

Barbara Messer

# Pflegeplanung für Menschen mit Demenz

Einfach, echt und individuell planen und schreiben



2., aktualisierte Auflage

**pflege**

S

schlütersche

Die Lebenswelt von Menschen mit Demenz ist zentraler Inhalt dieses Buches. Es geht darum, diese Lebenswelt so zu erfassen, dass die anschließende Pflegeplanung dem Klienten und seinen Bedürfnissen gerecht wird.

Mit diesem Buch wird das wesentlich leichter: Es bietet viele Hinweise zur Biografiearbeit, gibt wichtige Impulse zur Schulung der eigenen Beobachtungsgabe und zeigt schließlich den Transfer zur Pflegeplanung. Diese lässt sich tatsächlich leichter und aussagekräftiger schreiben, als viele Pflegekräfte glauben.

Die 2. Auflage des Buches bietet noch umfangreichere Beispiele aus der Pflegeplanung. Unterschiedlichste Formulierungen geben Impulse für die tägliche Arbeit und zeigen ganz eindeutig: Eine gute, lesbare und individuelle Pflegeplanung ist machbar, ohne dass das mehr Zeit kostet.

*»Das Lesen des Buches bereitet Freude und geht flott voran. Es ist verständlich geschrieben und animiert zum Weiterlesen. Schlussendlich kann dieses Werk allen in der Altenpflege Tätigen empfohlen werden.«*

(Zeitschrift für Wundheilung)

## Die Autorin

Barbara Messer ist examinierte Altenpflegerin mit 15-jähriger Pflegepraxis und arbeitete als Pflegedienstleitung. Neben ihrem Bachelor of Business Administration verfügt sie u.a. über Ausbildungen im Sozialmanagement, in der Validation und in der systemischen Strukturaufstellung. Sie ist NLP-Master und Trainerin, Trainerin für Suggestopädie und ganzheitliches Lernen sowie Trainerin und Beraterin für pflegerische Themen.

Seit 2005 arbeitet sie mit Sandra Masemann unter dem Namen Masemann & Messer GbR in den Bereichen Training & Beratung für die Pflege, Unternehmenskultur, Team- und Personalentwicklung, Unternehmenstheater und »Train the Trainer«.

ISBN 978-3-89993-220-1



9 783899 932201

Barbara Messer

Pflegeplanung für Menschen mit Demenz



Barbara Messer

# Pflegeplanung für Menschen mit Demenz

Einfach, echt und individuell planen und schreiben

2., aktualisierte Auflage

schlütersche

### **Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-89993-220-1

Anschrift der Autorin:

Barbara Messer  
Hirtenstr. 20  
30974 Wennigsen

Barbara Messer, Bachelor of Business Administration, ist examinierte Altenpflegerin mit 15-jähriger Pflegepraxis, Ausbildungen im Sozialmanagement, Pflegedienstleitung, Validation, systemische Strukturaufstellungen etc., NLP-Master und NLP-Trainerin. Seit 1999 ist sie selbstständige Trainerin und Beraterin für pflegerische Themen, Trainerin für Suggestopädie und ganzheitliches Lernen.

Seit 2005 arbeitet sie mit Sandra Masemann unter dem Namen Masemann & Messer GbR in den Bereichen Training & Beratung für die Pflege, Unternehmenskultur, Team- und Personalentwicklung, Theaterpädagogik, Unternehmenstheater und »Train the Trainer«



© 2009 Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG,  
Hans-Böckler-Allee 7, 30173 Hannover

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der gesetzlich geregelten Fälle muss vom Verlag schriftlich genehmigt werden. Alle Angaben erfolgen ohne jegliche Verpflichtung oder Garantie des Autoren und des Verlages. Für Änderungen und Fehler, die trotz der sorgfältigen Überprüfung aller Angaben nicht völlig auszuschließen sind, kann keinerlei Verantwortung oder Haftung übernommen werden. Die im Folgenden verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen stehen immer gleichwertig für beide Geschlechter, auch wenn sie nur in einer Form benannt sind. Ein Markenzeichen kann warenrechtlich geschützt sein, ohne dass dieses besonders gekennzeichnet wurde.

Gestaltung: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG  
Titelbild: Gerald Lachmann  
Satz: PER Medien + Marketing GmbH, Braunschweig  
Druck und Bindung: Druckhaus »Thomas Müntzer« GmbH, Bad Langensalza

# Inhalt

<b>Danksagung</b> .....	9
<b>Einleitung</b> .....	11
<b>1 Grundlegende Informationen zu den gerontopsychiatrischen Krankheitsbildern</b> .....	13
1.1 Definition »Demenz« .....	14
1.2 Einteilung demenzieller Erkrankungen .....	16
1.2.1 Arten von Demenzerkrankungen .....	16
1.2.2 Demenzähnliche Zustandsbilder .....	17
1.3 Symptome einer Demenz .....	17
1.4 Diagnostik einer Demenz .....	21
1.5 Senile Demenz vom Alzheimer Typ (SDAT) .....	23
1.6 Pflegerische Einschätzungsinstrumente für Menschen mit Demenz .....	24
1.6.1 Der Mini-Mental Status Test (MMST).....	24
1.6.2 Die Fast-Skala .....	26
1.6.3 Dementia Care Mapping (DCM) .....	28
1.6.4 Die Cohen-Mansfield Skala .....	30
1.6.5 Weitere Einschätzungsinstrumente .....	33
<b>2 Lebenswelten von Menschen mit Demenz</b> .....	37
2.1 Bedürfnisse .....	38
2.2 Elemente der Identität .....	48
2.3 Der Ansatz von Erikson.....	49
2.3.1 Die acht Stufen des menschlichen Lebenszyklus .....	49
2.4 Das psychobiografische Pflegemodell Böhms .....	56
2.5 Validation nach Feil .....	60
2.5.1 Die Methode der Validation nach Feil.....	60
2.5.2 Das Validationsverständnis nach Feil.....	61
2.5.3 Ziele der Validation nach Feil .....	61
2.5.4 Die zehn Grundsätze der Validation nach Feil .....	62
2.5.5 Arten der Validation nach Feil .....	62
2.5.6 Die vier Stadien der Desorientiertheit .....	65
2.5.7 Die Validationstechniken .....	69
2.6 Die Dokumentation der Validation .....	73
2.7 Die personenzentrierte Pflege nach Kitwood .....	76
2.7.1 Der Begriff »Personsein« .....	77
2.7.2 Die Bedürfnisse (Positive Personenarbeit 1) .....	78
2.7.3 Konsequenzen für den Pflegealltag (Positive Personenarbeit 2).....	79
2.7.4 Anforderungen an die Pflegekräfte .....	81
2.7.5 Tür öffnende Handlungsempfehlungen des KDA .....	81
2.7.6 Konsequenzen für die Dokumentation .....	82

2.8	Mäeutik und Erlebnisorientierte Pflege .....	82
2.8.1	Ich-Erleben und Benehmen/Verhalten in der Demenz .....	84
2.8.2	Vorgehensweise in der Mäeutik .....	85
2.8.3	Konsequenzen für die Dokumentation .....	86
2.9	Basale Stimulation® .....	86
2.9.1	Basale Stimulation® in der Pflege – Die Sinne erwecken! .....	87
2.9.2	Maßnahmen der Basalen Stimulation® .....	88
2.9.3	Konsequenzen für die Dokumentation .....	89
<b>3</b>	<b>Mehr Verständnis für Demenzkranke durch NLP .....</b>	<b>91</b>
3.1	Definition NLP .....	91
3.2	Die Kommunikation verbessern .....	91
3.3	Grundannahmen des NLP .....	92
3.4	Hinter jedem noch so problematischen Verhalten steckt eine gute Absicht .....	96
3.5	Sinneswahrnehmung und Repräsentationssystem .....	98
<b>4</b>	<b>Biografie .....</b>	<b>102</b>
4.1	Möglichkeiten der Biografiearbeit .....	103
4.2	Die Wirkung von Biografiearbeit .....	103
4.3	Verschriftlichung der Biografiearbeit .....	104
4.4	Erhebung der Biografie .....	106
4.4.1	Generelle Hinweise für die Erhebung einer Biografie .....	114
4.4.2	Formular für die Erhebung einer Biografie .....	114
4.4.3	»Was sieht Ihr, Schwester?« – Ein Gedankenstoß .....	119
<b>5</b>	<b>Grundlagen des Pflegeprozesses .....</b>	<b>121</b>
5.1	Das Wort »Pflege« .....	121
5.2	Der Pflegeprozess .....	123
5.3	Die Pflegedokumentation .....	125
5.4	Die Pflegeanamnese .....	125
5.4.1	Der Beobachtungsprozess .....	127
5.4.2	Das Formular für die Pflegeanamnese .....	129
5.5	Die Pflegeplanung .....	139
5.5.1	Die Beschreibung einer pflegerelevanten Situation .....	140
5.5.2	Ressourcen .....	144
5.5.3	Das TUM-Prinzip .....	146
5.5.4	Pflegediagnosen .....	147
5.6	Die konkrete Pflegeplanung .....	148
5.6.1	Formulierung eines Ist-Zustandes/einer Pflegediagnose .....	149
5.6.2	Formulierung von Zielen oder Lösungen .....	150
5.6.3	Formulierung von Maßnahmen .....	152
5.6.4	Die Auswertungsspalte/Evaluation .....	154
5.6.5	Der Umfang einer Pflegeplanung .....	155
5.7	Der Pflegebericht .....	156
5.7.1	Funktion und Aufgabe des Pflegeberichts in der Pflege von Menschen mit Demenz .....	156
5.7.2	Das Schema innerhalb des Pflegeberichts .....	157
5.7.3	Was und wie wird dokumentiert? .....	158



<b>6</b>	<b>Das Pflegemodell der FEDL</b> .....	160
6.1	Der Begriff »Pflegemodell« .....	160
6.2	Das konzeptionelle Modell der FEDL (Fähigkeiten und existenzielle Erfahrungen des Lebens) .....	161
6.2.1	Struktur des Modells .....	162
6.3	Grundannahmen des Modells .....	164
6.3.1	Pflege als Dienstleistung .....	164
6.3.2	Das Pflegeverständnis in der Pflege von alten Menschen .....	164
6.3.3	Die Umwelt .....	165
6.3.4	Der Mensch .....	165
6.3.5	Das Alter .....	165
6.3.6	Gesundheit und Krankheit .....	166
6.4	Die »Fähigkeiten und existenziellen Erfahrungen des Lebens« (FEDL) .....	166
6.4.1	Vorbemerkungen .....	166
6.4.2	Die Unterschiede zwischen FEDL und AEDL .....	169
6.5	Die fähigkeitsbezogene Sichtweise und ihre Konsequenzen für die Pflege .....	172
<b>7</b>	<b>Beispiele für Pflegeplanungen bei Menschen mit Demenz</b> .....	174
7.1	Von der Pflegeanamnese zur Pflegeplanung .....	174
7.2	Kleine Fallbeispiele .....	230
7.3	Einzelne Pflegeplanungsbeispiele .....	264
7.3.1	FEDL »Kommunikation« .....	264
7.3.2	FEDL »Orientierung« .....	267
7.3.3	FEDL »Bewegung« .....	277
7.3.4	FEDL »Pflegen und Kleiden« .....	282
7.3.5	FEDL »Essen und Trinken« .....	293
7.3.6	FEDL »Ausscheidung« .....	298
7.3.7	FEDL »Ruhens, Schlafen und Wachsein« .....	302
7.3.8	FEDL »Aktivieren – Anregen« .....	305
7.3.9	FEDL »Beschäftigung« .....	311
7.3.10	FEDL »Zufriedenheit und Emotionalität« .....	312
7.3.11	FEDL »Sicherheit« .....	326
7.3.12	FEDL »Soziale Bereiche und Beziehungen« .....	328
7.3.13	FEDL »Existenzielle Erfahrungen des Lebens« .....	329
	<b>Nachwort</b> .....	333
	<b>Literatur</b> .....	335
	<b>Register</b> .....	338

*Nimm meine Hand  
und halte sie  
halte sie, während ich hier liege und doch ganz woanders bin*

*Ich spüre Deine Wärme,  
sie ist wie eine Brücke zu Dir  
Ich bin in einem fernen Land,  
in einem anderen Stück*

*Folge mir, doch weiß ich nicht  
Dir den Weg zu zeigen*

*Klein bin ich, jung,  
schön und glücklich.  
Ich laufe, renne, bin daheim*

*Doch Du weißt das nicht, Du sitzt nur da  
und  
wunderst Dich*

*warum »die Alte« dort im Bett nichts macht und einfach an die Decke starrt.*

## Danksagung

Diese Neuauflage ist mit der Hilfe und Offenheit vieler Menschen entstanden, ihnen allen gilt mein großer Dank. Viele, viele TeilnehmerInnen aus den verschiedensten Trainings und Beratungssituationen haben mich beeinflusst und angeregt. Sie haben ihre Beispiele mitgebracht und kritisch diskutiert. Genau diese kritische Diskussion bringt meine Gedanken und Kenntnisse zur Pflegeplanung weiter voran.

Frau Hartmann und Schwester Kerstin aus dem Kreisaltersheim Helpsen, die sich für das Titelfoto zur Verfügung stellten, möchte ich auch nach Jahren noch Danke sagen, denn ich freue mich jedes Mal wieder über das schöne Foto. Auch nach vielen Jahren denke ich immer noch an den netten Moment zurück, in dem das Foto gemacht wurde.

Ein spezieller Dank geht an die MitarbeiterInnen der AWO-Residenz Sehnde, die aktiv ihre Fallbeispiele eingebracht haben. Insbesondere Bettina Krischok und Marianne Nikolajew.

Claudia Flöer, die wie immer eine wunderbare Lektorin war, danke ich für ihre stete Motivation. Sandra Masemann gilt mein weiterer Dank, denn sie begleitet nun seit einiger Zeit meine Gedanken zum Pflegeprozess und zum Pflegemodell der FEDL sehr kritisch und förderlich. Durch ihre Kompetenz und Anwesenheit sind die Gedanken wesentlich runder und greifbarer geworden und sie hat im Januar 2007 dem TUM-Prinzip seinen Namen gegeben.

Wennigsen, im Februar 2009

Barbara Messer

*»Liebe ist das Einzige, was mehr wird, wenn wir es verschwenden«  
(Ricarda Huch)*

Dieses Buch widme ich meiner Großmutter Dorothea Gottschalk

## Einleitung

*»Man sieht nur mit dem Herzen gut.«  
Antoine de Saint Exupéry*

Während eines Inhouse-Trainings ergab sich folgender Dialog:

*»Frau Messer, wir möchten noch etwas zu den Formulierungen machen. Also, dass wir leicht formulieren können!«*

*»Ok, das machen wir. Haben Sie ein Beispiel, mit dem Sie anfangen wollen?«*

*»Ja. Die Situation, wenn ein Bewohner »ungehalten« ist.«*

*»Ungehalten? Was genau meinen Sie? Was genau passiert bzw. macht der Bewohner oder die Bewohnerin?«*

*»Naja, das ist unterschiedlich. Sie schlägt oder haut, schimpft auch. Wir können das ja nicht schreiben, dann werten wir.«*

*»Moment mal. Das sehe ich ganz anders. Wenn wir nennen, was wirklich passiert, was geschieht, dann werten wir nicht. Wir beschreiben lediglich. Wenn ich jedoch den Begriff »ungehalten« verwende, bleibe ich ungenau und jeder hier in der Runde kann darunter etwas anderes verstehen.«*

*Kurze Zeit später steht folgender Textauszug an der Wand: »Frau XY reagiert Ø bei jedem 2. Herinsetzen oder Herausnehmen des Gebisses mit ablehnendem Verhalten. Sie schiebt erst die Hände der PK weg, stößt dann die Arme weg, haut evtl. und sagt Sätze wie: »Du alte Sau.«*

Das Beispiel macht deutlich, wie schwer es ist, einfach eine Tatsache zu beschreiben. Hinter diesem Zögern, einfach aufzuschreiben, was wahrzunehmen ist, steckt vielleicht die Angst der Pflegekräfte, etwas aufzudecken, was sie nicht heilen oder ändern können und was ihnen vermutlich Probleme bereitet.

Ebenso schwierig ist es, diesen vielen, teilweise sehr intensiven Gefühlen zu begegnen. Das erfordert eine professionelle Persönlichkeit, die gleichzeitig sensibel und empathisch ist, persönlich klar, sozusagen mit allen Wassern gewaschen. Das erfordert manchmal auch einen Moment der Zeit und Ruhe. Seien wir ehrlich: Gibt es solche Momente noch genug?

Es ist doch offensichtlich, dass die Bewohnerin im Beispiel massive Angst und Panik verspürt. Vermutlich hat sie eine Missbrauchserfahrung hinter sich, die sich in ihre jetzige Lebenssituation immer wieder hereindrängt. Dazu später mehr.

Ich glaube, dass in der Pflege von Menschen mit Demenz der einfachste Weg jener ist, sich genau dem Thema zu stellen, mit dem der oder die Betroffene gerade »unterwegs« ist. Tun wir das nicht, orientieren wir uns eher am Unwesentlichen. Ebenso gilt es, der Person mit wirklicher Nähe und Tiefe zu begegnen.

Genau diesen Prozess kennen wir aus unserem Leben doch nur zu gut. Wenn wir ein aktuelles Thema haben, wie z.B. starke Sorge, ist genau dieses der zentrale Aspekt unseres Lebens in dieser Zeit. Unter diesem Aspekt sehen wir dann die Welt. Es ist speziell in Pflegesituationen eine besondere Herausforderung, genau diese Nähe in professioneller Weise zu gestalten.

Denn es sind viele Menschen mit vielen Schicksalen, denen wir begegnen und kaum ein wirkliches Problem können wir lösen. Aber wir können anwesend und präsent sein.

So verfolge ich mit diesem Buch u. a. folgende Ziele:

- Sensibilisierung für die Lebenswelt von Menschen mit Demenz
- Formulierungshilfen
- Vorstellen des TUM-Prinzips
- Schatztruhe für Gedanken und Ideen

Die Formulierungen der Fallbeispiele sind bewusst so umfangreich ausgewählt, damit Sie daraus viele Anregungen bekommen.

*»Wir müssen Demenzkranken offen und einfühlsam begegnen«, sagte Bundesfamilienministerin Ursula von der Leyen anlässlich des Welt-Alzheimer-Tages. »Berührungsängste verliert am ehesten, wer über die Krankheit redet, sich informiert und auf die Betroffenen zugeht. Wir dürfen nie vergessen: Auch schwer Demenzkranke können immer noch Lebensfreude und Glück empfinden und am Alltagsleben teilhaben. Es sind manchmal die ganz einfachen Dinge des Lebens, die zählen. Wir können den Erkrankten glückliche Momente schenken, zum Beispiel bei gemeinsamen Spaziergängen in der Natur, beim Sportschau-Gucken oder beim Blättern in Fotoalben.«<sup>1</sup>*

---

<sup>1</sup> <http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/Kategorien/Presse/pressemitteilungen,did=112952.html>

# 1 Grundlegende Informationen zu den gerontopsychiatrischen Krankheitsbildern

Jedes Krankheitsbild, jede Diagnose beeinflusst den betroffenen Menschen. Das fängt bei der Grippe an und wird stärker, je drastischer eine Erkrankung mit all ihren Symptomen in sein Leben eingreift. Die Krankheit ist das eine, das andere ist das innere Erleben.

Bei Menschen mit Demenz treffen wir vielfach auf folgende Situation: Ein alter Mensch zeigt ein »sonderbares« Verhalten (legt vielleicht Zeitungen in den Kühlschrank oder vergisst den Weg zur aktuellen Wohnung oder nutzt Gegenstände anders). Wird dieser Mensch zum Hausarzt gebracht, wird nach wie vor schnell eine Diagnose wie HOPS und Alzheimer Demenz gestellt. Somit ist das Verhalten »krank«. Es gibt eine Erklärung. Wer Glück hat, bekommt eine wirklich klare Diagnose.

Im Alltag des Betroffenen und seiner primären Bezugspersonen, wie z. B. nahe Angehörige, Nachbarn, etc., machen sich nun Verwirrung und Unsicherheit breit. Alle müssen lernen, mit der neuen Situation umzugehen und das fällt vielen Menschen einfach schwer.

Die Reaktionen der Umwelt auf Menschen mit Demenz sind zum Teil haarsträubend, sie reichen vom Überversorgen, Ignorieren bis hin zum Stigmatisieren.

*Stefan Beyer*, Autor des Buches »*Demenz ist anders*«, beschreibt, wie Bekannte auf die demenzielle Erkrankung seiner Mutter reagierten:

*»Wir haben uns überlegt, deine Mutter nicht mehr im Heim zu besuchen. Sie erkennt uns ja doch nicht mehr und erinnert sich nachher auch nicht mehr an unseren Besuch, also hat sie nichts mehr davon.«*

*»Leute, die sie von früher kennen, würden doch sagen, ihr Leben ist nichts mehr wert.«*

*»Sie ist wie ein kleines Kind, nur mit dem Unterschied, dass sie sich quasi zurückentwickelt, während aus Kindern noch etwas wird.«*

*»Man kann sich ja doch nicht mehr mit ihr unterhalten«*

*Jemand sagte zu ihrem Tod: »Sie ist jetzt endgültig gegangen, eigentlich war sie ja schon vorher mehr oder weniger gegangen.«<sup>2</sup>*

Ich kenne aus Schulungen Aussagen, die mir kalte Schauer den Rücken herunterlaufen lassen. Da ist die Rede davon, dass sich »diese Menschen« unmöglich verhalten, zu nichts mehr in der Lage sind, die Pflegekräfte provozieren, weil sie z. B. den ganzen Tag Sachen hin- und herräumen, ungehalten sind oder oder gar nach Hause wollen... All das sind gerontopsychiatrische

<sup>2</sup> Beyer, S.: Demenz ist anders. Balance buch + medien verlag, Bonn 2007

Verhaltensweisen, die aus Krankheitsbildern entstehen. Unter dem Begriff gerontopsychiatrische Pflege wird »seit den 70er Jahren eine spezielle Fachrichtung der geriatrischen Pflege ab dem 60. Lebensjahr verstanden ... Es handelt sich um die Pflege von geistes- und gemütskranken alten Menschen.«<sup>3</sup>

Häufige Krankheitsbilder sind hier Depressionen, Delir, Demenz, Schizophrenie und andere psychische und psychiatrische Erkrankungen.

Viele alte Menschen weisen eine Multimorbidität auf: Eine Reihe von Symptomen tritt gleichzeitig auf, vermischt sich und ist kaum voneinander zu unterscheiden. Hinzu kommt, dass die Auswirkung einer oft recht trüb und reizlos gestalteten Heimumgebung Verhaltensweisen, Merkmale und Reaktionen hervorrufen kann, die denen eines demenziellen Syndroms verblüffend ähneln.

Für den Alltag und hier speziell für die Einschätzung des Klienten innerhalb des Pflegeprozesses ist es von ungeheurer Wichtigkeit, Symptome genau zu betrachten und ihre Zusammenhänge mit unterschiedlichen Krankheitsbildern zu kennen. Im nächsten Schritt muss ein versierter Facharzt hinzugezogen werden, um eine genaue Diagnose zu erhalten.

Dieses Buch beschäftigt sich mit Menschen mit Demenz. Dazu noch ein paar Zahlen und Daten:

- *»Im statistischen Mittel stellt sich bei etwa jedem dritten Menschen, der ein Alter von 65 Jahren erreicht, im weiteren Altersverlauf eine Demenz ein.«<sup>4</sup>*
- *»Demenzen befallen Männer und Frauen gleichen Alters mit ähnlich hoher Wahrscheinlichkeit. Dennoch sind weitaus mehr Frauen erkrankt als Männer. Das hat seinen Grund vor allem in der unterschiedlichen Lebenserwartung. Frauen werden im Durchschnitt einige Jahre älter als Männer und sind deshalb in den höchsten Altersgruppen, in denen das Krankheitsrisiko steil zunimmt, viel zahlreicher vertreten. Das bringt es mit sich, dass etwa 70 % der Demenzerkrankungen auf die Frauen und nur 30 % auf die Männer entfallen.«<sup>5</sup>*
- *»In Deutschland gibt es etwa eine Million Patienten (Alzheimer Krankheit). Die Zahl der Erkrankten wird künftig zunehmen, weil immer mehr Menschen ein hohes Alter erreichen.«<sup>6</sup>*

## 1.1 Definition »Demenz«

»Demenz« stammt aus dem Lateinischen und lässt sich etwa übersetzen als »ohne Verstand« oder »Der Geist ist weg«. ... »Gemeint ist aber eine organisch bedingte, chronische, (bis jetzt) meistens nicht heilbare, allgemeine Hirnleistungsschwäche, verbunden mit Gedächtnis- und Orientierungsstörungen sowie Persönlichkeitsveränderungen« (Kostrzewa 2008).

Viele gebräuchliche Definitionen von Demenz erscheinen wie negative Etikettierungen und viele Laien, aber auch alternde Menschen, machen sich eine falsche Vorstellung davon, was es heißt, an einer Demenz zu leiden.

<sup>3</sup> Höwler, E.: Gerontopsychiatrische Pflege. Brigitte Kunz Verlag, Hagen, 2000

<sup>4</sup> [www.wikipedia.de](http://www.wikipedia.de)

<sup>5</sup> Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.: Selbsthilfe Demenz. Das Wichtigste. Die Epidemiologie der Demenz. Berlin, 2006

<sup>6</sup> Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.: Das Wichtigste über die Alzheimer Krankheit. 12. aktualisierte Auflage, Berlin



Die folgenden Definitionen leuchten die Thematik weiter aus:

Eine Demenz ist eine »komplexe neuropsychologische Störung, die auf jeden Fall eine Gedächtnisstörung einschließt, zusätzlich jedoch mindestens eine weitere Beeinträchtigung im Bereich der höheren kortikalen Funktionen aufweist, also z. B. eine Aphasie, Apraxie, Agnosie oder eine Störung der Exekutivfunktionen (Handlungs- und Planungskompetenz).« So steht es im Diagnoseglossar der amerikanischen Psychiatervereinigung. Hier wird die Definition noch um die Aussage erweitert, dass die kognitive Beeinträchtigung in ihrer Summe zu einer Abnahme der Kompetenz im Bereich der Aktivitäten des täglichen Lebens führen muss; erst dann liegt eine diagnostische Voraussetzung für eine Demenz vor.

Bei der Weltgesundheitsorganisation (WHO) steht zu lesen: Eine Demenz ist »eine erworbene globale Beeinträchtigung der höheren Hirnfunktion einschließlich des Gedächtnisses, der Fähigkeit, Alltagsprobleme zu lösen, sensomotorischer und sozialer Fertigkeiten der Sprache und Kommunikation, sowie der Kontrolle emotionaler Reaktionen, ohne Bewusstseinsstörung. Meist ist der Verlauf progredient (fortschreitend), nicht notwendigerweise irreversibel.«

»Demenz wird den psychiatrischen Störungen zugeordnet. Die derzeit verwendeten klinischen Diagnoseinstrumente – DSM-IV<sup>7</sup> und ICD-10<sup>8</sup> – beschreiben als wesentliches Merkmal einer Demenz die Abnahme multipler kognitiver Funktionen, in deren Folge es zur Beeinträchtigung der selbstständigen Bewältigung beruflicher und/oder alltäglicher Anforderungen kommt. Darüber hinaus listet die ICD-10 affektive Symptome und Verhaltensauffälligkeiten sowie eine Beeinträchtigungsdauer auf die Aktivitäten des täglichen Lebens von mindestens sechs Monaten auf (vgl. Wagner 2002; Popp 1999).

Im Einzelnen definiert **ICD-10** Demenz als »ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störungen vieler 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. Dieses Syndrom kommt bei der Alzheimer Krankheit, bei zerebrovaskulären Störungen und bei anderen Zustandsbildern vor, die primär oder sekundär das Gehirn betreffen.

Während die ICD-10-Definition Demenz als einen fortschreitenden oder irreversiblen Verlauf beschreibt, hält die DSM-IV-Definition die Prognose offen, so dass reversible Verläufe mit eingeschlossen werden. Der Begriff Demenz ist hier wesentlich weiter gefasst und wird so der Vielgestaltigkeit der Demenz eher gerecht. Laut **DSM-IV** ist das Hauptkennzeichen einer Demenz »die Entwicklung multipler kognitiver Defizite, wobei eine Gedächtnisstörung und mindestens eine der folgenden kognitiven Einbußen vorhanden sein müssen: Aphasie<sup>9</sup>, Apraxie<sup>10</sup>, [Agnosie<sup>11</sup>] oder

<sup>7</sup> Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen

<sup>8</sup> Internationale Klassifikation psychischer Störungen

<sup>9</sup> Störung beim Benennen von Objekten und Personen, Störungen der Spontansprache (bezogen auf Phonologie und Semantik), des Sprachverständnisses und des Nachsprechens (vgl. Piesbergen 2005)

<sup>10</sup> Beeinträchtigung der Ausführung motorischer Fähigkeiten und damit Ungeschicklichkeit im Umgang mit Alltagsaufgaben (vgl. Schröder 2003. In: Coester 2004)

<sup>11</sup> Agnosie bezeichnet die Unfähigkeit, wahrgenommene Gegenstände, Gesichter etc. richtig zuzuordnen und zu erkennen (vgl. Schröder 2003. In: Coester 2004).

*eine Beeinträchtigung der Exekutivfunktion<sup>12</sup>. Die kognitiven Defizite müssen eine Verschlechterung gegenüber einem vormals höheren Leistungsniveau darstellen« (Pietsch 2004, S. 3).*

Eine **Demenz** (lat. *dementia* »ohne Geist«) ist ein Defizit in kognitiven, emotionalen und sozialen Fähigkeiten, die zu einer Beeinträchtigung von sozialen und beruflichen Funktionen führt und fast immer, aber nicht ausschließlich, mit einer diagnostizierbaren Erkrankung des Gehirns einhergeht.

Vor allem sind das Kurzzeitgedächtnis, ferner das Denkvermögen, die Sprache und die Motorik, nur bei einigen Formen auch die Persönlichkeitsstruktur betroffen. Maßgeblich ist der Verlust bereits erworbener Fähigkeiten im Unterschied zur angeborenen Minderbegabung (Oligophrenie). Heute sind verschiedene, aber nicht alle Ursachen von Demenzen geklärt, und einige Formen können in einem gewissen Umfang behandelt werden, d. h. die Symptome können im Anfangsstadium einer Demenz verzögert werden. Die am häufigsten auftretende Form der Demenz, aber bei weitem nicht die einzige, ist die Alzheimer-Krankheit. Eine Demenz kann auf ganz verschiedenen Ursachen beruhen, für die Therapie ist die Klärung dieser Unterscheidungsmerkmale sehr wichtig.

## 1.2 Einteilung demenzieller Erkrankungen

*»Das Unverständnis bezüglich des Krankheitsbildes Demenz rührt ... daher, dass es die Demenz nicht gibt, sondern eine Fülle von verschiedenen Krankheitsbildern, die unter diesem Begriff subsumiert werden« (Kostrzewa 2008, S. 19).* So muss also von einer demenziellen Symptomatik gesprochen werden.

In der Vergangenheit wurden die verschiedenen Demenzformen in primäre und sekundäre Demenzformen eingeteilt. Davon geht man derzeit ab, da im Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) von einer Unterscheidung abgesehen wird.

### 1.2.1 Arten von Demenzerkrankungen

Dementia seniles (Altersrückbildung des Gehirns) ist eine senile Hirnleistungsschwäche, die primär durch hirnorganische Veränderungen hervorgerufen wird. Demenzen vom Alzheimer Typ (SDAT) sind am häufigsten (ca. 70% aller Demenzen).

Weitere Formen sind die vaskuläre Demenz durch Arteriosklerose der Hirngefäße (ca. 25% aller Demenzen), die Multiinfarktdemenz (MID) als Folge von Durchblutungsstörungen oder kleineren Schlaganfällen, sowie die Demenz bei Parkinsonsyndrom.

Seltener treten auf: die Picksche Krankheit (Stirnhirnatropie), Chorea Huntington (Veitstanz), Demenz nach Reanimation oder nach Blutung zwischen den beiden inneren Hirnhäuten.

<sup>12</sup> Beeinträchtigung der handlungsassoziierten Fähigkeiten wie z. B. abstraktes Denken, Antrieb, Handlungsplanung, Weiter- und Ausführung von Handlungen, Aufmerksamkeit, Flexibilität (vgl. Piesbergen 2005)

## 1.2.2 Demenzähnliche Zustandsbilder

- Akuter Verwirrheitszustand (Delir)
- Pseudodemenz bei Depressionen (sieht aufgrund einer extremen Apathie einer Demenz sehr ähnlich)
- Demenzähnliche Bilder bei akutem exogenem Reaktionstyp (Delir, Dämmerzustand, akuter Korsakow)

## 1.3 Symptome einer Demenz

Der Beginn einer demenziellen Erkrankung verläuft schleichend. Die ersten Auffälligkeiten entstehen im Bereich der kognitiven Störungen: eine zunehmende Vergesslichkeit mit eingeschränkter Merkfähigkeit stehen oft an erster Stelle. Dies ist die Zeit der vielen Merktettel, die die Betroffenen überall anbringen.

*»Es ist richtig, dass im Laufe der Demenzerkrankung aus medizinischer Sicht gewisse Strukturen im Gehirn zunehmend geschädigt werden. Wir beobachten, wie insbesondere die kognitiven Leistungen nachlassen. Der Betroffene kann nicht mehr so gut begrifflich denken und sich entsprechend äußern, er ist örtlich und zeitlich nicht mehr »realitätsgerecht« orientiert, und vor allem das Gedächtnis funktioniert immer weniger gut« (Beyer 2007, S. 13).*

Demenzkrankungen bestehen aus der Bündelung von verschiedenen Symptomen zu Syndromen. *»Selbst die Alzheimer-Demenz, die vermutlich größte Untergruppe der Demenzformen, stellt keine einheitliche Krankheit dar, sondern scheint nach neueren Forschungsergebnissen wiederum ein Sammelbegriff verschiedener sich ähnelnder Unterformen zu sein (vgl. Hoyer in: Maciejewski et al. 2001).«*

Es wäre aber falsch, den Menschen mit Demenz nur noch über seine Symptome wahrzunehmen. Egal, welches der vielen möglichen Symptome er aufweist, er ist immer noch ein kompletter, individueller und vor allem: wunderbarer Mensch. Nach wie vor muss der Blick auf die ganze Person, auf den Menschen gerichtet sein.

Bei den Symptomen der Demenz unterscheidet man zwischen Primärsymptomen und Sekundärsymptomen. Primärsymptome sind die, die durch die Demenz unmittelbar verursacht werden; Sekundärsymptome sind Folgeerscheinungen im Rahmen einer demenziellen Erkrankung. Leitsymptom ist die Gedächtnisstörung, die je nach Dauer und Schwere der Erkrankung mehr oder weniger stark ausgeprägt ist.

Böhmer stellt diese Symptome in Anlehnung an Haffner/Meier (1993, S. 138ff.) folgendermaßen zusammen:

### **»Primärsymptome der Demenz:**

- Gedächtnisstörung (Amnesie)
- Merkfähigkeitsschwäche
- Konzentrationsstörung

- Desorientierung in der Zeit, im Raum, im Ort und zur Person
- Sprachstörung (Aphasie)
- Wahrnehmungsstörung (Agnosie)
- Störung von (motorischen) Handlungsabläufen (Apraxie)
- Störung des abstrakten Denkens (Abstraktionsfähigkeitsverlust)
- Störung der Urteilskraft (Assessment-Störung)

#### **Sekundärsymptome der Demenz:**

- Persönlichkeitsstörungen
- Depression
- Angst
- Wahnvorstellungen
- psychische und motorische Unruhe
- Aggressivität
- Apathie und Indifferenz
- Perseverationen (Hängenbleiben an einem Gedanken bzw. dessen ständige sprachliche Wiederholung)
- Urin- und Stuhlinkontinenz
- Stimmungsschwankungen (affektive Störung)<sup>13</sup>

#### **Merke:**

Die Primärsymptome stehen für die Auswirkung der Krankheit  
Die Sekundärsymptome stehen für die Reaktion des Betroffenen auf seine Krankheit.

Ich teile die Ansicht, dass »ein Teil der sekundären Symptome durch uns Begleiter, durch Angehörige, durch Mitbewohner und durch die Gestaltung des Umfeldes wesentlich beeinflusst werden kann« (Kostrzewa 2008, S. 21).

Als eine weitere Orientierung kann eine Demenz nach Schweregraden eingeteilt werden: »Eine brauchbare Einschätzung der einzelnen Schweregrade einer Demenz (z. B. die senile Demenz vom Alzheimer Typ, kurz: SDAT, wie auch die Multiinfarktdemenz, kurz: MID) liefert das DSM-IV« (Pipam 2005, S. 172f.).

**Leichte Demenz:** Die Fähigkeit unabhängig zu leben, mit entsprechender persönlicher Hygiene und intaktem Urteilsvermögen, ist erhalten, Arbeit und soziale Aktivitäten sind deutlich beeinträchtigt. (Mini-Mental-Statuswerte 21–24)

**Mittelschwere Demenz:** Die selbstständige Lebensführung ist nur mit Schwierigkeiten möglich, ein gewisses Maß an Betreuung/Aufsicht ist erforderlich. (MMS-Werte 11–20)

**Schwere Demenz:** Die Patienten benötigen kontinuierliche Betreuung, eine Aufrechterhaltung auch nur minimaler persönlicher Hygiene ist nicht mehr möglich. Symptome wie Inkohärenz und Mutismus sind häufig. (MMS-Werte 10 und weniger)« (Kostrzewa 2008, S. 20).«

<sup>13</sup> Böhmer, M.: Erfahrungen sexualisierter Gewalt in der Lebensgeschichte alter Frauen. Mabuse Verlag, Frankfurt 2000

Bei Erich Grond (2009) finden wir noch eine weitere Einteilung der kognitiven Symptome:

### »Gedächtnisstörungen:

#### 1. Frischgedächtnis- oder Merkstörungen

Der Kranke

- kann sich nichts mehr merken;
- vergisst, verliert, verlegt Sachen, lernt nichts Neues mehr;
- fragt oder erzählt dauernd dasselbe, ruft ständig um Hilfe;
- streitet seine Vergesslichkeit ab, verheimlicht Versagen oder baut eine Fassade auf, weil er sich für gesund hält;
- ist in der Fremde verwirrt, stellt sich nicht um und irrt herum;
- klammert sich an Angehörige an oder läuft ihnen nach;
- begreift seine Fehler und reagiert aggressiv oder zieht sich depressiv zurück.

Der Betroffene gerät in zunehmende Regression in die Kindheit. Er verliert Zeitgefühl und Realitätsbezug.

#### 2. Altgedächtnis- oder Erinnerungsstörungen

Der Kranke

- kann sich kaum an die zuletzt erlebten Jahre erinnern;
- findet die passenden Worte nicht (amnestische Aphasie);
- sorgt nicht mehr für sich in den AEDL, vernachlässigt Wohnung und Wäsche, verliert die Selbstkritik und verwaht;
- erkennt Partner und Kinder nicht mehr, vergisst sich selbst;
- spricht mit Verstorbenen, verwechselt Gegenwart mit der Vergangenheit (Zeitverschränkung) und lebt in seiner eigenen Welt.

Im Spätstadium hat er seine Biografie bis auf einzelne, emotional bedeutsame Erlebnisse verloren, kann sich aber noch deutlich an die Kindheit erinnern und sich wie als Kind verhalten. Auch andere kognitive Fähigkeiten wie Aufmerksamkeit und Flexibilität nehmen ab.

**Zu den kognitiven Symptomen** gehören die sechs Denk-Ausfälle (A), die schwanken:

- Amnesie (Gedächtnisstörungen),
- Apraxie (Handlungsunfähigkeit),
- Aphasie (Wortfindungsstörungen),
- Agnosie (Störung des Erkennens),
- Abstraktions- (Rechen-) und
- Assessmentstörung (Urteilsstörung).

...

Verhaltensstörungen finden sich bei 70 bis 90% der Kranken mit Alzheimer. Die Angaben, wie sich Verhaltensstörungen verteilen, schwanken erheblich. Wingenfeld & Schnabel führten 2002 an:

- Depressivität 70%,
- Angst und Schreien 60%,
- Aggressionen 50%,

- *Wahnvorstellungen und Halluzinationen 35%,*
- *Umherlaufen 20%.*

*Die Verminderung der Affektkontrolle, des Antriebs und des Sozialverhaltens zeigt sich in mindestens einem der folgenden Merkmale nach ICD-10:*

- *Emotionale Labilität,*
- *Reizbarkeit,*
- *Apathie,*
- *vergrößertes Sozialverhalten.*

***Verhaltensauffälligkeiten oder herausforderndes Verhalten*** (ver)stören pflegende Angehörige und beruflich Pflegende (auch in den Heimen) mehr als kognitive Ausfälle. Dazu gehören:

- *Unruhe wie dranghaft ängstlich-unruhiges Umherlaufen kann bei jedem zweiten Demenzerkrankten, besonders in der Abenddämmerung (sun-downing), auftreten.*
- *Hinlaufen, Wandern oder zielloses nächtliches Umherirren stört, wenn der Kranke »nach Hause oder zur Arbeit will«, er Traum und Realität nicht unterscheidet, tagsüber zu wenig beschäftigt wird, Angst oder Schmerzen hat oder sterben will.*
- *Schreien, Rufen, lautes Klagen oder stöhnende Lautäußerungen können mit dem Schweregrad der Demenz zunehmen.*
- *Aggressionen, Wutausbrüche, impulsives, enthemmtes, zerstörerisches Verhalten oder körperliche Gewalt gegen andere werden am besten durch die Cohen-Mansfield-Skala (siehe unten) erfasst.*
- *Schlafstörungen wie z. B. Schlaf-Umkehr (tags schläfrig, nachts hellwach) bei etwa jedem zweiten Demenzerkrankten kann auch die Folge mangelnder Ermüdung tagsüber sein.*
- *Antriebsstörungen wie Interesse- und Ausdrucksverlust können bei jedem Dritten im frühen und mittleren Stadium auftreten. Apathie ist bei schwerer Demenz häufig. Als organische Persönlichkeitsveränderungen werden apathisch-verlangsamte, distanzlos-geschwätzige oder unbeherrscht-enthemmte Personen beschrieben.*
- *Epileptische Anfälle bei etwa jedem zehnten Kranken, bei vaskulärer Demenz häufiger als bei Alzheimer-Demenz, bedeuten Sturzgefahr.*
- *Dranginkontinenz mit imperativem Harndrang tritt im mittleren Stadium bei zwei Drittel und bei schwerer Demenz bei jedem Kranken auf, wenn das Miktionszentrum z. B. im Stirnhirn geschädigt ist.*
- *Verstopfung hat jeder zweite Demenzerkrankte, weil er weniger Durst hat, weniger isst oder mit Anticholinergika behandelt wird. Die Folge sind Kotsteine, die zum Stuhlschmieren führen. Stuhl- oder neurogene fäkale Inkontinenz ist Absetzen von geformtem Stuhl nach dem Essen oder nach heißen Getränken, weil der Kranke den durch die Mastdarmfüllung ausgelösten Defäkationsreflex nicht mehr unterbrechen kann.*
- *Kleinschrittiger, schlurfender Gang wird oft durch Neuroleptika verursacht (bei Morbus Parkinson, bei Lewy-Körper- und vaskulärer Demenz, bei Alzheimer im Spätstadium) und fördert Bettlägerigkeit und Stürze.*

### ***Psychiatrische Begleitsymptome***

- *Angst bis zur Panikreaktion tritt bei fast jedem Demenzerkrankten auf. In den frühen Phasen etwas häufiger als später. Der Demenzerkrankte hat Angst, schwer krank zu werden, allein zu sein, sich außer Haus zu verlaufen oder zu verarmen. Die angstausslösende Demenz reduziert gleichzeitig die Fähigkeit, sich der Angst zu stellen.*

- *Depressive Verstimmung mit Rückzugsneigung infolge Überforderung ist in den ersten Jahren der Demenz häufig. Schlafstörungen, Rückzug, Verlangsamung und Unruhe können nicht nur der Depression, sondern auch der Demenz zugeordnet werden.*
- *Halluzinationen, Bestehungs- oder Beeinträchtigungswahn sind bei jedem Dritten zu beobachten. Optische Halluzinationen (bei etwa 15 bis 35% der schwer Demenzerkrankten) sind oft angstbedingt und können zu aggressivem Verhalten führen.*
- *Verkennungen (Fehlidentifikationen) treten bei jedem Vierten auf und können unruhig machen. Die Betroffenen halten Personen im Fernsehen für real (TV-Sign), Bekannte für einen Doppelgänger (Capgras-Syndrom) oder den Partner für eine fremde Person und erkennen sich selbst nicht mehr im Spiegel (Mirror-Sign) oder sehen andere Personen im Raum.«*

Ich zähle die Symptome und möglichen Verhaltensweisen so detailliert auf, um Ihre Beobachtungs- und Wahrnehmungsfähigkeit zu schulen. Die Symptome und möglichen Verhaltensweisen bieten eine wichtige Orientierung: Wenn Sie die Symptome einer Demenz für die Pflegeplanung nutzen, können Sie ahnen, wie es sich wohl anfühlt, ein Betroffener zu sein:

- Wie fühlt es sich an, Gegenstände nicht mehr erkennen und nutzen zu können? Vor allem, wenn man z. B. gerade Hunger oder Durst hat und die Utensilien vor sich nicht nutzen kann.
- Wie fühlt es sich an, nicht das sagen zu können, was man gern sagen möchte?
- Wie fühlt es sich an, wenn man vieles vergisst, sehr häufig Sachen verlegt, Fehler macht, etwas nicht mehr weiß, was man immer wusste?
- Wie reagieren andere Menschen? (Beyer 2007, S. 39f.)

Viele Möglichkeiten und Kompetenzen verschwinden. Es gibt aber auch vieles, was bleibt und sogar neu hinzukommt. *»Arbeiten wir vordergründig mit klinischen Diagnosen, wie z. B. Morbus Alzheimer, geben wir lediglich kausale Erklärungen, die den alten Menschen auf seine Defizite festlegen. Psychobiografische Pflege ist bemüht, sich in die Welt der Gefühle zu begeben (Thymopsychie) und die Welt der Dinge (Noopsyche) nachgeordnet wahrzunehmen. Mit dieser Denkweise können wir in der Pflege auf eine positive Veränderung der Verhaltensauffälligkeiten hinwirken,«* schreiben Mitarbeiter des Haus Dorothee in Jenenstadt in ihrer Broschüre *»Aufleben statt Aufheben«*.

Die Welt der Gefühle und die Welt der Dinge (ich verstehe darunter auch die »Themen«, mit denen der Betroffene aktuell beschäftigt ist) ist anders als die Welt der Diagnose. Ich habe hier ganz speziell eine Dame vor Augen, die auch im Kapitel mit den Beispielen immer wieder auftaucht. Ihre Diagnose lautet »Demenz«. Ihre Gefühle sind jedoch sehr präsent und deutlich. So sitzt sie nahezu jeden Tag vor ihrem Zimmer auf einem kleinen Sofa, mal in Alltagskleidung, mal im Nachthemd, und beobachtet das Geschehen um sich herum. Sie kommentiert die Menschen, die an ihr vorbeigehen. Zu jedem kann sie etwas sagen. Sie ist lebendig, nimmt Kontakt auf, setzt ihre »alte Tätigkeit«, Kundenkontakt zu halten, weiter fort. Wenn ihr etwas nicht gefällt, dann sagt sie es sofort.

## 1.4 Diagnostik einer Demenz

Gerontopsychiatrische Symptome ähneln sich häufig und deshalb ist es wichtig, eine klare Diagnose zu erhalten. Ein wesentlicher Punkt dabei ist die rasche Differenzierung zwischen einer Demenz und einer Pseudodemenz, einem vorübergehenden Delir oder einer Depression.



Nichtsdestotrotz ist diese Frühdifferenzierung nicht der einzige Grund für eine Diagnose. Schlussendlich ist sie wichtig, um eine evtl. Heilung oder Verbesserung zu erreichen. Aber leider »wird die Diagnose einer Demenz und speziell der Alzheimer-Demenz zumeist gar nicht oder zu spät gestellt. ... Je früher die Diagnose einer Demenz gestellt und mit einer entsprechenden Behandlung begonnen wird, desto effektiver lässt sich die Krankheit behandeln und verlangsamten« (Schröder 2000, S. 27)

Wichtig ist eine frühe Diagnostik auch deshalb, damit nicht vorschnell ein Stempel aufgedrückt wird, der nicht passt, nach dem sich aber die ganze weitere Behandlung und Pflege richtet.

Eine korrekte Diagnostik ist eine Voraussetzung dafür, um die ca. 15% der Fälle mit behandelbaren Demenzen zu erkennen.

Eine frühzeitige Demenz-Diagnose erlaubt

- es dem Klienten, seine Situation, Einschränkungen und Veränderungen besser zu verstehen, seine Zukunft besser zu planen und Gefahren zu vermeiden;
- es der Familie, den Klienten besser zu verstehen, die Zukunft besser zu planen, optimale Hilfe zu organisieren und sich selber auf die Krankheit einzustellen;
- es dem Arzt, einen optimalen Behandlungsplan zu erstellen, Begleiterkrankungen zu behandeln und präventive Maßnahmen vorzuschlagen.

Für eine adäquate Diagnose liegen verschiedene Instrumente vor, die jedoch in der Praxis bei ein und demselben Menschen zu unterschiedlichen Ergebnissen führen können.

Im diagnostischen Prozess werden Informationen aus dem sozialen, ökologischen, psychologischen und physiologischen Bereich erhoben und berücksichtigt. Dies ist eine Aufgabe für einen Neurologen und/oder Psychiater, die normale Hausarztpraxis ist hier überfordert.

Für eine Diagnose nach dem DSM-IV sind folgende Kriterien verbindlich:

A. Entwicklung multipler kognitiver Defizite, die sich zeigen in:

1. einer Beeinträchtigung des Kurz- und Langzeitgedächtnisses
2. mindestens eine der folgenden kognitiven Störungen:

- Aphasie
- Apraxie
- Agnosie
- Störungen der Ausführungsfunktionen, d. h. des Planens, Organisierens, Einhaltens einer Reihenfolge und des Abstrahierens

B. Die kognitiven Defizite beeinträchtigen bedeutsame soziale und berufliche Funktionen und verschlechtern deutlich das frühere Leistungsniveau.

Für Pflegende stehen auf der einen Seite die Diagnose und ihre Symptome, auf der anderen Seite aber Fragen, wie es dem Betroffenen geht, wie sich die Symptome anfühlen und was die Einschränkungen mit dem Menschen machen.



## 1.5 Senile Demenz vom Alzheimer Typ (SDAT)

Der Arzt *Alois Alzheimer* gab der Krankheit ihren Namen. Er behandelte und seziierte später eine 56 Jahre alte, an Desorientiertheit, Aphasie, Wahn und unberechenbarem Verhalten erkrankte Patientin. Was er fand, war eine diffuse Atrophie (Schrumpfung) des gesamten Gehirns. Nach Alzheimer wurde diese Demenzform bis in die 1970er Jahre als »präsenile Demenz vom Alzheimer Typ« bezeichnet.

Wissenschaftliche Untersuchungen bestätigten *Alzheimers* Annahme und stellten keinen Unterschied zwischen der sogenannten »senilen Demenz« und der späten Alzheimerschen Krankheit fest.

Seither ist es üblich, alle Demenzformen, die neuropathologisch durch das Auftreten von senilen Plaques, neurofibrillären Bündeln und durch granuvaskuläre Degeneration charakterisiert sind, als **Morbus Alzheimer** zu bezeichnen.

Tabelle 1: Stadien der Alzheimer Krankheit.

Stadium	Beschreibung
sehr geringe Störung (Defizite werden nur von den Betroffenen selbst registriert.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Leichte Gedächtnisstörungen (Verlegen von Dingen, Vergessen von Namen bekannter Personen).</li> <li>■ Wortfindungsstörungen.</li> <li>■ Keine Beeinträchtigung des beruflichen und sozialen Lebens.</li> <li>■ Gedächtnisstörungen bei Untersuchungen nicht sichtbar nachweisbar.</li> </ul>
Geringe Störung (kann noch überspielt oder vertuscht werden.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Stärkeres Nachlassen der Merkfähigkeit.</li> <li>■ Versagen bei beruflichen Anforderungen.</li> <li>■ Verstärkt Probleme in unbekanntenen Situationen.</li> <li>■ Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen testpsychologisch nachweisbar.</li> </ul>
Mäßige Störung	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Schlecht informiert über aktuelles Geschehen.</li> <li>■ Probleme beim Planen und Lösen schwieriger Aufgaben (Umgang mit Geld, Einkaufen, Verreisen).</li> </ul>
Mittelschwere Störung (Beginn der Demenz)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Unfähigkeit, sich an wichtige Dinge des täglichen Lebens zu erinnern (Namen von Angehörigen, Adressen, eigene Telefonnummer).</li> <li>■ Probleme bei der Auswahl geeigneter Kleidungsstücke.</li> <li>■ U. U. Vernachlässigung der Körperpflege.</li> <li>■ Auf fremde Hilfe angewiesen.</li> </ul>
Schwere Störung	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Gelegentlich keine Erinnerung an den Namen des Partners.</li> <li>■ Keine bewusste Wahrnehmung der Umwelt.</li> <li>■ Vollständige Abhängigkeit von fremder Hilfe (auch beim An- und Auskleiden und bei der Körperpflege).</li> <li>■ U. U. Kontrollverlust bei den Ausscheidungsvorgängen.</li> </ul>

Stadium	Beschreibung
Sehr schwere Störung	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Extreme Verminderung des Wortschatzes mit weitgehendem Verlust der Sprachfähigkeit.</li> <li>■ Verlust der Gehfähigkeit und Probleme beim Sitzen.</li> <li>■ Verlust der Fähigkeit zu lächeln.</li> <li>■ Häufig Inkontinenz.</li> </ul>

## 1.6 Pflegerische Einschätzungsinstrumente für Menschen mit Demenz

Die Diagnostik der Demenz gehört in die Hände eines Facharztes oder einer entsprechenden Klinik. Laut der Website [www.psychiatriegespraech.de](http://www.psychiatriegespraech.de) sind das:

- Klinische (neurologisch-psychiatrische Untersuchung, Verlaufsbeobachtung), Diagnostik
- Testpsychologische Diagnostik
- Diagnostik durch bildgebende Verfahren (Computertomographie, Kernspintomographie)
- Genetische Diagnostik
- Laborchemische Diagnostik<sup>14</sup>

*»Überhaupt ist eine gute Demenz-Diagnostik nicht »aus der Hüfte« zu bewerkstelligen, sondern nur durch akribisches Zusammentragen eigenanamnestischer und insbesondere auch fremdanamnestischer Details, penible allgemein-körperliche, neurologische und psychopathologische Untersuchungen ...« (Schröder 2000, S. 28)*

In der Pflege ist es doch etwas einfacher. Zum einen können Pflegekräfte einen Kontakt zur Fachärztin herstellen und diese um eine adäquate Diagnostik bitten. Zum anderen haben sie die Möglichkeit, bestimmte Erlebnisse und Ereignisse um die Demenz herum einzuschätzen.

Im pflegerischen Alltag gibt es noch andere Instrumente, von denen ich zwei hier vorstellen möchte. Allerdings liegen sie – auch wenn sie erhältlich und von Dokumentationsfirmen hergestellt werden – nicht unbedingt im Verantwortungsbereich einer Pflegekraft.

### 1.6.1 Der Mini-Mental Status Test (MMST)

Dieser Test erfasst Angaben des Klienten aus den Bereichen Gedächtnis, Orientierung und visuokonstruktorischen Fähigkeiten. Zweck des Tests ist die Quantifizierung und Verlaufsbestimmung der kognitiven Fähigkeiten. Für die Anamnese der Gedächtnisleistung und des Orientierungsvermögens kann der MMST eingesetzt werden. Bei einem Punktwert unter 24 geht der Arzt in der Regel davon aus, dass eine demenzielle Erkrankung vorliegt.<sup>15</sup>

<sup>14</sup> [http://www.psychiatriegespraech.de/psychische\\_krankheiten/demenz/demenz\\_diagnostik.php](http://www.psychiatriegespraech.de/psychische_krankheiten/demenz/demenz_diagnostik.php)

<sup>15</sup> Maciejewski, B. et al.: Qualitätshandbuch Leben mit Demenz. Köln 2001.

**MINI MENTAL STATE**

Name:

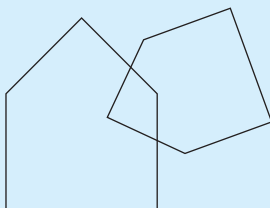
Datum:

Untersucher:

		Maximum	Score
<b>Orientierung:</b>	Welches Jahr	5	( )
Zeitlich:	Welche Jahreszeit		
	Welches Datum		
	Welcher Tag		
	Welcher Monat		
Örtlich:	Welcher Staat	5	( )
	Welches Land		
	Welche Stadt		
	Welches Krankenhaus		
	Welches Stockwerk		
<b>Merkfähigkeit:</b>	Nennen von drei unabhängigen Objekten	3	( )

Eine Sekunde pro Objekt. Darauf werden alle drei Objekte abgefragt. Pro richtige Antwort ein Punkt. Solange wiederholen, bis sich der Patient die Worte gemerkt hat. Anzahl der Versuche angeben (6 x ...)

<b>Aufmerksamkeit</b> und Rechnen: 100-7 (93, 86, 79, 72, 65) alternativ (wenn vom Patienten bevorzugt): rückwärts buchstabieren: Woche (gescored wird die Anzahl der in der richtigen Reihenfolge genannten Buchstaben)	5	( )
<b>Abrufen:</b> Frage nach den drei Objekten. Ein Punkt pro Wiedergabe.	3	( )
<b>Sprache:</b> Benennen von zwei Gegenständen (Stift, Uhr)	2	( )
Wiederholen der Wortkombination: »Keine Unds, Wenns oder Abers«	1	( )
Befolgen eines dreiteiligen Auftrages: Ein Punkt pro Teilaufgabe Nehmen Sie das Blatt Papier, falten Sie es in der Mitte und legen Sie es auf den Boden.	3	( )
Lesen und Befolgen des Auftrages: Schließen Sie die Augen	1	( )
Schreiben eines Satzes:	1	( )
Abzeichnen der Figur:	1	( )



**Maximum 30 Score:**

Satz:

Hinweise der Autoren: Der MMST ist grundsätzlich in zwei Hauptbereiche eingeteilt. **Bereich 1** erfordert verbale Antworten und deckt Orientierung, Gedächtnis und Aufmerksamkeit ab. Die maximale Punktezahl beträgt 21. **Bereich 2** beurteilt die Fähigkeit zu benennen, verbale und schriftliche Aufträge zu befolgen, spontan einen Satz zu schreiben und ein zusammengesetztes Polygon nachzuzeichnen. Die maximale Punktezahl für diesen Bereich beträgt 9.

### Gesamtscore: 30

Zu beachten ist ausdrücklich, dass der Patient sich nicht gestresst fühlt, dass das Testen ausreichend erklärt wird, der Patient motiviert wird, ihm ein Erfolg vorausgesagt wird und keinerlei Druck ausgeübt wird. Probleme durch Störungen der Sinnesorgane müssen einkalkuliert bzw. korrigiert werden. Der Test erfordert ca. 10 Minuten und ist von den Autoren auf Validität und Reliabilität geprüft.

- Ein Score < 24 lässt Abbau vermuten.
- Ein Score < 20 ist praktisch nur bei Dementen zu erheben.

Im Alltag kann der MMST gut genutzt werden. Er ist eine Möglichkeit, sich der Beschreibung der einzelnen Verhaltensweise zu nähern und das ist schließlich eines der Ziele der Pflegeplanung.

## 1.6.2 Die Fast-Skala

Die Fast-Skala (Functional Assessment Staging) ist eine Skala zur Bestimmung des Schweregrades und wurde von dem Amerikaner *Reisberg* entwickelt. Zum einen kann der Schweregrad einer Demenz nach FAST (funktional assessment stages = auf Leistung bezogene festgelegte Stadien) bestimmt werden und zum anderen kann bei einer diagnostizierten Alzheimer-Erkrankung das Stadium erkannt werden, in dem sich der Bewohner/Klient befindet.

Tabelle 2: Die Fast-Skala (*Hafner & Meier 1998*).

Reisberg-klasse	Leitsymptome	Wahrscheinliche Verlaufszeit	Schweregrade	Leistungsfähigkeit	Sozialmedizinische Konsequenzen
I	Keine Symptome	Gute Prognose	Normales Altern	Erwachsener	Aktivierung
II	Vergesslichkeit	Gute Prognose	Normales Altern	Erwachsener	Aktivierung, beruhigendes Gespräch



Reis- berg- klasse	Leitsymptome	Wahr- scheinliche Verlaufs- zeit	Schwere- grade	Leistungs- fähigkeit	Sozial- medizinische Konse- quenzen
III	Versagen bei komplexeren Aufgaben in Beruf und Gesellschaft, z. B. Reisen an einen neuen Ort	7 Jahre	Leicht	Adoles- zenz	Faktischer Rückzug aus überfor- dernden Aufgaben
IV	Benötigt Hilfe bei schwie- rigen Aufgaben des täglichen Lebens, z. B. Buchhaltung, Einkaufen, Einladungen	2 bis 4 Jahre	Leicht	8- bis 12- jähriger	Überwachte Selbstständig- keit, Finanz- überwachung
V	Benötigt Hilfe bei der Wahl der Kleidung und beim Entscheid zum Baden	1 bis 3 Jahre	Mittel- schwer	5- bis 10- jähriger	Organisierter Tagesablauf, Teilzeithilfe (ambulant, Familie) Tages- pflege, Umge- bungsmaß- nahmen
Vla b c d e	Hilfe beim Ankleiden Hilfe beim Baden Hilfe bei der Toilette Urininkontinenz Stuhlinkontinenz	5 Monate 5 Monate 5 Monate 4 Monate 10 Monate	Schwer	5-jähriger 4-jähriger 4-jähriger 3-jähriger 2-jähriger	Ganztägige Hilfe und Betreuung (ambulant und Familie) oder Hospitalisation; Hilfe an Betreuer
VIIa b c d e f	Sprechvermögen 6 Worte Kann nicht mehr sprechen Kann nicht mehr gehen Kann nicht mehr sitzen Kann nicht mehr lachen Kann nicht mehr den Kopf halten	12 Monate 18 Monate 12 Monate 12 Monate 18 Monate Unbestimmt	Sehr schwer	1-jähriger 1-jähriger 1-jähriger Kleinkind Kleinkind Säugling	Langzeitpflege

Es gibt Formulare mit der FAST-Skala von bekannten deutschen Pflegedokumentationsherstellern. Ich persönlich verwende sie selten, weil sie sehr defizitorientiert sind und die jeweiligen Verhaltensarten nur sehr kurz und allgemein beschreiben.

### 1.6.3 Dementia Care mapping (DCM)

Das Dementia Care Mapping stammt aus England. Es wurde von *Tom Kitwood* an der Universität Bradford entwickelt und von *Christian Müller-Hergl* nach Deutschland gebracht. Beim Dementia Care Mapping handelt es sich um eine Evaluationsmöglichkeit der Lebensqualität von Demenzerkrankten, die nicht an die Kompetenz eines Facharztes gebunden ist.

DCM ist ein Beobachtungsverfahren, bei dem die Perspektive und das Wohlbefinden des Klienten im Vordergrund stehen, diese werden abgebildet.

*»Die Grundlage des DCM ist die Werteorientierung der »personenzentrierten Pflege« oder »Positiven Personenarbeit« nach Tom Kitwood. So kann mit dem DCM eingeschätzt werden, inwiefern bestimmte Maßnahmen, Bedingungen der Umgebung oder Verhaltensweisen der Pflegenden zum Wohlbefinden beitragen oder eher schädlich sind. Dies gilt als Kriterium für die Qualität der Pflege. Die Beobachtung erfolgt nach bestimmten Regeln und wird in einer Kodierung festgehalten« (Stuhlmann 2004, S. 141).*

Beobachtet werden:

- 24 Verhaltenskategorien (»Behaviour Category Coding«, BCC).
- Das relative Wohlbefinden (Well or Ill-Being, WIB)
- Positive Ereignisse (Positive Event Recording, PER)
- Personale Detraktionen (Personal Detraction Coding, PDC). Personale Detraktionen sind Handlungen, die die Anerkennung des Gegenübers als Persönlichkeit mildern. Das sind z. B. Handlungen und Verhalten wie *»Betrügen, Infantilisieren, Einschüchtern, Überholen, Verbanen, Ignorieren, Zwingen, Vorenthalten, Herabsetzen und verächtlich machen. Diese Art der Interaktion untergräbt das Personsein. Sie ist würdelos und schmälert das Wohlbefinden.«*<sup>16</sup>

Aufbauend auf einem personenzentrierten Verständnis von Demenz nehmen geschulte DCM-Beobachter (Mapper) am Leben von Menschen mit Demenz teil und versuchen, einen Tag lang *»in ihren Schuhen«*<sup>17</sup> zu gehen und ihr Handeln und Befinden in der Einrichtung zu beschreiben.

Mit dem DCM-Verfahren wird gemessen, inwiefern sich bestimmte Maßnahmen in einer Einrichtung auf die Klienten auswirken, ob sie ihnen gut tun oder nicht. Wenn also Musiktherapie und Validation erprobt werden, können die Mitarbeiter anhand der DCM-Ergebnisse erkennen, ob sich die Menschen dabei wohl fühlen oder nicht. Gleichzeitig kann das DCM auch eingesetzt werden, wenn ein Klient mehr und mehr abbaut, sich zurückzieht oder vielleicht unter starken Aggressionen leidet. Die Ergebnisse der Beobachtungen können dabei helfen, die Gründe für das veränderte Verhalten herauszufinden und die Förderung, Pflege und Begleitung für diesen Menschen verbessern.

<sup>16</sup> Arbeiterwohlfahrt Senioren- und Sozialzentrum gemeinnützige GmbH Sachsen-West. Gerontopsychiatrisches Konzept. <http://www.awo-sachsen-west.de/index.php?id=437>

<sup>17</sup> Kuratorium Deutsche Altershilfe: Well-Being Pattern/«Wie geht es Ihnen?«. Köln, 2005

**DCM berücksichtigt folgende Verhaltenskategorien:**

- Essen und Trinken
- Teilnahme an einem Spiel
- Schlafen oder Dösen
- Völlig in sich gekehrt und sozial nicht einbezogen sein
- Aufgeregt oder ärgerlich sein und Stress haben
- Versuch der Kontaktaufnahme ohne Antwort
- Teilnahme an einer religiösen Aktivität
- Teilnahme an einer gymnastischen Übung
- Selbstpflege
- Pflege erhalten
- Beschäftigung mit (Haus-)Arbeit
- Beschäftigung mit Medien
- Unabhängiges Gehen/Stehen/Fortbewegen
- Mit sich selber oder einer eingebildeten Person sprechen

Die Beobachtungen werden in ein spezielles Beobachtungsprotokoll eingetragen, der Umgang und das Verfahren gehört also unbedingt in die Hände einer dafür geschulten Person. Es geht hierbei nicht primär um die Einschätzung von Einzelpersonen, sondern um Zusammenhänge zwischen Erleben und Qualität sowie Wirkung der Pflege. Dabei sollten das Team und die Einrichtung mit einbezogen werden.

Es geht bei der Beobachtung nicht um oberflächliche Wahrnehmung und Deutung, sondern um feinfühliges Beobachten des Klienten (z. B. Lächeln, zufriedener Gesichtsausdruck, entspannte Unterhaltung, Zeichen der Zuneigung und des Selbstrespekts, Heiterkeit, Unbehagen, Kummer, Langeweile, Ärger, Stress, Angst, Überforderung etc.).

Ein Verfahren wie das DCM kann bei einem Klienten für größtmögliches Wohlbefinden sorgen, vorausgesetzt, die Pflegekräfte wenden es kenntnisreich an, denn letztlich ist das DCM eine Fremdwahrnehmung und als solche natürlich sehr abhängig von der sensiblen Beobachtung des »Mappers« und seiner eigenen Reflexionsfähigkeit. Allerdings sind die Ergebnisse keine »knallharten Fakten«, sondern zum Teil subjektive Wahrnehmungen.

*»Die große Schwierigkeit und Herausforderung besteht darin, die Gefühle, Stimmungen und Handlungsweisen von Menschen zu verstehen, die sich dazu nicht verlässlich äußern können; besonders auch dann, wenn biografische Daten kaum vorhanden sind oder wenig darüber aussagen, wie die Person vor Eintreten der kognitiven Behinderung ihr Leben betrachtete, Gefühle und Werte zum Ausdruck brachte und wie die Persönlichkeit akzentuiert war. Die Schwierigkeiten nehmen zu mit schwerer Demenz durch die Entkopplung von Handlung und Bedeutung sowie von Affekt und konventionellem Äußerungsmodus« (Müller-Hergl 2002).*

*Es entsteht somit die Notwendigkeit, durch Beobachten Wohlbefinden, Affekte, Vorlieben und Abneigungen zu »übersetzen« oder zu »rekonstruieren«, anhand des von Behinderung und Institutionalisierung bereits überformten Ausdrucks, der Körpersprache, der Interaktionsweisen sowie der Tätigkeiten und Aktivitäten. Es handelt sich demnach um nachempfundenes, eingefühletes Wohlempfinden einer Person mit Demenz durch einen beobachtenden Dritten« (Bartholomeyczik & Halek 2004).*

Konsequenzen, Wahrnehmungen und Erkenntnisse aus einer DCM-Erhebung gehören unbedingt in die Pflegeplanung. Genau dort können die Entdeckungen nutzbar gemacht werden.

Kritischer bin ich, wenn es um Zielformulierungen anhand der DCM-Ergebnisse geht. Oft steht bei einer Pflegeplanung »Herr XY soll das und das können«, oder »sich wohl fühlen«. Mit den genauen Ergebnissen des DCM-Verfahrens können Pflegendes feststellen, dass sie für die tatsächliche individuelle Qualität der jeweiligen Maßnahme verantwortlich sind. Der Klient wird jedoch einzelne Anregungen auch immer wieder unterschiedlich aufnehmen oder umsetzen.

Das DCM-Verfahren, die Gedanken und Kriterien dazu ermöglichen den Pflegekräften sehr genaue Kriterien für eine individuelle Pflegeplanung zum ganz eigenen »Wohlbefinden«.

*Graham Stokes* hat kürzlich festgestellt, dass Menschen mit Demenz sich wie »Barometer der Pflegequalität, die sie erfahren«, verhalten (KDA 2005).

Wir können uns nicht zu 100 Prozent in die Welt des anderen hineinbegeben und spüren, was er fühlt. Wir können jedoch durch genaues Zuhören und Beobachten erfahren, was sein Bedürfnis oder Gefühl ist. Hier helfen uns unter anderem unsere Erfahrung als Mensch und Pflegekraft, aber auch die Spiegelneuronen. *»Jegliche Wahrnehmung eines Vorgangs bei einer anderen Person kann in unserem Gehirn die Spiegelneuronen zum »Feuern« bringen. Sogar dann, wenn wir uns die betreffende Handlung nur vorstellen. Fachlich ausgedrückt stehen wir in neurobiologischer Sensation miteinander. Die Spiegelneuronen sind demnach der Schlüssel dafür, dass »wir die Absicht fremder Aktionen verstehen«. Sie helfen deshalb einem Menschen, sich in jemand anderen hineinzusetzen und an seinen Gefühlen Anteil zu nehmen, um entsprechende Reaktionen des anderen vorherzuplanen.«*<sup>18</sup>

#### 1.6.4 Die Cohen-Mansfield Skala

Eine weitere Möglichkeit, das Verhalten von Menschen mit Demenz zu erfassen, ist die Cohen-Mansfield Skala. Die amerikanische Forscherin *Jiska Cohen-Mansfield* führte verschiedene Studien zu bestimmten Verhaltensweisen bei Menschen mit Demenz durch. Dabei stellte sie folgende Verhaltensweisen in den Fokus ihrer Betrachtungen:

- körperlich aggressives Verhalten,
- körperlich nicht aggressives Verhalten,
- verbal agitiertes Verhalten und
- Verstecken bzw. Horten von Gegenständen

*Cohen-Mansfield* ist der Ansicht, dass es nicht ausreicht, »die Häufigkeit bestimmter Verhaltensweisen aufzuzeichnen, sondern die Gründe für das Auftreten herauszufinden. Die Fragen nach den Ursachen, ob unbefriedigte Bedürfnisse oder Stress diese Verhaltensweisen provozieren und ob sie durch veränderte Umweltbedingungen beeinflusst werden können, vermag bisher kein Instrument zu beantworten.«<sup>19</sup> Deshalb sollte im Pflegealltag natürlich genau beobachtet werden,

<sup>18</sup> Masemann, S.; Messer, B.; Lass mich dein Spiegel sein. In: Praxis Schule 5–10. Bildungshaus Schulbuchverlage, Braunschweig, 2008, Heft 3/Juni 2008

<sup>19</sup> Bartholomeyczik, S.; Halek, M. (Hrsg.): Assessmentinstrumente in der Pflege. Schlütersche, Hannover 2004



bevor eine Situation beurteilt wird: Woher kommt das Verhalten? Welche Ursachen kann es geben?

Die Cohen-Mansfield Skala wird in vielen deutschen Altenpflegeeinrichtungen verwendet und wird u. a. von Pflegesatzkommissionen empfohlen. Durch die Erfassung von Verhaltensweisen ist die Skala auch bei der Pflegebedürftigkeitsbegutachtung wichtig.

Tabelle 3: Cohen-Mansfield Agitation Inventory. Modifizierte Version der Hamburger Rahmenvereinbarung »Stationäre Dementenbetreuung.«

**Name des Bewohners:** \_\_\_\_\_

**Name des Untersuchers:** \_\_\_\_\_

**Datum:** \_\_\_\_\_

Nr. Verhalten	nie	weniger als 1x pro Woche	1x oder 2x pro Woche	mehrmals pro Woche	1x oder 2x täglich	mehrmals täglich	mehrmals in der Std.
	1	2	3	4	5	6	7
1 Schlagen (auch sich selbst)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Treten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Anfassen anderer (mit schmutzigen Händen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Stoßen anderer (mit Gefahr von Stürzen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Werfen mit harten Gegenständen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Beißen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Kratzen/Kneifen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Bespucken anderer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Sich selbst verletzen (heiße Getränke usw.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Zerreißen von Kleidungsstücken oder Zerstören des eigenen oder fremden Eigentums	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 Sexuelle Annäherungsversuche (körperlich)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Eindringen in fremde Räume, Liegen in fremden Betten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>





Ich weise darauf hin, dass »das Instrument in einem anderen Kontext (für die gezielte Erfassung agitierter Verhaltensweisen) und nicht zu diesem Zweck entwickelt worden ist. Werden agitierte Verhaltensweisen als Kriterien für die Pflegebedürftigkeit gesehen, so darf nicht außer Acht gelassen werden, dass diese auf eine Vielzahl von Ursachen zurückgeführt werden können. ... Für die Pflege ist entscheidend, wie auf ein bestimmtes Verhalten bedarfsgerecht reagiert werden kann.« (Bartholomeyczik & Halek 2004). Auffälliges Verhalten kann nach Cohen-Mansfield auch Ausdruck unerfüllter Bedürfnisse sein.

### 1.6.5 Weitere Einschätzungsinstrumente

Es gibt noch weitere Einschätzungsinstrumente, die ich allen empfehle, die sich mit den Formulierungen in der Pflegeplanung schwer tun. Diese Instrumente geben immer wieder Anregungen, was bei Menschen mit Demenz »normal« ist und somit auch ganz einfach beschrieben und erfasst werden darf.

Auf den Internetseiten des KDA ([www.kda.de](http://www.kda.de)) wird u. a. auf die Christian-Doppler-Klinik in Salzburg verwiesen. Dort werden im Bereich Assessment noch weitere Formulare und Instrumente verwendet. Im Folgenden finden Sie z. B. eine Skala zur Beurteilung von möglichen Verhaltenspathologien bei der Alzheimer Erkrankung.

#### **BEHAVE-AD: Eine Skala zur Beurteilung von Verhaltenspathologie bei der Alzheimerschen Demenz (Reisberg, 1987)** (Deutsche Übersetzung von B. Kofler 1989)

##### **NAME:**

Bewertungsperiode:

Anzahl Wochen:

Gesamtwert:

##### **Teil 1: Symptomatologie**

A: Paranoide Ideen und Wahnvorstellungen

##### **1. »Leute stehlen mir Sachen« – Ideen**

- (0) Nicht vorhanden
- (1) Leute verstecken Sachen
- (2) Leute kommen ins Haus und verstecken oder stehlen Sachen
- (3) Patient/in spricht mit diesen Leuten oder hört ihnen zu

##### **2. »Mein Heim ist nicht mein Heim« – Ideen**

- (0) Nicht vorhanden
- (1) Überzeugung vorhanden (Möchte packen, um nach Hause zu fahren, Klagen »ich möchte nach Hause«)
- (2) Versuch das Haus zu verlassen, um nach Hause zu gehen
- (3) Reagiert mit Gewalt, wenn gehindert wegzugehen

##### **3. Partner (oder andere Pflegeperson) ist ein Betrüger« – Ideen**

- (0) Nicht vorhanden
- (1) Überzeugung vorhanden
- (2) Überzeugung verbunden mit Ärger
- (3) Gewaltanwendung gegen Partner oder Pflegeperson



**4. »Verlassenwerden«-Ideen (z. B. Abschieben an eine Institution)**

- (0) Nicht vorhanden
- (1) Verdacht vorhanden
- (2) Vorwurf einer Verschwörung den Pat. zu verlassen oder institutionalisieren
- (3) Vorwurf des unmittelbar bevorstehenden Verlassens

**5. »Untreue-Ideen«**

- (0) Nicht vorhanden
- (1) Überzeugung, dass Partner und/oder Kinder und/oder andere Pflegeperson untreu sei
- (2) Ärger wegen angeblicher Untreue
- (3) Gewalt wegen angeblicher Untreue

**6. »Misstrauen/Paranoia« (anderer Art als oben)**

- (0) Nicht vorhanden
- (1) Misstrauisch (versteckt Sachen an schwer entdeckbaren Stellen)
- (2) Paranoid (fixe Vorstellung von Misstrauen und/oder Ärger deswegen)
- (3) Gewalt deswegen

Unspezifisch?:

Beschreiben:

**7. Wahnideen (andere als oben)**

- (0) Nicht vorhanden
- (1) Wahnhaft
- (2) Verbaler emotionaler Ausdruck von Wahnideen
- (3) Physische Aktionen oder Gewalt als Ergebnis von Wahnideen

Unspezifisch?:

Beschreiben:

**B. Halluzinationen****8. Visuelle Halluzinationen**

- (0) Nicht vorhanden
- (1) Vage: nicht klar definiert
- (2) Klar definierte Wahnvorstellungen von Objekten oder Personen
- (3) Verbale oder physische Aktionen oder emotionale Reaktionen

**9. Olfaktorische Halluzinationen**

- (0) Nicht vorhanden
- (1) Vage, nicht klar definiert
- (2) Klar definiert
- (3) Verbale oder physische Aktionen oder emotionale Reaktionen

**10. Haptische Halluzinationen**

- (0) Nicht vorhanden
- (1) Vage, nicht klar definiert
- (2) Klar definiert
- (3) Verbale oder physische Aktionen oder emotionale Reaktionen

Eine weitere Möglichkeit ist es, das Sozialverhalten intensiver einzuschätzen. Auch das folgende Formular wird in der Christian-Doppler Klinik in Salzburg verwendet:

### Sozialverhalten (SVS)-Skala (0–28 Punkte)

NAME:

Bewertungsperiode:

Anzahl Wochen:

Gesamtwert:

#### A. Aggression

- 0 = Bedroht Patienten oder Personal tätlich oder verbal
- 1 = Stört oft mit Rufen oder Schreien
- 2 = Reagiert mit lautem Schimpfen oder aggressivem Verhalten auf nicht ganz adäquates Verhalten von Mitpatienten
- 3 = Beklagt sich über Mitpatienten
- 4 = Bringt Verständnis auf für Mitpatienten, auch wenn Verhalten nicht immer korrekt ist

#### B. Kommunikation

- 0 = Völlig teilnahmslos, kein Blickkontakt
- 1 = Regelmäßiger Blickkontakt
- 2 = Formelle Gesprächsfloskeln sind erhalten in bestimmten, häufig normierten Gesprächssituationen (Begrüßung, Visite)
- 3 = Kann seine Bedürfnisse verbal oder mit Gesten klar äußern
- 4 = Beginnt Gespräche mit Mitpatienten oder Personal

#### C. Reaktion auf Umwelt

- 0 = Reagiert nur auf starke taktile Reize
- 1 = Reagiert auf Wort oder klare Gesten
- 2 = Befolgt einfache verbale oder nonverbale Anweisungen
- 3 = Befolgt komplizierte, konkrete Anweisungen
- 4 = Reagiert adäquat auf nicht konkrete Gespräche wie Witze oder Schilderungen von Traurigem

#### D. Beschäftigung

- 0 = Völlig apathisch oder auch tagsüber schlafend
- 1 = Nur während unmittelbarer Zuwendung (z. B. während des Essens oder der Körperpflege) aktiv
- 2 = Spontanaktivität beschränkt sich weitgehend auf automatische, mechanische Abläufe (Nesteln, Gegenstände bearbeiten)
- 3 = Kann sich für kurze Zeit sinnvoll beschäftigen (Lesen, Spielen, Hobby)
- 4 = Unterhält sich tagsüber durch sinnvolle Beschäftigung (Radio hören, Lesen, Hobby)

#### E. Mitbeteiligung

- 0 = Reagiert kaum auf Mitpatienten oder meidet Umgang mit diesen
- 1 = Reagiert positiv auf Mitpatienten
- 2 = Verrichtet gelegentlich Handreichungen oder verbale Hilfe für Mitpatienten
- 3 = Sucht regelmäßig Gesellschaft mit Mitpatienten
- 4 = Kümmert sich regelmäßig um bestimmte Mitpatienten, hilft diesen

#### F. Nachtverhalten

- 0 = Nachts störend, mehr als tagsüber
- 1 = Nachts weniger störend als tagsüber
- 2 = Nur mit Mitteln nachts ruhig
- 3 = Ganze Nacht ruhig
- 4 = Teilt sich die Nacht selbstständig ein, auch nachts rücksichtsvoll



**G. Stimmung**

- 0 = Unfähig, Stimmung auszudrücken
- 1 = Äußert fast nur Traurigkeit oder Unzufriedenheit
- 2 = Weint oft, ist meist traurig oder unzufrieden
- 3 = Gelegentlich inadäquat traurig oder unzufrieden gestimmt  
oder Stimmung von überwiegend inadäquater Euphorie geprägt
- 4 = Meist adäquate Stimmung

**Total Punkte SVS: .....**

Es geht bei diesem Formular nicht primär um die erreichte Punktzahl, sondern darum, Anregungen für Formulierungen und Beschreibungen von Verhaltensweisen zu bekommen. Zudem werden Sie bei der Arbeit mit diesen Skalen feststellen, dass es sich bei angeblich »auffälligen Verhaltensweisen« oft um ganz normale Verhaltensweisen von Menschen mit Demenz handelt.