der Befragten (5,0 %) gaben zu dieser Frage „weiß ich nicht“ an.

8.3.4 Betreuung von dementen Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern

Im Rahmen der Befragung wurde ebenso auf die Betreuung von dementen Heimbewohnerinnen und -bewohner in den Einrichtungen eingegangen, es wurden diesbezüglich sieben verschiedene Items gestellt. Anhand der folgenden Grafik lassen sich zu diesen Items die durchschnittlichen Antworten ablesen.

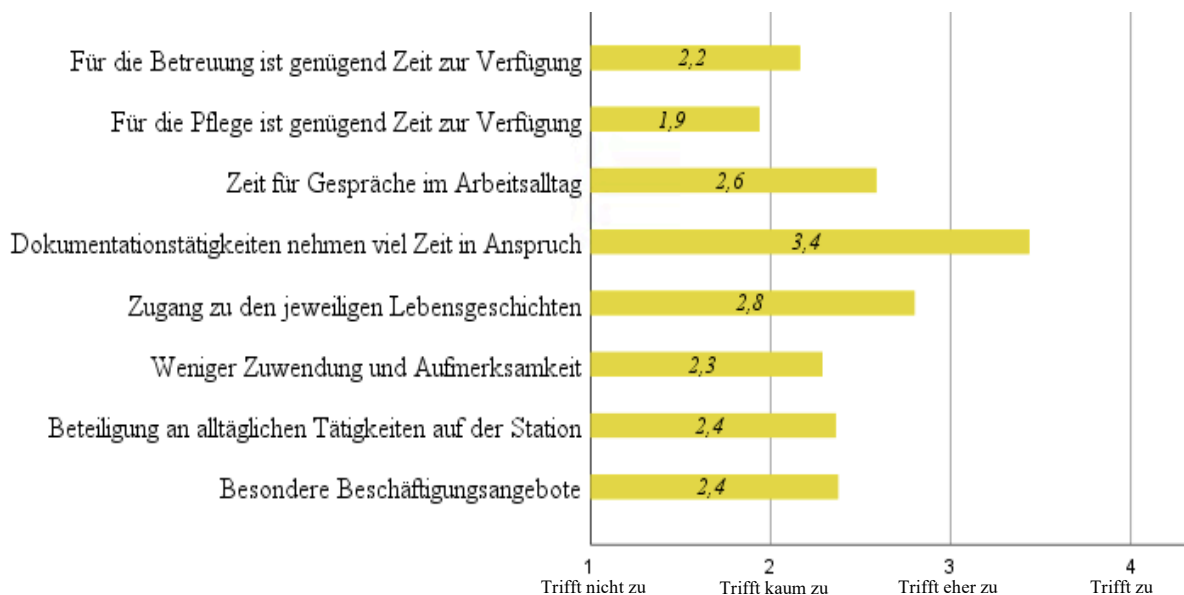


Abbildung 12: Mittelwerte der Betreuung von dementen Heimbewohnerinnen und -bewohner

Laut der Befragten ist für die Pflege weniger Zeit zur Verfügung als wie für die Betreuung vom dementen Klientel, dennoch ist für beide Bereiche kaum genügend Zeit da. In beiden Bereichen zeigt die Mehrheit, dass mehr Zeit benötigt wird. Die Frage, ob sich während der Arbeitszeit genug Zeit findet um demente Heimbewohnerinnen und -bewohner sich äußern zu lassen, zeigt hohe Uneinigkeit, 15 der Befragten (18,8 %) gaben strikt an, dass dies nicht zutrefte, während 18 der Befragten (22,5 %) finden, dass Zeit für Gespräche im Arbeitsalltag vorhanden ist.

Hohe Einigkeit zeigte sich bei der Frage, ob die Dokumentationstätigkeiten sehr viel Zeit in Anspruch nehmen, die Mehrheit mit 64 Antworten (80,0 %) stimmte dafür.

Um eine gute Betreuung von dementen Menschen zu gewähren, ist der Zugang zu den einzelnen Lebensgeschichten wichtig. Der Zugang zu den jeweiligen Lebensgeschichten der dementen Heimbewohnerinnen und -bewohner ist für knapp die Mehrheit der befragten Personen gegeben, dennoch haben 26 Personen (32,5 %) nur kaum und 8 Personen (10,0 %) keinen Zugang.

Um den besonderen Bedürfnissen dementer Heimbewohnerinnen und -bewohner nachzukommen, erhalten diese von 32 der befragten Personen (40,0 %) weniger Zuwendung und Aufmerksamkeit. Nur 19 der Personen (23,8 %) gab an, dass dies nicht der Fall wäre.

Die Beteiligung an alltäglichen Tätigkeiten auf der Station, sowie die besonderen Beschäftigungsangebote für das demenziell beeinträchtigte Klientel, fallen gering aus. In 22 Einrichtungen (27,5 %) werden keine speziellen Beschäftigungsaktivitäten für demente Heimbewohnerinnen und Heimbewohner angeboten.

Mit einer ergänzenden offenen gestalteten Frage sollte für die befragten Personen die Möglichkeit bestehen, die speziellen Freizeitangebote und Therapien aus deren Einrichtungen anzuführen. An der nachfolgenden Abbildung lässt sich die Zahl der Einrichtungen, die Angebote speziell für demente Heimbewohnerinnen und Heimbewohner anbieten, ablesen.

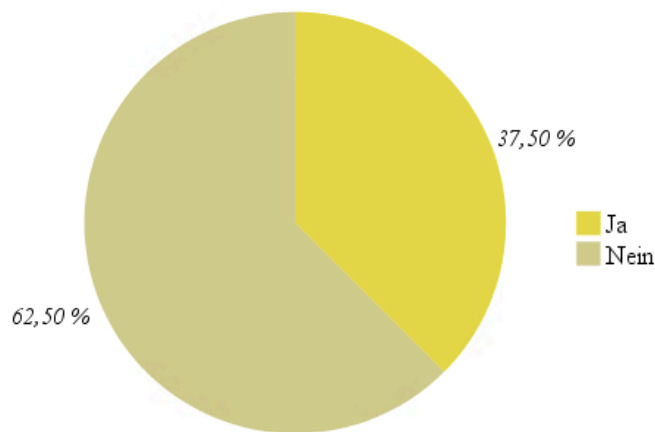


Abbildung 13: Verteilung nach spezielle Freizeitangebote und Therapien

Zu den speziellen Freizeitangeboten und Therapien für das demenziell beeinträchtigte Klientel gaben 30 (37,5 %) der Befragten an, dass diese in ihren Einrichtungen angeboten werden. Zu den Freizeitangeboten wurden öfters die Gartenarbeit, Gruppenarbeiten, Feste und Feiern genannt. Als spezielle Therapien ließ sich häufig Gedächtnistraining, Validation, sensorische Aktivierung, basale Stimulation und M.A.S. Training herauslesen.

Unter Validation wird eine Kommunikationsmethode, die den Umgang mit dementen Personen erleichtern soll, verstanden. Diese soll Verständnis für die Wirklichkeit des desorientierten Menschen bringen und legt den Fokus auf eine individuelle Betreuung. Ziel ist es hier Vertrauen zu schaffen und den Betroffenen Selbstwertgefühl zurückzugeben.

Basale Stimulation ermöglicht Menschen mit Demenz auch im stark fortgeschrittenen Stadium bekannte und elementare Wahrnehmungserfahrungen. Diese können durch Gerüche, Berührungen oder etwa Musik erfolgen und soll die Lebensqualität der Menschen mit Demenz fördern

(vgl. Messer 2004, S. 39-66). Ebenso das M.A.S. Training (Morbus Alzheimer Syndrom) Menschen mit Demenz ein stadienspezifisches Training im Einzel- oder Gruppensetting anbietet. Dieses Training ist speziell auf die individuellen Bedürfnisse der Menschen abgestimmt, der Betroffene wird mit seinen Ressourcen und Fähigkeiten entsprechend dort abgeholt, wo er sich zurzeit befindet. Die Ziele sind, vorhandene Fähigkeiten möglichst lange aufrecht zu erhalten, Aktivierung des Gedächtnisses, Förderung von Alltagskompetenzen und Mobilität sowie die Verzögerung des Fortschrittes der Demenz (vgl. Auer/Span/Donabauer/Reitner/Helm 2007, S. 258ff.).

8.3.5 Wohlbefinden der Pflege- und Betreuungskräfte

Dieser Abschnitt widmet sich dem Wohlbefinden und der Zufriedenheit der befragten Personen. Das Wohlbefinden wurde mit insgesamt sieben Dimensionen abgefragt und zu einem Konstrukt zusammengefasst. Aus der nachfolgenden Grafik können die Mittelwerte der einzelnen Items abgelesen werden. Je länger der Balken ist, desto größer fällt die jeweilige Zufriedenheit zu dem beschriebenen Item aus.

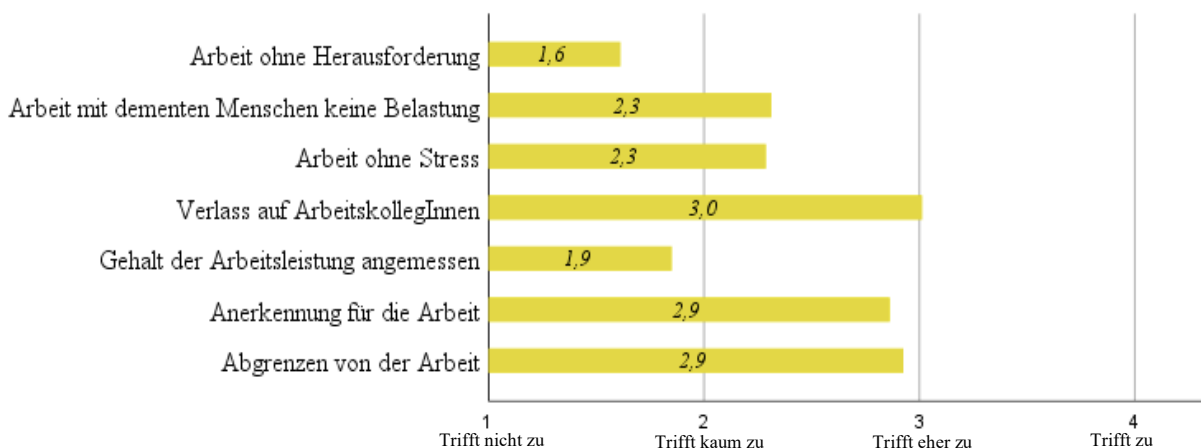


Abbildung 14: Mittelwerte der Zufriedenheit der Pflegekräfte im Beruf

Arbeitstage ohne Herausforderungen gibt es nur für eine der befragten Personen (1,3 %), der Rest fühlt sich mit 71 Nennungen (88,7 %) eher bis zutreffend im Arbeitsalltag herausgefordert. Die Mehrheit der Befragten kann die Arbeit ohne Stress kaum oder nicht erleben. Nur 6 der befragten Personen (7,5 %) gaben ein klares „trifft zu“ bei der Frage, ob sie ihre Arbeit überwiegend ohne Stress erledigen können, an. Die Arbeit mit dementen Menschen findet die Mehrzahl als belastend, nur 5 der Befragten (6,3 %) gaben an, dass dies nicht für sie zu treffe und die Arbeit mit dementen Heimbewohnerinnen und -bewohnern keine Belastung sei.

Eine Zustimmung ergab der Verlass auf Arbeitskolleginnen und Arbeitskollegen, da dieser für 54 der Befragten (67,5 %) gegeben ist.

Ob das Gehalt der eigenen Arbeitsleistung entsprechend angemessen sei, gab der Durchschnitt an, dass dies nicht zutreffe. Nur 5 Personen (6,3 %) aller Befragten gaben an, dass sie das Gehalt als angemessen empfinden.

Die Mehrheit der Befragten (70,0 %) gaben an, sich eher zu Hause von der Arbeit abgrenzen zu können. Nur 4 Personen (5,0 %) gaben an, sich nicht zu Hause abgrenzen zu können. Auch bei der Anerkennung der Mitmenschen für ihren Beruf empfinden die meisten einen Zuspruch, doch für 26 Personen (32,6 %) trifft dies kaum beziehungsweise nicht zu.

8.3.6 Zukunft in der Pflege

Um von den Teilnehmerinnen und Teilnehmer ihre Wünsche bezüglich der Arbeit mit demen-ten Menschen für die Zukunft zu erfahren, wurde diesbezüglich eine Frage mit vorgegebenen Kategorien gestellt. Es bestand auch die Möglichkeit, mit einer offenen Antwortmöglichkeit Wünsche zu ergänzen. Anhand der folgenden Grafik werden die Ausprägungen der vorgegebenen Antworten ersichtlich.

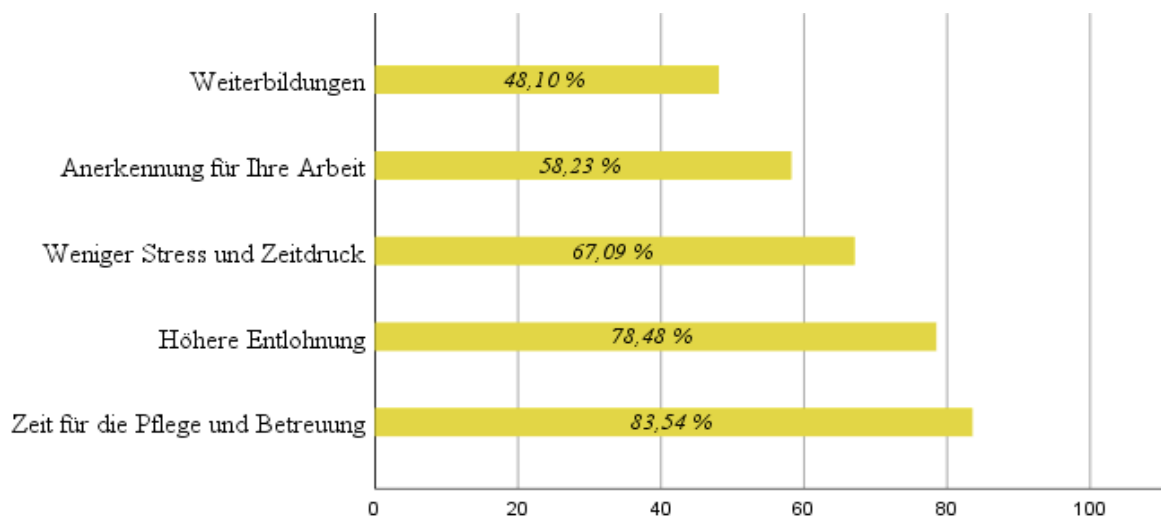


Abbildung 15: Verteilung nach den Wünschen für die Zukunft

In der Gesamtheit wurden 265 Wünsche von 79 der Befragten geäußert. Eine Person der Befragten gab zu dieser Frage keine Antwort. Am häufigsten wurde mehr Zeit für die Pflege und Betreuung von dementen Heimbewohnerinnen und -bewohnern mit insgesamt 66 Nennungen (83,5 %) zum Ausdruck gebracht. Eine höhere Entlohnung wurde von 62 der Befragten (78,5 %) gewünscht. Auch wurden weniger Stress und Zeitdruck während der Arbeit mit 53 Erwähnungen (67,1 %) geäußert. Der Wunsch nach Anerkennung für die Arbeit wurde von knapp über die Hälfte von 46 Pflegekräften (58,2 %) angegeben. Am wenigsten wurde der Wunsch nach Weiterbildungen von 38 Personen (48,1 %) geäußert.

Bei den ergänzenden Vorschlägen wurde der Wunsch nach mehr Personal geäußert, sowie eine bessere Vernetzung und Zusammenarbeit unter den Pflegekräften. Auch wurde der Wunsch nach einer Gesellschaft, die für ihre alten Menschen Sorge trägt, geäußert.

Zum Schluss sollten die Pflegekräfte in einer offenen gestalteten Frage angeben, ob sie sich im späten Lebensabschnitt in einem Pflegeheim gut aufgehoben fühlen würden. Die Auswertung ergab, dass 60 Pflegekräfte (75 %) diese Frage am häufigsten unter der Begründung von Zeit- und Personalmangel verneinten. Weiteres wurde geäußert, dass die Pflege in stationären Einrichtungen einer „Massenabfertigung“ gleichkäme. Ein weiterer ausschlaggebender Aspekt wäre, die nicht vorhandene Berücksichtigung der Individualität eines Menschen - „mit dem Eintritt in ein Pflegeheim man nur eine Nummer sei und seine Gewohnheiten vor der Tür abgeben muss“. Die privaten Gründe lagen bei insgesamt 6 Antworten (7,5 %). Dabei fiel die Begründung beispielsweise darauf, dass das ganze Berufsleben bereits in einem Pflegeheim verbracht wurde. 20 Pflegekräfte (25 %) gaben ein Ja an, diese waren aber auch an manche Bedingungen gefesselt wie zum Beispiel, wenn Zeit für die Bewohnerinnen und Bewohner gegeben ist, der Pflegenotstand bis dahin geregelt und die Selbstbestimmung vorhanden ist. Die Gründe für eine Zustimmung waren unter anderem die professionelle Pflege und Unterstützung, es besser empfunden wird in einem Heim zu sein, als alleine zu Hause oder den Kindern zur Last zu fallen.

Die deskriptive Statistik ergab einen Überblick über den Datensatz und stellte diesen übersichtlich dar. Mit dieser Methode konnten die wesentlichen Aspekte der Daten anschaulich ausgedrückt werden. Für Aussagen, die über die Stichprobe hinausgehen, sind hingegen Methoden der Inferenzstatistik notwendig (vgl. Janczyk/Pfister 2013, S. 1).

8.4 Inferenzstatistik

Neben der Angabe von beschreibenden Mittelwerten oder Häufigkeiten ist es jedoch auch bestrebt, Aussagen über bestimmte Hypothesen zu treffen. Eine Hypothese stellt eine Vermutung über einen bestehenden Sachverhalt dar (vgl. Cleff 2019, S. 139).

Jede wissenschaftliche Aussage hat zum Ziel, möglichst allgemeingültig zu sein. Das bedeutet, dass wissenschaftliche Erkenntnisse über Sachverhalte, Zusammenhänge und Gesetzmäßigkeiten erst durch ihren großen Geltungsbereich an Gewicht zunehmen, sprich für eine große Zahl von Sachverhalten oder für eine große Masse von Menschen zutreffend sind. Die Aufgabe der Inferenzstatistik ist es, Schlüsse von der Stichprobe auf eine Population sowie Aussagen über die Gültigkeit dieser Schlüsse zu ziehen (vgl. Schäfer 2011, S. 9-12). Dazu müssen im Vorhinein die aufgestellten Hypothesen geprüft werden (vgl. Blanz 2015, S. 137). Solche

Hypothesen beziehen sich entweder auf Zusammenhänge zwischen Variablen, oder auf Unterschiede zwischen bestimmten Gruppen. Eine Zusammenhangshypothese bezieht sich auf den Zusammenhang zwischen zweier Variablen, darunter wird die Korrelation verstanden. Hierzu werden die Ausprägungen beider Variablen aus ein und derselben Stichprobe von Personen untersucht und geprüft, ob beide Variablen in einem statistischen Zusammenhang stehen und dies mehr als nur zufälliger Natur ist. Das dabei entstehende Resultat wird als Effekte betitelt. Der Effekt bezieht sich immer auf eine unabhängige Variable, die eine bestimmte Wirkung auf eine abhängige Variable ausüben soll (vgl. Schäfer 2011, S. 37f.).

Im Zuge der Überprüfung der Ausprägungen von Hypothesen werden diese be- oder widerlegt. Dabei werden in den empirischen Untersuchungen zwischen zwei Typen von Hypothesen unterschieden. Die Nullhypothese (H_0) geht davon aus, dass ein bestimmtes Charakteristikum nicht existiert, während die Alternativhypothese (H_1) annimmt, dass eben dieser Effekt sehr wohl bestehend ist (vgl. Blanz 2015, S. 137). Dabei stellt die Nullhypothese die Basis dar, anhand dieser wird entschieden, ob die Alternativhypothese akzeptiert oder verworfen werden kann (vgl. Bortz/Schuster 2010, S. 99).

Aus den gewonnenen Ergebnissen aus der Hypothesenprüfung können Theorien aufgestellt werden (vgl. Bortz/Döring 2016, S. 52). Doch handelt es sich hierbei lediglich um Wahrscheinlichkeitsaussagen, da endgültig keine sozialwissenschaftliche Hypothese weder verifiziert noch falsifiziert werden kann (vgl. Blanz 2015, S. 137). Dabei besteht das Risiko, dass die Effekte einer Stichprobe nur durch Zufall zustande kommen und nicht auf die Grundgesamtheit der Population übertragbar sind. Dazu wird zu den gefundenen Zusammenhängen auch angegeben, wie stark die Erkenntnisse als Verallgemeinerung auf die Population übertragen werden können. Dazu gibt es verschiedene Möglichkeiten, für diese Forschung war der Signifikanztest relevant (vgl. Schäfer 2011, S. 38). Hierzu wird mit Hilfe der Irrtumswahrscheinlichkeit angegeben, wie signifikant ein bestimmtes Merkmal ist (vgl. Blanz 2015, S. 137). Ein Ergebnis wird als statistisch signifikant angesehen, wenn die Irrtumswahrscheinlichkeit kleiner als das Falsifikationskriterium festgelegte Signifikanzniveau von üblicherweise 5 % ausfällt (vgl. Bortz/Döring 2016, S. 53). Auch in dieser vorliegenden Forschung wird von einer üblichen Irrtumswahrscheinlichkeit von 5 % ausgegangen.

Zur Prüfung der Hypothesen werden verschiedene Testverfahren benötigt. Hierzu unterscheiden sich die Methoden anhand der Stichprobe und dem Messniveau der Variablen. Bei dieser Forschung handelt es sich um eine unabhängige Stichprobe, dies hat zur Bedeutung, dass die Umfrage nur einmal stattfand und die Personen somit nur einmal befragt wurden - es keine Messwiederholungen gab, die für einen Vergleich herangezogen werden können.

Für die vorhandenen nominal- und ordinal-skalierten Daten werden nicht-parametrische Verfahren herangezogen, da die Variablen höchstens in einer kleiner oder größer Relation zueinanderstehen. Aus der Auswahl an nicht-parametrischen Verfahren wurde der Chi-Quadrat (kurz χ^2) mit Cramer-V (kurz V) herangezogen, welcher die empirische Verteilung mit einer theoretisch zu erwartenden Verteilung und die beobachteten mit den erwarteten Häufigkeiten vergleicht. Sowie zur Prüfung der Zusammenhänge mit der Rangkorrelation nach Spearman (kurz r). Bei beider dieser Verfahren stellt die Nullhypothese die zu erwartenden Häufigkeiten dar, gegen die es zu prüfen gilt.

Zeigt der Test eine Signifikanz, dann heißt das, dass die Häufigkeitsverteilung der einen Variable abhängig von der Verteilung der anderen Variable ist. Ergänzend wurde der Unabhängigkeitstest mittels einer Kreuztabelle herangezogen, um zu erkennen, wo genau die Zusammenhänge liegen (vgl. Schäfer 2011, S. 139-150).

Hypothese in Bezug zum Geschlecht und dem erlernten Beruf

Wie zuvor bei der Erläuterung der Stichprobe erwähnt, zielt die Erhebung nicht auf einen Vergleich zwischen den Geschlechtern der Probandinnen und Probanden, doch zeigt sich bei der Prüfung der Hypothesen eine hervorstechende Tendenz. Dazu werden das Geschlecht und der erlernte Beruf der Probandinnen und Probanden näher betrachtet und zwei Hypothesen gestellt.

H0: Zwischen dem Geschlecht und dem erlernten Beruf besteht kein Zusammenhang.

H1: Zwischen dem Geschlecht und dem erlernten Beruf besteht ein Zusammenhang.

Die genannten Hypothesen enthalten eine abhängige und eine unabhängige Variable. Die abhängige Variable ist der erlernte Beruf und die unabhängige Variable ist das Geschlecht. Der Zusammenhang zwischen den Variablen wurde mit dem Chi-Quadrat-Test nach Pearson und dem Cramer-V geprüft. Es besteht eine signifikante Abweichung von der Normalverteilung. Die Nullhypothese muss verworfen und die Alternativhypothese angenommen werden. Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und dem erlernten Beruf.

($\chi^2= 21,4$; V= 0,41; p= 0.045)

Mittels der Darstellung einer Kreuztabelle wurde nach dem Zusammenhang gesucht. Werden den erlernten Berufen eine Rangfolge mit Hilfe der Höhe des Stellenwertes und Verantwortung vergeben, zeigt sich im Vergleich zum Geschlecht, dass die männlichen Probanden in den höheren Rängen der Berufe vertreten sind. Als Beispiele lassen sich hier diplomierter Krankenpfleger, Stationsleiter und Pflegedienstleitung nennen.

Hypothese in Bezug auf das Wissen der Pflegekräfte im Umgang mit Demenz

Zur Prüfung eines Zusammenhanges zwischen der Dauer der Berufserfahrung der befragten Personen und deren Wissen im Umgang mit dementen Menschen, wurden zwei Hypothesen gestellt.

H0: Die Berufserfahrung hat keinen Einfluss auf das Wissen im Umgang mit Demenz.

H1: Die Berufserfahrung hat einen Einfluss auf das Wissen im Umgang mit Demenz.

Die abhängige Variable ist das Wissen im Umgang mit Demenz und die unabhängige Variable ist die Berufserfahrung. Der Zusammenhang wurde erneut mit dem Chi-Quadrat-Test und Cramer-V geprüft. Die Nullhypothese kann nicht verworfen werden, da keine signifikante Abweichung von der Normalverteilung gegeben ist. Das Wissen im Umgang mit Demenz ist gleich häufig in Bezug zur Berufserfahrung verteilt.

$(\chi^2= 3,3; V= 0,20; p= 0.517)$

Hypothese in Bezug auf die zur Verfügung stehende Zeit für die Pflege

Es soll geprüft werden, ob ein Zusammenhang zwischen der zur Verfügung stehenden Zeit für die Pflege und der zu erhaltenen Aufmerksamkeit sowie Zuwendung an das demenziell beeinträchtigte Klientel besteht.

H0: Die Zeit für die Pflege steht in keinem Zusammenhang mit der Aufmerksamkeit und Zuwendung die demente Heimbewohnerinnen und Heimbewohner erhalten.

H1: Die Zeit für die Pflege steht im Zusammenhang mit der Aufmerksamkeit und Zuwendung die demente Heimbewohnerinnen und Heimbewohner erhalten.

Die abhängige Variable ist die Zuwendung und Aufmerksamkeit für demente Heimbewohnerinnen und Heimbewohner und die unabhängige Variable ist die Zeit für die Pflege. Die Prüfung mit der Korrelation nach Spearman ergab einen positiven Wirkungszusammenhang. Die Nullhypothese muss verworfen und die Alternativhypothese angenommen werden. Je mehr Zeit für die Pflege der dementen Heimbewohnerinnen und Heimbewohner vorhanden ist, umso mehr Zuwendung und Aufmerksamkeit erhalten diese.

$(r= 0,42; p= 0,000)$

Hypothesen in Bezug auf Beschäftigungsangebote für das demenziell beeinträchtigte Klientel

Anhand des Angebotes an Beschäftigungsaktivitäten und der Beteiligung der dementen Heimbewohnerinnen und -bewohner soll dargelegt werden, ob sich ein Zusammenhang zeigt.

H0: Das Beschäftigungsangebot steht in keinem Zusammenhang mit der Beteiligung dementer Heimbewohnerinnen und Heimbewohner an Tätigkeiten auf der Station.

H1: Das Beschäftigungsangebot steht im Zusammenhang mit der Beteiligung dementer Heimbewohnerinnen und Heimbewohner an Tätigkeiten auf der Station.

Die abhängige Variable ist die Beteiligung an Tätigkeiten und die unabhängige Variable ist das Angebot an Beschäftigungen in den einzelnen Einrichtungen. Die Überprüfung fand mittels Korrelation nach Spearman statt und ergab eine positive Korrelation. Die Nullhypothese muss verworfen und die Alternativhypothese mit dem Wirkungszusammenhang verifiziert werden. Je größer das Angebot an Beschäftigungen in den Einrichtungen ist, desto höher ist die Beteiligung der dementen Heimbewohnerinnen und Heimbewohner an Tätigkeiten im Alltag.

($r = 0,44$; $p = 0,000$)

Ebenso soll geprüft werden, ob das Beschäftigungsangebot für das demenziell beeinträchtigte Klientel im Zusammenhang mit einer stressfreien Arbeit für die Pflegekräfte steht, hierzu wurden zwei Hypothesen gestellt.

H0: Das Beschäftigungsangebot für demente Heimbewohnerinnen und Heimbewohner steht nicht im Zusammenhang mit einer stressfreien Arbeit für Pflegekräfte.

H1: Das Beschäftigungsangebot für demente Heimbewohnerinnen und Heimbewohner steht im Zusammenhang mit einer stressfreien Arbeit für Pflegekräfte.

Die abhängige Variable ist die stressfreie Arbeit und die unabhängige Variable ist das Beschäftigungsangebot für die demenziell beeinträchtigten Heimbewohnerinnen und Heimbewohner. Mit Hilfe der Korrelation nach Spearman konnte ein positiver Zusammenhang zwischen diesen Variablen festgestellt werden. Die Nullhypothese muss verworfen und die Alternativhypothese angenommen werden. Je größer das Beschäftigungsangebot für das demenziell beeinträchtigte Klientel ist, umso garantierter ist eine stressfreie Arbeit für die Pflegekräfte in den Einrichtungen.

($r = 0,27$; $p = 0,012$)

Hypothesen in Bezug auf herausfordernde Verhaltensweisen

Ein Zusammenhang zwischen den herausfordernden Verhaltensweisen und die Bewertung der Pflegekräfte, dass die Arbeit mit dementen Menschen als belastend empfunden wird, soll geprüft werden. Dazu wurden zwei Hypothesen gestellt.

H0: Die Wahrnehmung von herausfordernden Verhaltensweisen im Arbeitsalltag hat keinen Einfluss auf das Empfinden der Arbeit als belastend.

H1: Die Wahrnehmung von herausfordernden Verhaltensweisen im Arbeitsalltag hat einen Einfluss auf das Empfinden der Arbeit als belastend.

Die abhängige Variable ist das Empfinden einer Belastung und die unabhängige Variable ist die Wahrnehmung. Anhand dem Chi-Quadrat-Test und Cramer-V wurde der Einfluss geprüft. Die Nullhypothese muss verworfen und die Alternativhypothese angenommen werden, da ein positiver Zusammenhang besteht. Die Wahrnehmung von herausfordernden Verhaltensweisen bei den dementen Heimbewohnerinnen und -bewohnern erhöht das Empfinden der Pflegekräfte die Arbeit als belastend zu bewerten.

$$(\chi^2 = 9,4; V = 0,35; p = 0,024)$$

Hier wird näher geprüft, ob ein Zusammenhang zwischen der Überforderung der Pflegekräfte im Umgang mit dementen Heimbewohnerinnen und -bewohnern und deren Gefühl vom Verhalten dieser persönlich angegriffen zu sein, besteht.

H0: Die Überforderung im Umgang mit dementen Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern steht nicht im Zusammenhang mit der persönlichen Angegriffenheit der Pflegekräfte.

H1: Die Überforderung im Umgang mit dementen Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern steht im Zusammenhang mit der persönlichen Angegriffenheit der Pflegekräfte.

Die abhängige Variable ist die persönliche Angegriffenheit der Pflegekräfte und die unabhängige Variable ist die Überforderung im Umgang mit dementen Heimbewohnerinnen und -bewohnern. Der Zusammenhang wurde mit der Korrelation nach Spearman geprüft. Die Nullhypothese muss verworfen werden, da die signifikante Abweichung unter der zulässigen Fehlergrenze von 5 Prozent liegt. Die Alternativhypothese wird angenommen. Je mehr sich die Pflegekräfte im Umgang mit dementen Heimbewohnerinnen und -bewohnern überfordert fühlen, umso mehr fühlen sie sich von deren Verhalten persönlich angegriffen.

$$(r = 0,36; p = 0,001)$$

Die Hypothesenprüfung anhand der Träger und Größe der Einrichtungen ergaben keine signifikanten Abweichungen von der Normalverteilung hinsichtlich der Angebote an Freizeitbeschäftigungen für demente Heimbewohnerinnen und -bewohner, sowie dem Angebot an Fort-

und Weiterbildungen für die Pflegekräfte und weiteres, weshalb darauf nicht näher eingegangen wird.

8.5 Interpretation der empirischen Ergebnisse

Im Zuge der statistischen Auswertung der Befragung wurden bereits einige Ergebnisse grafisch dargestellt und die aufgestellten Hypothesen überprüft. Die Resultate zielen auf die Zusammenhänge im Umgang mit dementen Menschen und Ursachen für herausforderndes Verhalten bei Demenz. Es folgt die Beantwortung der Forschungsfrage und den aufgestellten Annahmen sowie die Zusammenfassung der Ergebnisse.

Die Voraussetzung dieser vorliegenden Schrift kann gleich zu Beginn niedergelegt werden. In stationären Einrichtungen zeigen sich bei Menschen mit Demenz herausfordernde Verhaltensweisen, diese werden sogar von den Pflegekräften als größte Herausforderung im Umgang mit dementen Menschen angesehen. Weiter konnte ein Zusammenhang zwischen der Überforderung durch herausfordernde Verhaltensweisen und der Deutung des Verhaltens durch die Pflegekräfte festgestellt werden, je mehr sich die Pflegekräfte im Umgang mit dementen Heimbewohnerinnen und -bewohnern überfordert fühlen, umso mehr fühlen sie sich von deren Verhalten persönlich angegriffen. Verhaltensweisen können sich in verschiedensten Ausprägungen zeigen, doch machen sich die Desorientierung, Herumwandern und Unruhe am häufigsten im Arbeitsalltag der Pflegekräfte bemerkbar. Die Hintergründe dieser Tendenzen können darin begründet sein, dass die Desorientierung im fortgeschrittenen Stadium der Demenz vermehrt auftritt und mit Voranschreiten der Demenz ein Aufenthalt im Pflegeheim immer voraussichtlicher wird. Ein weiterer Grund beruht darauf, dass die Unruhe, das am häufigsten beschriebene Symptom bei Menschen mit Demenz ist und diese Unruhe sich im Herumwandern äußern kann (vgl. Grond 2005, S. 211). Das Wandern und Weglaufen von dementen Heimbewohnerinnen und -bewohnern stellt für die Pflegekräfte eine große Problematik dar und ist in der großen Verantwortung begründet, durch die Gefährdung der unbemerkt weggelaufenen dementen Heimbewohnerinnen und Heimbewohner sowie dem einhergehenden Zeitaufwand, den es für die Suche braucht (vgl. Bartholomeyczik/Halek 2006, S. 35). Zwar können solch Verhaltensweisen für die Umgebung eine Herausforderung darstellen, doch können sie unter Umständen für den Menschen mit Demenz mit Wohlbefinden verbunden und aus seiner Perspektive sinnvoll erscheinen. Als Beispiel sei noch einmal auf das Herumwandern einzugehen, aus Sicht des Menschen mit der Demenz wird diese als sinnvolle Aktivität gesehen, um sich in Aktivität zu begeben und so auf mögliche innere Spannungen zu reagieren. Die Pflegekräfte sind daher gefordert, herausfordernde Verhaltensweisen zu tolerieren, wenn es für den Menschen mit

Demenz mit Lebensqualität einhergeht, sofern niemand zu Schaden kommt (vgl. Schwarz 2009, S. 116-119). In der Befragung wurde versucht von den Pflegekräften zu erfahren, inwiefern sie im Umgang mit demente Heimbewohnerinnen und -bewohnern auf Korrekturen in der Kommunikation und von unerwünschtem Verhalten zurückgreifen. Dazu gab die Mehrheit an keine Korrekturen im Umgang mit dementen Heimbewohnerinnen und -bewohnern anzuwenden. Dennoch besteht eine geringe Anzahl an Pflegekräften, die dennoch auf Korrekturen im Umgang zurückgreifen, da das Verhalten als sozial unerwünscht bewertet wird, oder um die Realität für die dementen Heimbewohnerinnen und -bewohner leichter zu gestalten. Inwiefern diese Angaben zum Umgang seine Richtigkeit haben, sei an dieser Stelle so hingestellt, da das subjektive Erleben von Pflegekräften und die damit in Verbindung stehenden Handlungsstrategien nur als prozesshaftes und individuelles Geschehen zu deuten ist, was mit den Mitteln dieses standardisierten Verfahren nicht angemessen dargestellt werden kann (vgl. Höwler 2008, S. 17). Auch in Berücksichtigung der nachfolgenden Tatsache, dass fast jede Pflegekraft angab, im Arbeitsalltag verbaler oder körperlicher Gewalt ausgesetzt zu sein. Diese aggressiven Verhaltenstendenzen können unterschiedliche Ausprägungen und Ursachen haben, beispielsweise durch die emotionale Instabilität und den Verlust der Impulskontrolle sowie der Überreizung und Überforderungen in Situationen der Hauptauslöser sein können (vgl. Kastner/Löbach 2018, S. 17). Diese Überforderungen können ebenso durch ständige Korrekturen oder gutgemeinte Ratschläge entstehen (vgl. Gatterer/Croy 2005, S. 128).

Ein weiterer Zusammenhang zeigt sich darin, dass die Pflegekräfte sich weniger herausgefordert fühlen, umso mehr die dementen Heimbewohnerinnen und -bewohner bei Tätigkeiten auf der Station teilnehmen. Dazu ergänzend zeigt sich, dass je größer das Beschäftigungsangebot für demente Heimbewohnerinnen und -bewohner in einer Einrichtung ist, umso stressfreier wird die Arbeit von den Pflegekräfte empfunden. In einigen Einrichtungen werden spezielle Freizeitangebote sowie Therapien, wie Gruppenarbeiten oder Gedächtnistraining für das demente Klientel angeboten. Allerdings sind dies nicht einmal die Hälfte der befragten Einrichtungen. Es bestehen keine Zusammenhänge zwischen dem Träger und der Größe der Einrichtung in Bezug auf Freizeitaktivitäten und Therapien für demente Heimbewohnerinnen und -bewohner, doch zeigt sich, dass private Träger diese am häufigsten anbieten. Doch so gering wie dieses Angebot an Beschäftigungsaktivitäten und Therapien ausfällt, so gering zeigt sich auch die Teilhabe der dementen Heimbewohnerinnen und Heimbewohner an den alltäglichen Tätigkeiten auf der Station. Laut der Ergebnisse aus den Untersuchungen von Kolanowski und Litaker fehlt einfach die Zeit dafür, die Folge daraus, dass demente Heimbewohnerinnen und Heimbewohner beschäftigungslos sind (vgl. Kolanowski/Litaker 2006, S. 17). So zeigt sich

auch bei den Ergebnissen dieser Forschung, je größer das Angebot an Beschäftigungen in den Einrichtungen, desto höher ist die Beteiligung der dementen Heimbewohnerinnen und -bewohner an Tätigkeiten im Alltag.

Weiteres gaben die Pflegekräfte an, dass für die Pflege noch weniger Zeit zur Verfügung ist, wie für die Betreuung. Jedoch ist diese vorhandene Zeit laut den Pflegekräften nicht mal ausreichend für die Kommunikation vorhanden, sodass sich Pflegekräfte hoch einstimmig mehr Zeit für längere Gespräche mit den demenziell beeinträchtigten Bewohnerinnen und Bewohner wünschen.

Die Grundhaltung der Pflegekräfte den dementen Heimbewohnerinnen und -bewohnern gegenüber fällt sehr positiv aus. Die von Respekt und Wertschätzung getragene Haltung der Pflegekräfte ist gegenüber den dementen Heimbewohnerinnen und -bewohnern eine wesentliche Säule für den demenzsensiblen Umgang (vgl. Kirchen-Peters 2012, S. 51f.). Dabei legen sie Wert auf die emotionalen Bedürfnisse. Im Umgang zeigen sie eine hohe Geduldspanne und reflektieren ihre eigenen Einstellungen gegenüber älteren Menschen. Gerade die subjektiven und oft unreflektierten Einstellungen gegenüber Menschen mit Demenz üben einen nicht zu vernachlässigenden Einfluss auf die Qualität der Betreuung und Pflege aus. Das Verständnis gegenüber Menschen mit Demenz ist neben Persönlichkeitseigenschaften, sowie Selbstreflexion und Einfühlungsvermögen abhängig. Zwar treffen diese Ergebnisse nicht auf jede einzelne Pflegekraft zu, dennoch zeigen sich positive Tendenzen. Das Zentrum der sozialen Umwelt in der Betreuung und Pflege nimmt die Pflegeperson selbst ein, welche als Trägerin oder Träger von Fachwissen und -kompetenz gesehen wird. Dennoch gelingt nicht allen Pflegekräften, selbst bei gleichem Qualitätsprofil, die Pflege von Menschen mit Demenz in gleicher Weise zu gewährleisten (vgl. Blaser/Becker/Wittwer/Berset 2015, S. 153).

Auch das Wohlbefinden der Pflegekräfte nimmt Einfluss auf die Qualität der Pflege und Betreuung. Zwar wird von den Pflegekräften selbstverständlich erwartet, eine optimale Arbeitsleistung zu erbringen. Doch diese hängt von den Arbeitsbedingungen, der Fähigkeit zur Motivation und den Fertigkeiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ab (vgl. Hausman 2005, S. 249).

Die Annahme, dass die Berufserfahrung im Zusammenhang mit dem Wissen im Umgang mit dementen Heimbewohnerinnen und -bewohnern steht, konnte widerlegt werden. Die Dauer der Berufserfahrung nimmt keinen Einfluss auf das Demenzwissen der Pflegekräfte. Generell kann nur ein Drittel der Pflegekräfte eine spezielle Ausbildung für den Umgang mit Demenz vorweisen, dazu wurden als Beispiele Validation oder Demenzbegleiterin und -begleiter genannt. Doch der Wunsch nach mehr Wissen besteht bei der Mehrheit der Pflegekräfte. Allerdings

bieten viele der Einrichtungen keine Möglichkeiten zur Fort- und Weiterbildung zum Thema Demenz an.

Ergänzend geben die Pflegekräfte Wünsche für die Zukunft im Bereich der Pflege und Betreuung zum Ausdruck. Der zuvor erwähnte Zeitmangel bewirkt, dass die Pflegekräfte als größten Wunsch sich einfach Zeit für die Pflege und Betreuung wünschen, zum Beispiel um längere Gespräche mit dementen Heimbewohnerinnen und -bewohnern führen zu können. Hierzu muss zwischen weniger Stress und Zeitdruck differenziert werden, da dies von beträchtlich weniger Pflegekräften gewünscht wurde. Weiteres wurde der Wunsch nach einer höheren Entlohnung geäußert, welche schwierig als Einzelne oder Einzelner umsetzbar ist, doch der Wunsch nach Anerkennung für die geleistete Arbeit der Pflegekräfte sollte für jeden Einzelnen machbar sein. Zum Schluss sei erwähnt, dass nicht nur anhand der Wünsche der Pflegekräfte, sondern auch durch die Ergebnisse ersichtlich geworden ist, dass Handlungsbedarf besteht. Nicht zuletzt, da sich selbst die Pflegekräfte in der Rolle eines auf Hilfe anderer angewiesenen Menschen in einem Altenpflegeheim nicht gut aufgehoben fühlen würden.

9. Zusammenfassung mit Ausblick

Beim Versuch, Brücken in die Welt der Demenz zu bauen, liegt die Herausforderung für uns Menschen bereits darin, dass wir es verlernt haben, Hilfe anzunehmen. Schon bei dem Gedanken, jemandem zur Last zu fallen, macht sich Nervosität bemerkbar. Tief scheint die Einstellung in einem verankert zu sein, dass nur ein lebenswertes Leben dann geführt werden kann, solange man ein aktives und sich selbst beherrschendes Individuum ist. Diese alten Lebensrhythmen versuchen wir gekonnt zu überspielen, weil wir mit guten Aussichten in der modernen Gesellschaft ein langes, gesundes und handlungsfähiges Leben zu führen vermögen.

Der menschliche Lebenslauf unterliegt einem Wandel, denn die Menschen werden älter, die Lebensgeschichte jedes einzelnen umfasst eine immer länger werdende Zeitspanne. In dieser Entwicklung erhält die Demenz zunehmend gesellschaftliche Aufmerksamkeit, dies hat häufig damit zu tun, dass viele Menschen in ihrem Familien-, Bekannten- oder Freundeskreis diese Erfahrungen aktuell miterleben oder miterlebt haben. Diese persönliche Betroffenheit erhöht die Sensibilität für den Versorgungsbedarf und für die Bedürfnisse demenziell beeinträchtigter Personen. Der kontinuierliche Anstieg der Zahl an Menschen mit demenziellen Veränderungen führt nicht nur zur Notwendigkeit, kausale Ansätze zur Therapie und Betreuung zu entwickeln, sondern ebenso zu einem intensiv geführten öffentlichen Diskurs über den Umgang mit den Grenzen des Lebens.

Anders als die Medizin ist die Pflege auf ihre Konzepte betreffend des Umgangs mit alten, demenziell beeinträchtigten Menschen auf verstehende, sozialpsychologische und sozialwissenschaftliche Ansätze angewiesen. Insbesondere die Inhalte einer Demenz, das, was demenziell beeinträchtigte Menschen kommunizieren, müssen vor dem Hintergrund der Lebensgeschichte, der Entwicklungsaufgaben und -krisen des hohen Lebensalters und der Andersartigkeit alter dementer Menschen verstanden werden.

Das steigende Unvermögen, die Umwelt angemessen zu bewältigen, führt bei Personen mit demenziellen Veränderungen zu einer Zunahme der Stresssymptome. Diese können sich in Form von Unruhe, Schreien, Angst, Flucht, Apathie und Aggressivität äußern. Allerdings können herausfordernde Verhaltensweisen auch der Ausdruck Wohlbefindens sein. Darum ist es von besonderer Bedeutung, die Verhaltensweisen von demenziell beeinträchtigten Menschen entsprechend zu interpretieren und nicht prinzipiell zu vermeiden. Auch können herausfordernde Reaktionen ein Ausdruck von Bedürfnissen sein. Bindung, Respekt, Identität, Einbeziehung, Beschäftigung, Verständnis und Trost sind die Grundbedürfnisse eines Menschen mit Demenz. Die Betroffenen sollen als aktive und am Leben teilnehmende Individuen wahrgenommen werden und nicht nur als Kranke oder Pflegebedürftige stigmatisiert werden. Nur so ergibt sich die Chance, als ein würdiger Mensch und nicht als ein Krankheitsfall behandelt zu werden. Das Ziel sollte sein, Umgebungen zu schaffen, die für demente Menschen ein Sicherheits- und Geborgenheitsgefühl vermitteln und Angst sowie Scham eindämmen. Diese Bedürfnisse der Menschen mit Demenz wahrzunehmen, führt bei Pflegekräften dazu, ideenreich und produktiv zu werden und ermöglicht somit eine fachgerechte, effiziente und humane Sorge sowie Pflege.

Auf die Frage, mit welchem Ansatz herausforderndem Verhalten wirksam begegnet werden kann, lässt sich die Antwort auf eine derartige Patenttherapie nicht finden. Angesichts der multifaktoriellen Ursachen von herausforderndem Verhalten ist meist ein sorgfältiges Assessment notwendig, um daraus den jeweiligen Handlungsrahmen auszurichten und eine auf das Individuum zugeschnittene Intervention ableiten zu können. Pflegeeinrichtungen sollen sich der Förderung des Wohlbefindens ihrer Klientinnen und Klienten sowohl mit Präventions- als auch mit Interventionsstrategien widmen. Jedoch zeigt sich deutlich, dass es nicht ausreicht, über ein großes Methodenasservat im Umgang mit dementen Menschen zu verfügen, wenn Grundprinzipien der demenzsensiblen Interaktion nicht eingehalten beziehungsweise beachtet werden. Die Interventionen zielen darauf ab, den Menschen mit Demenz in seinem Person-Sein anzunehmen, seine Bedürfnisse zu befriedigen, seine verbleibenden Kompetenzen zu fördern, Defizite auszugleichen und ihn auf seinem Weg voller Ungewissheit zu begleiten. Somit sind in

der Pflege sowie Betreuung von Menschen mit Demenz eine Vielzahl an pädagogischen Handlungsfeldern möglich und auch notwendig. Neben der direkten pädagogischen Betreuung gehören auch die Beratung, Fort- und Weiterbildung sowie die Öffentlichkeitsarbeit zu den Handlungsfeldern, die als übergreifendes Ziel die Lebensqualität der Betroffenen verbessert und dem strukturellen Wandel der Gesellschaft gerecht werden kann. Im geprägten Spannungsfeld der Pflege durch alltägliche Beziehungen zum betroffenen Menschen und den damit einhergehenden Unsicherheiten und Widersprüchen reichen Handlungen mit Herz und Anstand, wie es in der Öffentlichkeit vertreten wird, nicht aus. Ergänzend braucht es spezifische, ethische und fachliche Kompetenzen, diese müssen durch regelmäßige Schulungen in Form von Weiterbildungen und Fallbesprechungen stets weiterentwickelt werden. Doch gerade im Hinblick auf Fort- und Ausbildungen zeigen viele Einrichtungen noch großen Handlungsbedarf.

Ebenso lassen die versorgenden Institutionen es in der Regel nicht zu, dass Motive und Anlässe des Verhaltens des demenziell beeinträchtigten Menschen verstanden und geduldig darauf eingegangen wird. Demzufolge zeigen sich in der Beziehung und Interaktion mit dementen Menschen besondere Unsicherheiten und Wertekonflikte. Die Pflegenden stehen einem Klientel gegenüber, die ihre Bedürfnisse nur schlecht oder gar nicht verbal äußern können, ihren Willen nur selten oder gar nicht ausdrücken oder auf pflegerische Maßnahmen mit herausforderndem Verhalten reagieren. Zusätzlich neigen Pflegekräfte dazu, das Verhalten dementer Bewohnerinnen und Bewohner aufgrund des Hintergrunds ihrer beruflichen Sozialisation in Kategorien medizinischer oder diagnostischer Zuschreibungen zu interpretieren und zu bewerten.

Die Interaktion mit dementen Menschen wird als ein Balancieren zwischen Widersprüchen gesehen. Pflegenden müssen ihre eigenen professionellen Werte mit dem Verhalten der demenziell beeinträchtigten Betroffenen in Übereinstimmung bringen, um einen Zugang zur Person zu finden. Dieser Prozess löst in den Pflegenden oft widersprüchliche Gefühle aus. Eine professionelle demenzsensible Lebensbegleitung, die nicht nur den Menschen mit Demenz, sondern ebenfalls die betreuenden Personen miteinschließt, kann erheblich zur Verbesserung der Lebensqualität aller Beteiligten beitragen.

Diese alltäglichen Interaktionen finden innerhalb mehr oder weniger engen Rahmenbedingungen der stationären Langzeitpflege statt. Da diese Bedingungen unter anderem zunehmend von ökonomischen Zwängen wie Stellenabbau oder Zeitdruck geprägt sind, die oft nicht mit den beruflichen Werten einer guten Pflege in Einklang zu bringen sind, nimmt die Belastung der Pflegenden kontinuierlich zu. Die Pflegewissenschaft formuliert zwar Zielsetzungen einer lebensweltbezogenen Pflege als Begleitung in der Bewältigung der Lebenskrisen. Erfolgt jedoch

dieses Bestreben mit Zeitdruck und Gebundenheit an körperliche Funktionen in eingegrenzten Abrechnungsmodulen, ist dieses Ziel konzeptionell und strukturell schwer einlösbar.

Diesem Dilemma an Fachkräftemangel und zu bemängelnden Arbeitsbedingungen kann nur durch eine grundsätzliche Aufwertung der Pflegeberufe, die der hohen und weiterwachsenden gesellschaftlichen Bedeutung gerecht werden, abgeholfen werden. Gesetze zur Pflegeversicherung sollen diejenigen, die in diesen Bereichen tätig sind, in die Lage versetzen, eine qualifizierte und humane Arbeit leisten zu können. Ebenfalls ist das Wohl der Pflegekräfte ein hohes Gut, welches es zu schützen sowie zu stärken gilt. Die Verantwortung hierfür liegt bei den Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber, politischen Akteuren wie dem Sozialpartner sowie den Pflegekräften selbst.

Die Forschung hat bestehende Problemlagen aufgegriffen, doch politische Antworten und damit einhergehend die Schaffung der Rahmenbedingungen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in diesem wachsenden Arbeitsfeld stehen vielfach noch aus. Es wird somit eine Politik weg von der Gleichgültigkeit und hin zum Mitgefühl gefordert. Das Reservoir an Nächstenliebe muss tief ausgehoben werden, etwa wie durch vorausgeschenkte Liebe der Heranwachsenden. Es gilt wohl in der Jugend bereits dieses Reservoir entstehen zu lassen und nicht als bloße Bringschuld zu betrachten, die sie dann über einen Generationenvertrag zurückerstatten müssen. Letztendlich schauen Heranwachsende auf mögliche Aspekte der eigenen persönlichen Zukunft in unserer Gesellschaft des langen Lebens.

Ein gelingender Umgang mit Demenz ist eine ungelöste Aufgabe, die nicht nur die Sozial- und Gesundheitspolitik, sondern auch unser Verständnis als Teil einer Gesellschaft in Zukunft vielfältig in Frage stellt. Dabei liegt das Hauptaugenmerk auf der ethischen und insbesondere auf der sozialetischen Herausforderung des Themas. Es steht außer Frage, dass ein soziales Klima geschaffen werden muss, in dem Menschen mit Demenz ohne Angst und möglichst lange selbstbestimmt leben können. Hierzu ist es von Notwendigkeit, Netzwerke aufzubauen, denn aufgrund der zukünftig steigenden Lebenserwartung eines Menschen muss vermehrt die Gemeinschaft für die Versorgung aufkommen, vor allem, wenn sich die familiären Strukturen, wie wir sie kennen, verändern - umso bedeutender wird die Rolle der Öffentlichkeits- und Aufklärungsarbeit.

Die Möglichkeiten zur Mitverantwortung in unserer Gesellschaft sind ausschlaggebend, weil sie dazu beitragen, das gesellschaftliche Bild des Alterns grundlegend zu verändern. Ältere Menschen können selbst Veränderungen des Altersbildes anstoßen. Indem sich diese als interessierte, engagierte und offene Menschen zeigen, widerlegen sie das negativ akzentuierte

Altersbild und machen so deutlich, dass Menschen trotz Alterungsprozesse durchaus zu einem produktiven und kreativen Leben fähig sind.

Für den Ausblick in die Zukunft sei auf ein Faktum hingewiesen, das auf alle Pflegenden beziehungsweise professionellen Akteure verschiedenster Institutionen zutrifft, die den Anspruch erheben, die Bedürfnisse derjenige zu vertreten, die mit einer Demenz leben. Keine und keiner von ihnen verfügt über die Erfahrung, wie es tatsächlich ist, mit dieser demenziellen Beeinträchtigung zu leben. Obwohl den meisten dieser Menschen wohlmeinend das Beste in ihrer Absicht liegt, können sie nicht ermessen, wie es wirklich ist, mit einer Demenz zu leben, dennoch besteht kein Unbehagen, einem Menschen den Stempel „Stadium eins“ oder „Stadium drei“ aufzudrücken. Es wird auf möglichst eintönig und vollkommene Vorhersehbarkeit geachtet. Wenn etwas mal nicht funktioniert, dann wird nie wieder darum gebeten, es erneut zu versuchen. Stets wird ein Lebewohl zu Menschen mit Demenz gesagt, anstatt einem freundlichen Hallo.

Vor allem die Demenz im fortgeschrittenen Stadium konfrontiert Betroffene, Angehörige, Pflegende sowie die gesamte Gesellschaft mit Seiten des Lebens, die schwierig und herausfordernd sind und zwar die Verletzlichkeit einer Menschenseele und -würde sowie die Vergänglichkeit des Lebens. Beim Versuch, zu einem tieferen und umfassenderen Verständnis der Lebenssituation des demenziell beeinträchtigten Menschen zu gelangen, ist und bleibt es wünschenswert, auch im Falle einer weit fortgeschrittenen Demenz keinen Schlussstrich unter den Menschen zu ziehen, sondern diesem weiterhin eine hohe Lebensqualität, das heißt viele weitere glückliche sowie professionell betreute Stunden, zu gewährleisten.

10. Literaturverzeichnis

- Arbeiterkammer Wien (2014): Pflege und Betreuung älterer Menschen in Österreich. 1. Auflage. Wien: Rema-Print Verlag.
- Auer, Stefanie/Span, Edith/Donabauer, Yvonne/Reitner, Maria/Helm, Gerlinde (2007): Demenzservicestellen der MAS Alzheimerhilfe Österreich. Eine neue Struktur zur nicht-pharmakologischen Behandlung von Personen mit Demenz und deren Angehörige. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie, H. 20, S. 257-263.
- Bartholomeyczik, Sabine (2004): Operationalisierung von Pflegebedürftigkeit. Assessments und ihre Möglichkeiten. In: Bartholomeyczik, Sabine/Halek, Margareta (Hrsg.): Assessmentinstrumente in der Pflege. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft, S. 11-20.
- Bartholomeyczik, Sabine/Halek, Margareta (2017): Pflege-Report 2017. Pflege von Menschen mit Demenz. In: Jacobs, Klaus/Kuhlmey, Adelheid/Greß, Stefan/Klauber, Jürgen/Schwinger, Antje (Hrsg.): Die Versorgung der Pflegebedürftigen. 1. Auflage. Stuttgart: Schattauer Verlag, S. 51-62.
- Bartholomeyczik, Sabine/Halek, Margareta (2006): Verstehen und Handeln. Forschungsergebnisse zur Pflege von Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Benner, Patricia/Wrubel, Judith (1997): Pflege, Streß und Bewältigung. Gelebte Erfahrung von Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber.
- Berendonk, Charlotte/Stanek, Silke (2010): Positive Emotionen von Menschen mit Demenz fördern. In: Kruse, Andreas (Hrsg.): Lebensqualität bei Demenz? Zum gesellschaftlichen und individuellen Umgang mit einer Grenzsituation im Alter. Heidelberg: Akademische Verlagsgesellschaft, S. 157-176.
- Bischof, Kurt (2006): Erfolgsbedingungen in der Betreuung Demenzerkrankter. Eine Untersuchung zu kritischen Erfolgsfaktoren in stationären Pflegeeinrichtungen. Kassel: Kassel University Press.
- Blanz, Mathias (2015): Forschungsmethoden und Statistik für die Soziale Arbeit. Grundlagen und Anwendungen. Stuttgart: Kohlhammer.
- Blaser, Regula/Becker, Stefanie/Wittwer, Daniela/Berset, Jeanne (2015): Kitwood reconsidered. Personenzentrierung und die Haltung Pflegenden im Umgang mit Menschen mit Demenz. In: Journal für Psychologie, Jg. 23, H. 1, S. 151-167.
- Bortz, Jürgen/Döring, Nicola (2016): Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften. 5. Auflage. Heidelberg: Springer Verlag.

- Bortz, Jürgen/Schuster, Christof (2010): Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler. 7.Auflage. Heidelberg: Springer Verlag.
- Böhm, Winfried (2005): Wörterbuch der Pädagogik. Stuttgart: Alfred Kröner Verlag.
- Bruckler, Ingrid (2013): Pflege alter Menschen. 2.Auflage. Wien: Facultas Verlag.
- Bruder, Jens (1996): Vergessen und Traurigkeit. Psychische Veränderungen im Alter. In: Deutsches Institut für Fernstudienforschung (Hrsg.): Funkkolleg Altern, Studienbrief 3. Tübingen: Deutsches Institut für Fernstudienforschung.
- Catulli, Tanja (2007): Lebenswelt pflegender Angehöriger von Demenzkranken. Anforderungen an das professionelle Gesundheits- und Hilfesystem. Dissertationsschrift der Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften. Tübingen: Eberhard-Karls-Universität Tübingen.
- Christen, Markus (2010): Einführung: Vielfältige Perspektiven auf das Phänomen Demenz. In: Christen, Markus/Osman, Corinna/Baumann-Hölzle, Ruth (Hrsg.): Herausforderung Demenz. Spannungsfelder und Dilemmata in der Betreuung demenzkranker Menschen. Bern: Peter Lang AG, S. 9-13.
- Christiansen, Margit (2019): Arbeitsorganisation und Führungskultur. In: Jacobs, Klaus/Kuhlmeiy, Adelheid/Greß, Stefan/Klauber, Jürgen/Schwinger, Antje (Hrsg.): Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher? Berlin: Springer Verlag, S. 123-133.
- Cleff, Thomas (2019): Angewandte Induktive Statistik und Statistische Testverfahren. Eine computergestützte Einführung mit Excel, SPSS und Stata. Wiesbaden: Springer Verlag.
- Cloerkes, Günther (2007): Soziologie der Behinderten. Eine Einführung. Heidelberg: Universitätsverlag Winter GmbH.
- Diekämper, Wolfgang (2013): Menschen mit Demenz. Berlin: Cornelsen Schulverlage.
- Dilling, Horst/Mombour, Werner/Schmidt, Martin H./Schulte-Markwort, Elisabeth (2006): Weltgesundheitsorganisation. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis. 4.Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.
- Doblhammer, Gabriele/Schulz, Anne/Steinberg, Juliane/Ziegler, Uta (2012): Demografie der Demenz. Bern: Verlag Hans Huber.
- Dürmann, Peter (2005): Besondere stationäre Dementenbetreuung II. Konzepte, Kosten, Konsequenzen. Hannover: Vincentz Network.

- Fietz, Jennifer/Friedrichs, Jürgen (2019): Gesamtgestaltung des Fragebogens. In: Baur, Nina/Blasius, Jörg (Hrsg): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. 2.Auflage. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 813-828.
- Frewer-Graumann, Susanne (2014): Zwischen Fremdfürsorge und Selbstfürsorge. Wiesbaden: Springer Verlag.
- Gatterer, Gerald/Croy, Antonia (2005): Leben mit Demenz. Praxisbezogener Ratgeber für Pflege und Betreuung. Wien: Springer Verlag.
- Gleichweit, Sonja/Rossa, Martina (2009): Erster Österreichischer Demenzbericht. Teil 1: Analyse zur Versorgungssituation durch das CC Integrierte Versorgung der österreichischen Sozialversicherung. 1.Auflage. Wien: Wiener Gebietskrankenkasse.
- Goffman, Erving (1967): Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Grond, Erich (2005). Pflege Demenzkranker. 3.Auflage. Hannover: Brigitte Kunz.
- Gröning, Katharina (2012): Pflegegeschichten. Pflegenden Angehörige schildern ihre Erfahrungen. 2.Auflage. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Haberstroh, Julia/Neumeyer, Katharina/Pantel, Johannes (2011): Kommunikation bei Demenz. Ein Ratgeber für Angehörige und Pflegenden. Heidelberg: Springer Verlag.
- Hallberg, Ingalill R./Norberg, Astrid (1995): Nurses experiences of strain and their reactions in the care of severely demented patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, Jg. 10, H. 2, S. 757-766.
- Hammerla, Monika (2018): Der Alltag mit demenzerkrankten Menschen. Pflege in den verschiedenen Phasen der Erkrankung. 2.Auflage. Hamburg: BoD Verlag.
- Hancock, Geraldine A./Woods, Bob/Challis, David/Orrell, Martin (2006): The needs of older people with dementia in residential care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, H. 21(1), S. 43-49.
- Harms, Käte (1995): Die Zielsetzung des Pflegedienstes. In: *Pflege Management. Das europäische Magazin für Führungskräfte in der Pflege*, 3. Jg., H. 2, S. 10-12.
- Haupt, Martin/Kurz, Alexander (1990): Alzheimersche Krankheit, Erleben, Empfinden und Reaktionsformen der Kranken. In: *Zeitschrift für Gerontologie*, Darmstadt, H. 23, S. 211-213.
- Hausmann, Clemens (2005): Psychologie und Kommunikation für Pflegeberufe. Ein Handbuch für Ausbildung und Praxis. Wien: Facultas Verlag.

- Hedtke-Becker, Astrid (2001): Zur Lebensgeschichte verwirrter Menschen. In: Schöpfer, Gerald/Stessel, Gerlinde (Hrsg.): Verwirrung als gesellschaftliche Herausforderung. Graz: Medienfabrik, S. 55-76.
- Hirsch, Rolf D. (2008): Im Spannungsfeld zwischen Medizin, Pflege und Politik: Menschen mit Demenz. In: Zentrum für Gerontologie und Geriatrie, Jg. 41, H. 2, S. 106-116.
- Höpflinger, François/Bayer-Oglesby Lucy/Zumbrunn Andrea (2011): Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter. Aktualisierte Szenarien für die Schweiz. Bern: Hans Huber Verlag.
- Höwler, Elisabeth (2008): Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz. Erleben und Strategien Pflegender. 1.Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.
- Jacobs, Klaus/Kuhlmey, Adelheid/Greß, Stefan/Klauber, Jürgen/Schwinger, Antje (2019): Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher. Berlin: Springer Verlag.
- James, Ian A. (2013): Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz. Einschätzen, verstehen und behandeln. 1. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.
- Janczyk, Markus/Pfister, Roland (2013): Inferenzstatistik verstehen. Von A wie Signifikanztest bis Z wie Konfidenzintervall. Heidelberg: Springer Verlag.
- Janssen, Jürgen/Laatz, Wilfried (2005): Statistische Datenanalyse mit SPSS für Windows. 5.Auflage. Heidelberg: Springer Verlag.
- Jenni, Giovanna (2010): Demenzkranke Menschen im Heim pflegen: Handeln zwischen widersprüchlichen Werten. In: Christen, Markus/Osman, Corinna/Baumann-Hölzle, Ruth (Hrsg.): Herausforderung Demenz. Spannungsfelder und Dilemmata in der Betreuung demenzkranker Menschen. Bern: Peter Lang AG, S. 115-126.
- Karl, Fred (2008): Interdisziplinarität und Internationalisierung in der Befassung mit Altern und Alter. In: Aner, Kristen/Karl, Ute (Hrsg.): Soziale Gerontologie. Ein Handbuch für Lehre und Praxis. Weinheim, Basel: Beltz-Verlag, S. 270-282.
- Karl, Fred (2005): Demenz und Sozialpädagogik. In: Schweppe, Cornelia (Hrsg.): Alter und Soziale Arbeit. Theoretische Zusammenhänge, Aufgaben- und Arbeitsfelder. Stuttgart: Schneider Verlag, S. 131-140.
- Kastner, Ulrich/Löblich, Rita (2018): Handbuch Demenz. Fachwissen für Pflege und Betreuung. 4.Auflage. München: Elsevier GmbH.
- Kastner, Ulrich/Löblich, Rita (2010): Handbuch Demenz. 2.Auflage. München: Urban & Fischer Verlag.

- Kitwood, Tom (2008): Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. 5.Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.
- Kitwood, Tom (2000): Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Bern: Verlag Hans Huber.
- Klingenberger, Hubert (1996): Handbuch Altenpädagogik. Aufgaben und Handlungsfelder der ganzheitlichen Geragogik. Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt Verlag.
- Klingholz, Reiner (2011): Demenz ist ein Teil des Lebens. In: Sütterlin, Sabine/Hoßmann, Iris/Klingholz, Reiner (Hrsg.): Demenz-Report. 1.Auflage. Berlin: Institut für Bildung und Entwicklung, S. 4-5.
- Kolanowski, Ann/Litaker, Mark (2006): Social Interaction, Premorbid Personality, and Agitation in Nursing Home Residents with Dementia. In: Archives of Psychiatric Nursing, Jg. 20, H. 1, S.12-20.
- Kolland, Franz/Hörl, Josef (2015): Soziale Aspekte der Demenz. In: Höfler, Sabine/Bengough, Theresa/Winkler, Petra/Griebler, Robert (Hrsg.): Österreichischer Demenzbericht 2014. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium, S. 137-142.
- Kricheldorf, Cornelia (2010): Ausbildung und Weiterbildung von Fachkräften Sozialer (Alten-)Arbeit. In: Aner, Kristen/Karl, Ute (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit und Alter. 1.Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 67-74.
- Kricheldorf, Cornelia/Hewer, Walter (2016): Versorgung von Menschen mit Demenz im gesellschaftlichen Wandel. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Volume 49, Issue 3. Berlin: Springer Verlag, S. 179-180.
- Kruse, Andreas (2010): Menschenbild und Menschenwürde. In: Kruse, Andreas (Hrsg.): Lebensqualität bei Demenz? Zum gesellschaftlichen und individuellen Umgang mit einer Grenzsituation im Alter. Heidelberg: Akademische Verlagsgesellschaft, S. 3-26.
- Kruse, Andreas/Wahl, Hans-Werner (2010): Zukunft Altern. Individuelle und gesellschaftliche Weichenstellungen. Heidelberg: Akademischer Verlag.
- Kuhn, Daniel/Verity, Jane (2012): Die Kunst der Pflege von Menschen mit Demenz. Den Funken des Lebens leuchten lassen. Bern: Verlag Hans Huber.
- Lauter, Hans (2010): Demenzkrankheiten und menschliche Würde. In: Kruse, Andreas (Hrsg.): Lebensqualität bei Demenz? Zum gesellschaftlichen und individuellen Umgang mit einer Grenzsituation im Alter. Heidelberg: Akademische Verlagsgesellschaft, S. 27-42.
- Le Breton, David (2003): Schmerz. Eine Kulturgeschichte. Zürich/Berlin: Diaphanes AG.
- Leser, Markus (2010): Qualitätsstandards alleine sind keine Garantie für Lebensqualität. In: Andreas Kruse (Hrsg.): Lebensqualität bei Demenz? Zum Gesellschaftlichen und

- individuellen Umgang mit einer Grenzsituation im Alter. 1.Auflage. Heidelberg: Akademische Verlagsgesellschaft AKA GmbH, S. 199-203.
- Lind, Sven (2007): Demenzkranke Menschen pflegen: Grundlagen – Strategien – Konzepte. 2.Auflage. Bern: Hans Huber Verlag.
- Lind, Sven (2000): Umgang mit Demenz. Wissenschaftliche Grundlagen und praktische Methoden. Stuttgart: Paul-Lempp-Stiftung.
- Lintern, Tracey/Woods, Bob/Phair, Lynne (2000): Before and after training: a case study of intervention. In: The Journal of Dementia Care, Jg. 8, H. 1, S. 15-17.
- Maier, Wolfgang (2010): Diagnose- und Behandlungsleitlinie Demenz. Interdisziplinäre S3-Praxisleitlinien. Berlin/Heidelberg: Springer Verlag.
- Messer, Barbara (2004): Pflegeplanung für Menschen mit Demenz. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Moniz-Cook, Esme/Manthorpe, Jill (2010): Frühe Diagnose Demenz. Rechtzeitige evidenzbasierte psychosoziale Intervention bei Menschen mit Demenz. Bern: Hans Huber Verlag.
- Norton, Sam/Matthews, Fiona E./Barnes, Deborah E./Yaffe, Kristine/Brayne, Carol (2014): Potential for primary prevention of Alzheimer's disease. An analysis of population-based data. In: Lancet Neurology, Jg. 13, H. 8, S. 788-794.
- Pertl, Daniela (2015): Ursachen, Risiko- und Schutzfaktoren. In: Höfler, Sabine/Bengough, Theresa/Winkler, Petra/Griebler, Robert (Hrsg.): Österreichischer Demenzbericht 2014. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium, S. 9-15.
- Oppikofer, Sandra (2013): Lebensqualität von Menschen mit einer Demenzerkrankung. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Payk, Theo R. (2010): Demenz. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Pei-Chao, Lin/Mei-Hui, Hsieh/Li-Chan, Lin (2012): Hospital Nurse Knowledge of and Approach to Dementia Care. In: The Journal of Nursing Research, Jg. 20, H. 3, S. 197-207.
- Philipp-Metzen, Elisabeth H. (2015): Soziale Arbeit mit Menschen mit Demenz. Grundwissen und Handlungsorientierung für die Praxis. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Porst, Rolf (2009): Fragebogen. Ein Arbeitsbuch. 2. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Radebold, Hartmut (1992): Psychodynamik & Psychotherapie Älterer. Berlin: Springer Verlag.
- Radenbach, Johanna (2014): Aktiv trotz Demenz. Handbuch für die Aktivierung und Betreuung von Demenzerkrankten. 3.Auflage. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Reggentin, Heike/Dettbarn-Reggentin, Jürgen (2006): Demenzkranke in Wohngruppen betreuen und fördern. Ein Praxisleitfaden. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

- Reinecke, Jost (2019): Grundlagen der standardisierten Befragung. In: Baur, Nina/Blasius, Jörg (Hrsg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. 2.Auflage. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 717-734.
- Robert Bosch Stiftung (2007): Gemeinsam für ein besseres Leben mit Demenz. Ressourcen erhalten. Bern: Hans Huber Verlag.
- Roth, Günter (2007): Dilemmata der Altenpflege. Die Logik eines prekären sozialen Feldes. In: Berliner Journal für Soziologie, H. 1, S. 77-96.
- Sardadvar, Karin (2018): Pflege und Betreuung. Wie geht es den Beschäftigten? In: Trendreport (Hrsg.): Pflege und Betreuung in Europa, H. 1/2018, S. 6-7.
- Schäfer, Thomas (2011): Statistik II. Inferenzstatistik. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schirmer, Dominique (2009): Empirische Methoden der Sozialforschung. Grundlagen und Techniken. Paderborn: Wilhelm Fink GmbH & Co Verlags-KG.
- Schmidt, Roland (2010): Soziale Arbeit in der pflegerischen Versorgung. In: Aner, Kristen/Karl, Ute (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit und Alter. 1.Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 173-183.
- Schmucker, Ralf (2019): Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen. In: Jacobs, Klaus/Kuhlmei, Adelheid/Greß, Stefan/Klauber, Jürgen/Schwinger, Antje (Hrsg.): Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher? Berlin: Springer Verlag, S. 49-59.
- Schwarz, Günther (2009): Basiswissen: Umgang mit demenzkranken Menschen. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Schwerdt, Ruth (2002): Interpersonalität in der Pflege. Konzeptionelle, empirische und philosophische Grundlagen. In: Schnell, Martin W. (Hrsg.): Pflege und Philosophie. Interdisziplinäre Studien über den bedürftigen Menschen. Bern: Huber, S. 109-135.
- Seidl, Elisabeth/Walter, Ilsemarie/Rüsing, Detlef (2010): Lebensqualität im Pflegeheim. Band III: Pflegewissenschaftliche Untersuchungen. Forschungsprojekt Universität Wien.
- Staflinger, Heidemarie (2018): Arbeitsbedingungen in der stationären Langzeitpflege. In: Trendreport (Hrsg.): Pflege und Betreuung in Europa. Arbeit, Sorge, Zukunft, H. 1/2018, S. 9-11.
- Stechl, Elisabeth/Knüvener, Catarina/Lämmler, Gernot/Steinhagen-Thiessen, Elisabeth/Brasse, Gabriele (2012): Praxishandbuch Demenz. Erkennen – Verstehen – Behandeln. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.

- Stein, Petra (2019): Forschungsdesigns für die quantitative Sozialforschung. In: Baur, Nina/Blasius, Jörg (Hrsg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 125-142.
- Steurethaler, Janine (2013): Dementagogik. Dementiell erkrankten Menschen neu und ganzheitlich begegnen. Wiesbaden: Springer Verlag.
- Sütterlin, Sabine/Hoßmann, Iris/Klingholz, Reiner (2011): Demenz-Report. 1.Auflage. Berlin: Institut für Bildung und Entwicklung.
- Taylor, Richard (2011): Alzheimer und Ich. Leben mit Dr. Alzheimer im Kopf. 3.Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.
- Taylor, Richard (2008): Alzheimer's from the inside out. Deutschsprachige Ausgabe von Müller-Hergel, Christian (Hrsg.): Alzheimer und Ich. Leben mit Dr. Alzheimer im Kopf. Bern: Verlag Hans Huber.
- Theunissen, Georg (2001): Verhaltensauffälligkeiten – Ausdruck von Selbstbestimmung? Wegweisende Impulse für die heilpädagogische, therapeutische und alltägliche Arbeit mit geistig behinderten Menschen. Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt KG.
- Theunissen, Georg (2000): Pädagogik bei geistiger Behinderung und Verhaltensauffälligkeit. Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt KG.
- Wagner-Schelewsky, Pia/Hering, Linda (2019): Online-Befragung. In: Baur, Nina/Blasius, Jörg (Hrsg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. 2.Auflage. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 787-800.
- Weichbold, Martin (2019): Pretest. In: Baur, Nina/Blasius, Jörg (Hrsg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. 2.Auflage. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 349-356.
- Weischer, Christoph (2007): Sozialforschung. München: UVK Verlagsgesellschaft mbH.
- Weishaupt, Sabine (2006): Subjektivierendes Arbeitshandeln in der Altenpflege – die Interaktion mit dem Körper. In: Böhle, Fritz/Glaser, Jürgen (Hrsg.): Arbeit in der Interaktion – Interaktion als Arbeit. Arbeitsorganisation und Interaktionsarbeit in der Dienstleistung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 85-106.
- Weyerer, Siegfried (2005): Altersdemenz. Bonn: Robert Koch Institut.
- Weyerer, Siegfried/Hönig, Thomas/Schäufele, Martina/Zimber, Andreas (2000): Demenzkranke in Einrichtungen der voll- und teilstationären Altenhilfe. Epidemiologische Forschungsergebnisse. In: Sozialministerium Baden-Württemberg (Hrsg.): Weiterentwicklung der Versorgungskonzepte für Demenzerkrankte in (teil-)stationären Altenhilfeeinrichtungen. Mannheim: Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, S. 1-58.

- Wißman, Peter (2010): Demenz - ein soziales und zivilgesellschaftliches Phänomen. In: Aner, Kirsten/Ute, Karl (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit und Alter. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 339-346.
- Wojnar, Jan (2014): Lebensqualität Demenzkranker und betreuender Angehöriger. In: Demenz als Versorgungsproblem. Jahrbuch für Kritische Medizin. Band 40. 1.Auflage. Hamburg: Argument Verlag, S. 65-82.
- Zeller-Forster, Franziska (2001): Hilflosigkeit. In: Käppeli, Silvia (Hrsg.): Pflegekonzepte. Phänomene im Erleben von Krankheit und Umfeld. Bern: Verlag Hans Huber, S. 65-80.

Internetquellen

- Alzheimer Austria (2019): Alzheimer- Herausforderungen und Unterstützungsangebote. In: https://wien.arbeiterkammer.at/service/veranstaltungen/rueckblicke/Antonia_Croy_31.1.2019.pdf [01.12.2019].
- Alzheimer's Disease International (2019): World Alzheimer Report 2019. In: <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2019.pdf> [01.12.2019].
- Alzheimer's Disease International (2018): World Alzheimer Report 2018. In: <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2018.pdf> [01.12.2019].
- Bundesamt für Gesundheit (2013): Nationale Demenzstrategie 2014-2017. In: <http://www.alzbb.ch/pdf/Home/Nationale-Demenzstrategie-2014-2017.pdf>. [12.07.2019].
- Bundesgesundheitsministerium (2017): Gesundheitsförderung für Pflegekräfte: Wer pflegt die Pflege? In: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Praxisseiten_Pflege/10.0.1_Service_Material.pdf [01.07.2019].
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (2019): Voraussetzungen für das Pflegegeld. In: <https://www.oesterreich.gv.at/themen/soziales/pflege/4/Seite.360512.html> [21.05.2019].
- Bundesministerium für Gesundheit (2006): Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. In: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Bericht_Rahmenempfehlungen_zum_Umgang_mit_herausforderndem_Verhalten_bei_Menschen_mit_Demenz_in_der_stationaeren_Altenhilfe.pdf [28.05.2019].

- Deutsche Alzheimer Gesellschaft (2018): Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen. In: https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf [01.07.2019].
- Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (2016): Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen. In: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-who/kode-suche/htmlamt12016/block-f00-f09.htm> [22.09.2019].
- Deutscher Ethikrat (2012): Demenz und Selbstbestimmung. In: https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/DER_StnDemenz_Online.pdf [25.08.2019].
- Deutscher Ethikrat (2010): Demenz – Ende der Selbstbestimmung? In: <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Dokumentationen/tagungsdokumentation-demenz.pdf> [25.08.2019].
- Glösel, Kathrin (2018): Schwerpunkt Pflege. Die wichtigsten Zahlen zu Pflege in Österreich. In: <https://kontrast.at/pflege-oesterreich-statistik/> [31.08.2019].
- Kirchen-Peters, Sabine (2014): Herausforderung Demenz im Krankenhaus. In: https://www.saarland.de/dokumente/thema_sozialversicherung/DE-MIK_NEU_WEB.pdf [31.08.2019].
- Kruse, Andreas (2013): Altern in Balance?! Psychische Gesundheit im Alter – Chancen und Herausforderungen. In: http://www.gesundheit-nds.de/CMS/images/stories/PDFs/Kruse_Lebensqualitaet-Demenz.pdf [10.02.2019].
- Kruse, Andreas (2012): Die Lebensqualität demenzkranker Menschen erfassen und positiv beeinflussen – eine fachliche und ethische Herausforderung. In: <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Dokumentationen/tagungsdokumentation-demenz.pdf> [09.10.2019].
- Kruse, Andreas (2008): Die Situation pflegebedürftiger Menschen in der Bundesrepublik Deutschland am Beispiel Demenz. In: http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/111Top02KruseReferat.pdf [09.10.2019].
- Müller, Thomas (2014): Alzheimer. Jede dritte Demenz lässt sich verhindern. In: <https://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/demenz/article/869116/alzheimer-jede-dritte-demenz-laesst-verhindern.html> [20.05.2019].
- Paul Hartmann AG (2018): Pflegekräfte denken über Ausstieg nach. In: <https://www.presseportal.de/pm/34248/3891100> [05.06.2019].

- Pick, Peter (2016): Die Selbstständigkeit als Maß der Pflegebedürftigkeit. Das neue Begutachtungsinstrument der sozialen Pflegeversicherung. In: https://www.mds-ev.de/uploads/media/downloads/Fachinfo_PSG_II_01.pdf [21.05.2019].
- Rechtsinformationssystem des Bundes (2019): Gesamte Rechtsvorschrift für Bundespflegegeldgesetz. In: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung/Bundesnormen/10008859/BPGG%2c%20Fassung%20vom%2011.01.2020.pdf> [21.05.2019].
- Schneeberger, Karl (2007): Steirische Krankenanstalten. Arbeitsbedingungen in der Steiermark Umfrageergebnisse 2007. In: http://www.forschungsnetzwerk.at/downloadpub/Steirische_Krankenanstalten_2007_arbeitsbedingungen.pdf [05.11.2019].
- Sozialgesetzbuch (2018): § 14 SGB XI Begriff der Pflegebedürftigkeit. In: <https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxi/14.html> [21.05.2019].
- World Health Organization (2012): Dementia. A public health priority. In: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75263/9789241564458_eng.pdf;jsessionid=6DF464803DDEEE4BC43AC71DB89F2F78?sequence=1 [12.11.2019].

11. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Verteilung nach Geschlecht	72
Abbildung 2: Verteilung nach Alter	73
Abbildung 3: Verteilung nach Berufserfahrung	74
Abbildung 4: Verteilung nach Berufstätigkeit	74
Abbildung 5: Verteilung nach Ausbildung für den Umgang mit Demenz.....	75
Abbildung 6: Mittelwerte nach Umgang mit dementen Heimbewohnerinnen und -bewohner.....	76
Abbildung 7: Verteilung nach fordernden Kriterien im Umgang mit dementen Heimbewohnerinnen und -bewohner	77
Abbildung 8: Verteilung nach Verhaltensweisen	78
Abbildung 9: Mittelwerte der Kommunikation mit Heimbewohnerinnen und -bewohner	79
Abbildung 10: Verteilung nach Träger der Einrichtungen	80
Abbildung 11: Verteilung nach Größe der Einrichtungen	80
Abbildung 12: Mittelwerte der Betreuung von dementen Heimbewohnerinnen und -bewohner	81
Abbildung 13: Verteilung nach spezielle Freizeitangebote und Therapien	82
Abbildung 14: Mittelwerte der Zufriedenheit der Pflegekräfte im Beruf	83
Abbildung 15: Verteilung nach den Wünschen für die Zukunft.....	84

12. Anhang

Seite 01

Liebe Leserin!

Lieber Leser!

Ich, Katharina Klinger, derzeitige Studentin an der Karl Franzens Universität in Graz, möchte Sie bitten sich Zeit für diesen Fragebogen zu nehmen. Ich schreibe gerade an einem wissenschaftlichen Beitrag im Rahmen meines Studiums und diesbezüglich würde ich gerne Ihre Meinung hören.

Anhand Ihrer Antworten soll der Ist-Zustand in stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen erhoben werden.

Diese Umfrage dient weder dem Zweck Ihre Einrichtung zu bewerten, noch Ihre Arbeitsleistung zu testen. Mein Anliegen dieser Befragung ist die Verbesserung der Situation von Pflege- und Betreuungskräfte im Feld der Demenz, um dies zu ermöglichen bitte ich um wahrheitsgetreue Antworten.

Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und anonym ausgewertet. Zur Beantwortung dieser Umfrage benötigen Sie etwa 5 bis 10 Minuten.

Alle Angaben und Aufzeichnungen sind anonymisiert und können nicht mit Ihrer Identität in Verbindung gebracht werden. Ihre IP-Adresse wird nicht gespeichert und Ihre Daten werden nicht für kommerzielle sondern nur für wissenschaftliche Zwecke genutzt. Die Teilnahme erfolgt freiwillig. Für Rückfragen können Sie sich an mich wenden k.klinger@edu.uni-graz.at.

Seite 02

In welchem Land leben Sie derzeit?

Deutschland

Österreich

In einem anderen Land, und zwar

Seite 03

Welchen Beruf haben Sie erlernt?

[Bitte auswählen] ▾

Auswahlmöglichkeiten: AltenfachbetreuerIn, DGKS/P, Dipl. SozialbetreuerIn, Pflegedienstleitung, PflegehelferIn, Pflegehilfskraft, Stationsleitung, Sonstige

In welchem Beschäftigungsverhältnis sind Sie tätig?

Vollzeit
 Teilzeit
 Geringfügig
 Fallweise
 Sonstige

Wie lange sind Sie im Bereich der Pflege tätig?

0 bis 1 Jahr
 2 bis 5 Jahre
 6 bis 10 Jahre
 11 bis 20 Jahre
 Mehr als 21 Jahre

Seite 04

Wohlbefinden der Pflege- und Betreuungskräfte

	Trifft nicht zu	Trifft kaum zu	Trifft eher zu	Trifft zu
Ich kann mich zu Hause von der Arbeit abgrenzen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich empfinde die Arbeit mit dementen Menschen manchmal als belastend.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mein Gehalt ist meiner Arbeitsleistung angemessen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
An manchen Arbeitstagen fühle ich mich herausgefordert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kann meine Arbeit überwiegend ohne Stress erledigen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kann mich auf meine Arbeitskolleginnen und Arbeitskollegen verlassen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich erhalte Anerkennung für mein Beruf von den Mitmenschen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Seite 05

Kommunikation mit dementen HeimbewohnerInnen

	Trifft nicht zu	Trifft kaum zu	Trifft eher zu	Trifft zu
Ich wünsche mir in meinem Arbeitsalltag mehr Zeit für längere Gespräche (mehr als 5 min) mit einzelnen dementen HeimbewohnerInnen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich versuche demente HeimbewohnerInnen zu korrigieren, um für sie die Realität leichter zu gestalten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Während der Arbeit findet sich Zeit, um demente HeimbewohnerInnen verbal äußern zu lassen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Betreuung von dementen HeimbewohnerInnen	Trifft nicht zu	Trifft kaum zu	Trifft eher zu	Trifft zu
Die dementen HeimbewohnerInnen beteiligen sich an alltäglichen Tätigkeiten auf der Station.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Für die Pflege dementer HeimbewohnerInnen ist genügend Zeit zur Verfügung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Demente HeimbewohnerInnen erhalten weniger Zuwendung und Aufmerksamkeit, um den besonderen Bedürfnissen dementer HeimbewohnerInnen nach zu kommen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Für demente HeimbewohnerInnen gibt es besondere Beschäftigungsangebote.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Für die Betreuung dementer HeimbewohnerInnen ist genügend Zeit zur Verfügung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Dokumentationstätigkeiten nehmen sehr viel Zeit in Anspruch.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Welche Verhaltensweisen von dementen HeimbewohnerInnen machen sich in Ihrem Arbeitsalltag bemerkbar?

- mehrere Antworten möglich -

- Herumwandern
- Aggressionen
- Unruhe
- Inkontinenz
- Desorientierung
- Wahnvorstellungen

Umgang mit dementen HeimbewohnerInnen	Trifft nicht zu	Trifft kaum zu	Trifft eher zu	Trifft zu
Ich bin vom Verhalten der dementen HeimbewohnerInnen manchmal persönlich angegriffen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe Zugang zu den jeweiligen Lebensgeschichten der dementen HeimbewohnerInnen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich erfahre während der Pflege und Betreuung dementer HeimbewohnerInnen häufig verbale oder körperliche Gewalt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich reflektiere kaum meine eigenen Einstellungen im Umgang mit älteren Menschen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Geduldspanne im Umgang mit dementen HeimbewohnerInnen ist niedrig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Im Umgang mit dementen Menschen fühle ich mich gelegentlich überfordert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich korrigiere sozial unerwünschtes Verhalten von dementen HeimbewohnerInnen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich gehe auf emotionale Bedürfnisse der dementen HeimbewohnerInnen ein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Der Umgang mit dementen HeimbwohnerInnen fordert mich am meisten

- mehrere Antworten möglich -

- Vergesslichkeit
- Orientierungsschwierigkeiten
- Verhaltensauffälligkeiten
- Sprachliche Verständigungsschwierigkeiten
- Zeitaufwand
- Herausfordernde Verhaltensweisen

Werden in Ihrer Einrichtung spezielle Freizeitangebote und Therapien für demente Menschen angeboten?

Ja, wenn welche?

Nein

Haben Sie eine spezielle Ausbildung für den Umgang mit Demenz?

Ja, wenn welche?

Nein

Wünschen Sie sich mehr Wissen zum Umgang mit Menschen mit einer Demenzerkrankung?

Ja

Nein

Werden Ihnen Fort- und Weiterbildungen zum Thema Demenz angeboten?

Ja, wenn welche?

Nein

Seite 12

Würden Sie sich im späten Lebensabschnitt in einem Altenpflegeheim gut aufgehoben fühlen?

Ja, warum?

Nein, warum?

Seite 13

Was wünschen Sie sich für die Zukunft? (mehrere Antworten möglich)

- mehrere Antworten möglich -

- Anerkennung für Ihre Arbeit
- Weniger Stress und Zeitdruck
- Weiterbildungen
- Höhere Entlohnung
- Mehr Zeit für die Pflege und Betreuung der HeimbewohnerInnen
- Sonstige Vorschläge

Seite 14

Welchem Träger gehört die Einrichtung an, in der Sie tätig sind?

- Öffentlicher Träger
- Privater Träger
- Frei-gemeinnütziger Träger
- Weiß ich nicht
- Anderes und zwar

Wie groß ist die Einrichtung an der Sie arbeiten?

- Klein (bis 45 MitarbeiterInnen)
- Mittel (bis 200 MitarbeiterInnen)
- Groß (größer als 400 MitarbeiterInnen)
- Weiß ich nicht

Welchem Geschlecht fühlen Sie sich zugehörig?

- Männlich
 Weiblich
 keine Angabe

Wie alt sind Sie?

- jünger als 25 Jahre
 25 bis 35 Jahre
 36 bis 45 Jahre
 46 bis 55 Jahre
 56 Jahre oder älter

Vielen Dank für Ihren wertvollen Beitrag !

Klinger Katharina BA