

Bachelorarbeit

**Pflegeinterventionen im Zusammenhang mit  
herausforderndem Verhalten demenzkranker  
Patienten und Patientinnen**

eingereicht von  
Katrin Sabine Brunner

zur Erlangung des akademischen Grades  
**Bachelor of Science (BSc)**  
der Gesundheits- und Pflegewissenschaft an der  
**Medizinischen Universität Graz**

im Rahmen der Lehrveranstaltung  
„Physiologie“

Begutachterin:  
Ao. Univ. Prof. Dr. Anna Gries  
Harrachgasse 21/V  
8010 Graz

Hart bei Graz, am 20.10.2015

## **Ehrenwörtliche Erklärung**

*„Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Weiters erkläre ich, dass ich diese Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt habe.“*

Hart bei Graz, 20.10.2015

Katrin Sabine Brunner e.H.

## **Kurzzusammenfassung**

Verhaltensweisen wie Aggressivität, Schreien, Herumwandern oder Schlafstörungen werden von Pflegekräften sowie dem Umfeld demenzkranker Menschen als belastend empfunden. Die Pflege und Betreuung von demenzkranken Patienten und Patientinnen mit herausforderndem Verhalten stellt für alle Beteiligten eine große Herausforderung dar. Die Suche nach den Ursachen herausfordernden Verhaltens ist von Bedeutung um Strategien und pflegerische Interventionen anwenden zu können. Ziel dieser Arbeit ist es, verhaltensbezogene Veränderungen und Symptome demenzkranker Patienten und Patientinnen zu beschreiben. Herausfordernde Verhaltensweisen sollen aufgezeigt und erklärt werden. Des Weiteren sollen Pflegeinterventionen und Betreuungsansätze, die den Umgang mit herausforderndem Verhalten von an Demenz erkrankten Menschen erleichtern können, genannt und beschrieben werden.

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>1. Einleitung</b> .....	<b>6</b>
<b>2. Demenzerkrankungen</b> .....	<b>7</b>
2.1 Epidemiologie von Demenz.....	7
2.2 Definition Demenz .....	8
2.3 Symptome und diagnostische Kriterien.....	9
2.4 Abgrenzung zu anderen Bezeichnungen und Syndromen .....	11
2.4.1 Verwirrtheitszustand (Delir) .....	12
2.4.2 Depression .....	13
2.5 Demenzformen .....	14
2.5.1 Alzheimer-Demenz.....	16
2.5.2 Demenz mit Lewy-Körperchen .....	17
2.5.3 Pick-Krankheit/ Frontotemporale Degeneration.....	18
2.5.4 Vaskuläre Demenz .....	18
2.5.5 Mischformen.....	19
2.6 Demenzstadien .....	19
2.6.1 Leichte Demenz .....	19
2.6.2 Mittelschwere Demenz .....	20
2.6.3 Schwere Demenz .....	20
<b>3. Herausforderndes Verhalten.....</b>	<b>21</b>
3.1 Was ist herausforderndes Verhalten .....	21
3.2 Gründe für Herausforderndes Verhalten nach dem NDB Modell .....	23
3.3 Herausfordernde Verhaltensweisen .....	24
3.3.1 Agitation .....	25
3.3.2 Ruheloses Umhergehen.....	26
3.3.3 Aggressivität.....	27
3.3.4 Vokale Störungen .....	28
3.3.5 Passives Verhalten oder Apathie .....	29
3.4 Empfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten .....	30
3.4.1 Verstehende Diagnostik .....	30
3.4.2 Assessmentinstrumente .....	31
3.4.3 Validation.....	32
3.4.4 Erinnerungspflege .....	32
3.4.5 Berührung, Basale Stimulation und Snoezelen .....	33

3.4.6 Bewegungsförderung .....	34
3.4.7 Pflegerisches Handeln in akuten psychiatrischen Krisen .....	35
<b>4. Diskussion .....</b>	<b>36</b>
<b>5. Literaturverzeichnis .....</b>	<b>38</b>
<b>Internetquellen.....</b>	<b>40</b>
<b>6. Anhang.....</b>	<b>41</b>
<b>Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>41</b>
<b>Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>41</b>

## 1. Einleitung

In den letzten Jahrzehnten hat sich die Lebenserwartung der österreichischen Bevölkerung erhöht. Der Anstieg der Lebenserwartung und das damit verbundene erhöhte Risiko, pflegebedürftig und auch dement zu werden, stellt eine große Herausforderung für das Gesundheits- und Sozialversicherungssystem dar. Das Risiko, an Demenz zu erkranken, steigt mit zunehmendem Alter (Pochobradsky et.al. 2008, S.1–2). Im Laufe einer Demenzerkrankung kommt es häufig zu Veränderungen im Verhalten der betroffenen Person. Diese Verhaltensweisen zeigen, dass die betroffene Person unter einem starken Leidensdruck steht und häufig kann sich der erkrankte Mensch nicht anders ausdrücken. Verhaltensweisen wie Aggressivität, Schreien, Herumwandern oder Schlafstörungen werden von den Pflegenden sowie dem gesamten Umfeld häufig als belastend empfunden. Die Pflege und Betreuung von demenzkranken Patienten und Patientinnen mit herausforderndem Verhalten stellt alle Beteiligten vor eine große Herausforderung (Halek, Bartholomeyczik 2011, S. 9). 80-90% aller an Demenz erkrankten Personen weisen im Laufe ihrer Erkrankung herausfordernde Verhaltensweisen auf (<http://www.demenz-leitlinie.de>, 24.09.2015).

Ziel dieser Arbeit ist es, verhaltensbezogene Veränderungen und Symptome demenzkranker Patienten zu beschreiben. Herausfordernde Verhaltensweisen sollen aufgezeigt und erklärt werden. Des Weiteren sollen Pflegeinterventionen und Betreuungsansätze, die den Umgang mit herausforderndem Verhalten von an Demenz erkrankten Menschen erleichtern können, genannt und beschrieben werden. In Bezug auf das vorliegende Thema und die diesem zugrunde liegende Problematik wurden folgenden Forschungsfragen formuliert:

- Welche herausfordernden Verhaltensweisen können im Zusammenhang mit einer Demenzerkrankung auftreten?
- Welche pflegerischen Interventionen und Konzepte zum Umgang mit herausforderndem Verhalten demenzkranker Patienten und Patientinnen werden in der Literatur beschrieben?

Um die formulierten Forschungsfragen zu beantworten wurde eine Literaturrecherche durchgeführt. Die Recherche erfolgte im Bibliothekskatalog der Medizinischen Universität Graz, der Elektronischen Zeitschriftenbibliothek, im Verzeichnis der Stadtbibliothek Graz, dem Katalog der Bibliothek der Karl-Franzens Universität Graz, dem Katalog des Österreichischen Bibliotheken Verbundes, in der Datenbank PubMed sowie über die Internetsuchseiten Google und Google Scholar.

Im ersten, allgemeinen Teil der vorliegenden Bachelorarbeit soll der Begriff Demenz näher erläutert werden. Des Weiteren sollen die Unterschiede zwischen einem Delir (einem Verwirrtheitszustand), einer Depression und einer Demenz erklärt sowie diagnostische Kriterien und Symptome, Epidemiologie, Formen und Verlauf von Demenzerkrankungen beschrieben werden. Im zweiten Teil der Arbeit sollen herausfordernde Verhaltensweisen demenzkranker Personen beschrieben werden. Zum Abschluss werden Pflegeinterventionen aufgelistet und erläutert, die im Zusammenhang mit herausforderndem Verhalten angewendet werden können.

Die vorliegende Arbeit wurde anhand der Vorgaben der Medizinischen Universität verfasst.

## **2. Demenzerkrankungen**

In diesem Teil der Arbeit soll der Begriff Demenz näher erklärt werden. Epidemiologie, diagnostische Kriterien und Symptome, Formen und Verlauf von Demenzerkrankungen sollen beschrieben werden. Des Weiteren sollen die Unterschiede zwischen einem Delir (einem Verwirrtheitszustand), einer Depression und einer Demenz erläutert werden.

### **2.1 Epidemiologie von Demenz**

Der bedeutendste Risikofaktor, an Demenz zu erkranken, ist das Alter (Pochobradsky et.al. 2008, S. 1). In Österreich leben derzeit 115.000 bis 130.000 Menschen, die an einer demenziellen Erkrankung leiden. Aufgrund des wachsenden Anteils alter Menschen in der Bevölkerung, wird sich die Anzahl demenzkranker Patienten und Patientinnen verdoppeln (<http://www.bmg.gv.at>, 02.04.2015). 2013 waren 18% der österreichischen Bevölkerung älter als 65 Jahre.

In 10 Jahren werden bereits 20% der Bevölkerung älter als 65 Jahre sein. Bis 2060 wird die Anzahl von Menschen, die über 65 Jahre alt sind, auf 29% anwachsen. Durch die höhere Lebenserwartung werden mehr Menschen ein höheres Alter erreichen (<http://www.statistik.at>, 02.04.2015).

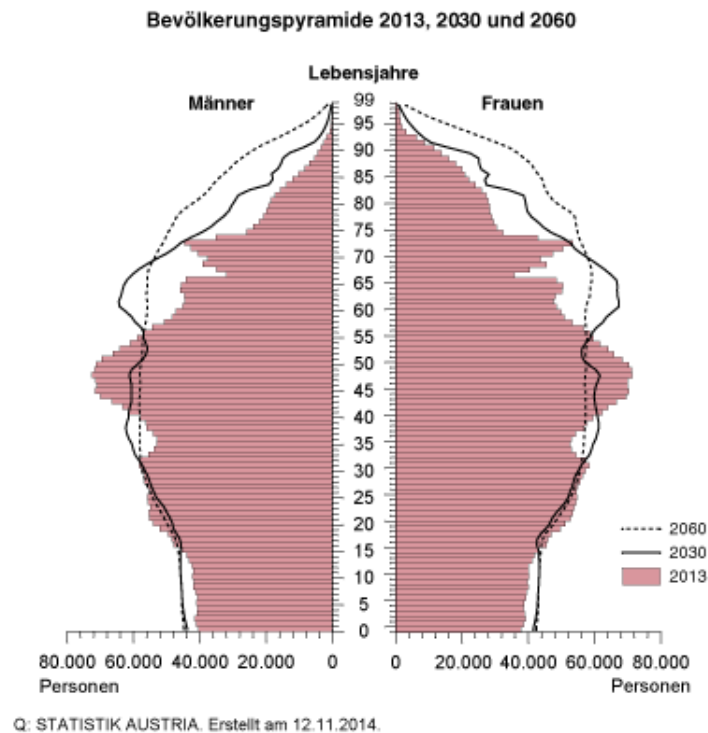


Abbildung. 1: Bevölkerungspyramide Österreich (<http://www.statistik.at>, 02.04.2015)

Die Wahrscheinlichkeit, an Demenz zu erkranken nimmt mit zunehmendem Alter stark zu. Die Prävalenz beträgt in Österreich 1.15 bis 1.27 Prozent. Aufgrund der demographischen Alterung ist bis 2050 mit einem starken Anstieg demenzkranker Patienten und Patientinnen zu rechnen. So soll die Anzahl erkrankter Personen bis 2050 auf 235.000 steigen. Auch die Inzidenz wird sich, laut Literatur, bis 2050 verdoppeln. Die Rate an Neuerkrankungen soll bis ins Jahr 2050 auf 60.000 Betroffene steigen. Durchschnittlich sind mehr Frauen als Männer von demenziellen Erkrankungen betroffen (Gleichwelt, Rossa 2009, S. 23–24).

## 2.2 Definition Demenz

Demenzerkrankungen zählen zu den häufigsten und folgenreichsten Erkrankungen im höheren Lebensalter und sind somit eine bedeutende Ursache

für den Verlust von Selbstständigkeit alter Menschen und somit für Pflegebedürftigkeit (Pochobradsky et.al 2008, S. 4). Der Begriff Demenz setzt sich aus den beiden lateinischen Wörtern „mens“ für „Verstand“, und „de“, übersetzt für „abnehmen“, zusammen (Bartholomeyczik et.al. 2013, S.15) und bedeutet „ohne Verstand“ (Krämer, Förstl 2008, S. 12).

Die WHO definiert Demenz als ein Syndrom, das Folge einer chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns ist und eine Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, unter anderem Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen mit sich bringt (Pochobradsky et.al. 2008, S. 4). Der Begriff Demenz bezeichnet keine eigenständige Erkrankung sondern vielmehr eine Kombination von Beschwerden, die eine Reihe verschiedener Krankheitsbilder betreffen und in deren Verlauf es zu einem Verlust der geistigen Leistungsfähigkeit kommt. Dieser führt zu einer Beeinträchtigung vieler Aktivitäten des täglichen Lebens (Krämer, Förstl 2008, S. 12). Gekennzeichnet ist eine Demenzerkrankung durch Störungen des Gedächtnisses, der Urteilsfähigkeit, des Denkvermögens, der Gemütslage, des Antriebs und des Sozialverhaltens (Pochobradsky et.al 2008, S. 4). Gedächtnis und Intelligenz der betroffenen Person verschlechtern sich fortlaufend, obwohl vorher keine Einschränkungen vorhanden waren (Hametner 2007, S. 13). Eine Demenzerkrankung muss nicht unbedingt chronisch verlaufen und irreversibel sein. Sie kann sich je nach Alter und zugrunde liegender Krankheit völlig oder teilweise zurückbilden sowie wellenförmig, mit abwechselnden Verschlechterungen und Verbesserungen, verlaufen (Krämer, Förstl 2008, S. 12). Eine Demenz ist klar von Erkrankungen wie einer Depression oder einem Delir abzugrenzen, die eine ähnliche Symptomatik aufzeigen (Kocs 2011, S. 402).

### **2.3 Symptome und diagnostische Kriterien**

Eine Demenzerkrankung ist gekennzeichnet durch eine Reihe von Störungen, die eine Verminderung der geistigen Leistungsfähigkeit mit sich bringen. Die Störungen betreffen das Gedächtnis, das Denk- und Urteilsvermögen, die Fähigkeit, sich zu orientieren, die Fähigkeit der Wortfindung und andere sprachliche Aspekte, das Erkennen, das Bewegen und das Handeln der Person und die Fähigkeit, zu lesen, zu rechnen und zu schreiben. Es kommt zu Veränderungen von Antrieb und Aufmerksamkeit, des Alltagsverhaltens, des

Schlafes und der Persönlichkeit. Des Weiteren sind Wahrnehmung und Verarbeitung sowie vegetative und körperliche Funktionen des erkrankten Menschen gestört (Krämer, Förstl 2008, S. 12). Um eine Demenz klar als solche zu erkennen und von einer anderen Diagnose zu unterscheiden, müssen die begleitenden Symptome bestimmte Kriterien erfüllen (Hametner 2007, S. 14). Diese sind in zwei Kriterienkatalogen definiert, dem International Classification of diseases, kurz ICD-10, einem Kriterienkatalog zur Einschätzung psychiatrischer Krankheitsbilder der WHO, und dem DSM 4, einem diagnostischen statistischen Manual der American Psychiatric Association (Hametner 2007, S. 16) (Krämer, Förstl 2008, S. 12).

Der ICD-10 wurde 1992 von der WHO entwickelt. Nach dem ICD-10 müssen die zugrundeliegenden Symptome bestimmte Voraussetzungen und Kriterien erfüllen, um klar einer Demenzerkrankung zugeordnet werden zu können. Andere Erkrankungen mit ähnlicher Symptomatik müssen als Ursache ausgeschlossen werden können. Voraussetzungen sind neben einem demenziellen Bild ein schleichendes Einsetzen der Symptomatik sowie eine kontinuierlich fortlaufende Verschlechterung (Hametner 2007, S. 15–16).

*„ Im ICD-10 werden folgende Kriterien zur Ermittlung einer Demenz genannt:*

- 1. Störungen des Gedächtnisses: Aufnahme und Wiedergabe neuerer Informationen, Verlust früh erlernter und vertrauter Inhalte*
- 2. Störungen des Denkvermögens: Störung der Fähigkeit, zu rationalen Urteilen zu gelangen; Verminderung des Ideenflusses, Beeinträchtigung der Informationsbearbeitung*
- 3. Störungen der emotionalen Kontrolle: Störungen des Sozialverhaltens, Störung der Motivation“ (Hametner 2007, S. 16)*

Der DSM 4 gibt an, dass eine Demenz erst dann als solche vorliegt, wenn mindestens eine der kognitiven Einbußen, die er als Kriterium einer Demenzerkrankung auflistet, über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten besteht. Außerdem müssen andere Ursachen der Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit ausgeschlossen werden können. Der DSM 4 nennt zur Feststellung eines Demenzsyndroms vier Kriterien (Hametner 2007, S. 16–17).

- „Aphasie = Sprachstörung mit hirngorganischer Ursache
- Apraxie = Unfähigkeit, motorische Handlungen auszuführen, obwohl die Aufgabe verstanden wird und die motorische Funktion unversehrt ist
- Agnosie = Unvermögen, Gegenstände zu erkennen oder zu identifizieren, trotz unversehrter sensorischer Funktionen;
- Beeinträchtigung der Exekutivfunktionen = Planen, Organisieren, Einhalten der Reihenfolge, Abstrahieren“ (Hametner 2007, S. 16)

## 2.4 Abgrenzung zu anderen Bezeichnungen und Syndromen

Bei der Feststellung einer Demenzerkrankung ist es notwendig, zwischen einer Demenz, einem Delir und einer Depression zu unterscheiden, da die Erkrankungen eine ähnliche Symptomatik aufweisen (Kutschke et al. 2012, S. 1151).

Kriterium der Beobachtung	Demenz	Delir	Depression
Krankheitsentwicklung	meist langsam progredient	schneller Beginn (Stunden bis Tage)	schnell, Tage bis Wochen
Merkfähigkeit	geht zunehmend stark verloren	gestört bis nicht vorhanden (retrograde Amnesie)	nicht gestört, vielleicht verlangsam
Grundstimmung	positiv bis depressiv	ängstlich, schwankend	herabgestimmt (negativ)
Konzentration	nimmt ständig ab	unkonzentriert und fahrig	herabgesetzt
Suizidalität	kaum erhöhtes Risiko	nicht gefährdet	stark in Äußerung und Tat
Mimik/Gestik	normal lebhaft bis gesteigert	ängstlich, schwankend	starr verstimmt, abweisend
Erkennen, Erfassen von Bedeutung	geht zunehmend verloren (Agnosie)	geht zunehmend verloren (Agnosie)	nicht eingeschränkt
Urteilsvermögen	geht zunehmend verloren (Assessmentstörungen)	geht verloren	nicht eingeschränkt, meistens negative Sicht
Schlaf	Tag/Nacht-Umkehr	gestört, ohne Regel	Ein- und Durchschlafstörungen
Motorik	normal bis erhöht	anfänglich erhöht, später reduziert	meistens gehemmt, manchmal gesteigert
Krankheitswahrnehmung	eingeschränkt, später nicht mehr erkennbar	nicht vorhanden	leidet oft unter der Last der Erkrankung
Denken	verzerrt, zerfahren	zerfahren, verlangsamt	verlangsamt, festgefahren
Selbstwahrnehmung	gestört	geht verloren	erhalten bis erhöht
Koordination	geht im Verlauf verloren (Apraxie)	geht im Verlauf schnell verloren (Apraxie)	keine Einschränkung
Bewegung	bei kortikalen Demenzen meist lange erhalten	Einschränkung, Tremor	verlangsamt, seltener erhöht
Benennen	geht ganz verloren, nicht reversibel (Aphasie)	bei Behandlung reversibel	nicht eingeschränkt
Wahrnehmung	verändert, Wahn und Halluzination sind möglich	v. a. Halluzinationen (Mikropsie)	sekundäre Wahnbildung
Rechnen, Lesen, Schreiben	gehen verloren, (Akalkulie, Alexie, Agraphie)	gehen verloren	nicht eingeschränkt, Fähigkeiten werden seltener genutzt
soziales Verhalten	verändert, wenig Distanz	Übergriffe möglich	in sich gekehrt, zurückgezogen (Isolation)
Behandlung	nur symptomatisch behandelbar	i. d. R. gut mit Rückbildung der Symptome	Behandlung durch Psychotherapie und Medikamente, Spontanheilung möglich

Tabelle 1: Unterscheidungsmerkmale von Demenz, Delir und Depression (Perrar et al. 2011, o.S zit. Nach Kutschke et al. 2012, S. 1153).

### 2.4.1 Verwirrtheitszustand (Delir)

Unter Verwirrtheitszustand, oder auch Delir, werden verschiedene Formen einer Bewusstseinsstörung verstanden. Diese können sowohl vorübergehend, also akut, aber auch langanhaltend, chronisch sein. Ein Verwirrtheitszustand darf nicht mit einer Demenz gleichgesetzt werden. Verwirrtheitszustände können zwar im Zusammenhang mit einer Demenz auftreten, können jedoch auch andere Ursachen haben, wie etwa Fieber, sehr hohe oder sehr niedrige Blutzuckerwerte, Herzrhythmusstörungen, die eine Mangel durchblutung des Gehirns verursachen können oder auch Alkoholrausch oder Alkoholentzug. Zu bedenken ist, dass nicht jeder verwirrte Mensch an einer Form der Demenz erkrankt ist und nicht jeder Demenzkranke in einem frühen Stadium der Erkrankung verwirrt ist (Krämer, Förstl 2008, S. 30).

In der folgenden Tabelle sollen Art und Ursache eines Verwirrtheitszustandes dargestellt werden:

Akut (vorübergehend)	Zum Beispiel bei: <ul style="list-style-type: none"><li>• Fieber,</li><li>• sehr hohem Blutzucker,</li><li>• Alkoholrausch und -entzug</li></ul>
Chronisch (langanhaltend)	etwa bei fortgeschrittener Demenz, zum Beispiel Alzheimer-Demenz

Tabelle. 2: Art und Ursache von Verwirrtheitszuständen (Krämer, Förstl 2008, S. 30)

Ein vorübergehender Verwirrtheitszustand dauert nur wenige Stunden bis Tage an. Nach Abklingen des Zustandes besteht eine Erinnerungslücke. Ein chronischer Verwirrtheitszustand steht häufig in Zusammenhang mit einer Demenzerkrankung. Besonders im späteren Verlauf einer Demenzerkrankung sind die meisten Patienten und Patientinnen verwirrt (Krämer, Förstl 2008, S. 30).

Das Auftreten eines Delirs verursacht eine Störung der Sinneswahrnehmung, Unruhe sowie eine Reihe anderer körperlicher Beschwerden. Neben einer Störung der Orientierungsfähigkeit bestehen Störungen der Aufmerksamkeit, der Auffassung, der Denkfähigkeit und des Gedächtnisses. Die Aufmerksamkeit der Patienten und Patientinnen ist stark vermindert oder rasch wechselnd. Die

verwirrte Person kann rat- und hilflos oder auch unruhig und überempfindlich wirken. Ein Delir ist nicht unbedingt durch eine Verminderung der Wachheit, auch Vigilanz, sondern auch durch eine Veränderung der Wahrnehmung, insbesondere der Klarheit dieser gekennzeichnet. Des Weiteren weisen Betroffene eine angehobene oder auch eine verminderte Bewusstseinslage auf. Gelegentlich verhalten sich im Delir befindliche Patienten oder Patientinnen aggressiv, etwa wenn sie Angehörige nicht erkennen und als Fremde betrachten (Krämer, Förstl 2008, S. 30–31).

#### 2.4.2 Depression

Der Depression wird in der Differenzialdiagnostik der Demenz eine besondere Aufmerksamkeit gewidmet, da sie eine eigenständige, gut behandelbare Krankheit darstellt (Hametner 2007, S. 18).

Eine Depression ist eine affektive Störung, eine Störung des Gefühlslebens. Sie weist eine Vielzahl von Symptomen auf, die hinsichtlich ihrer Art in psychische, psychomotorische und körperliche Symptome unterteilt werden. Zu den psychischen Symptomen zählen Störungen der Wahrnehmung, Probleme im Bereich des Denkens sowie das Fühlen der betroffenen Personen. Die Patienten oder Patientinnen nehmen nur noch negative Aspekte der Realität wahr. Sie leiden des Weiteren an Konzentrationsstörungen, haben ein negatives Bild ihrer Gegenwart, ihrer Zukunft, ihrer Vergangenheit sowie über sich selbst und weisen ein verlangsamtes Denken sowie eine Einfallsarmut auf. Die Gefühle der betroffenen Menschen sind schmerzhaft und schwermütig, sie fühlen sich einsam und sie empfinden eine innere Leere. Im Hinblick auf die psychomotorischen Symptome der Depression wirken die erkrankten Menschen entweder gehemmt-apathisch, also verlangsamt, wortkarg, klagend, kraftlos und mimisch starr, oder agitiert-ängstlich, also unruhig, erregt und gereizt. Zu den körperlichen Symptomen zählen unter anderem Appetitlosigkeit, Schwindel, Frieren, Schwitzen, Schlafstörungen sowie Müdigkeit (Kocs 2011, S. 421).

Das Unvermögen eines alten Menschen, den Alltag selbstständig zu bewältigen, wird meist als ein erstes Anzeichen einer demenziellen Erkrankung betrachtet und infolge dessen falsch behandelt. Symptome wie Konzentrationsstörungen,

Denkhemmung und Entscheidungsunfähigkeit, die bei beiden Erkrankungen auftreten können, führen zu dieser Annahme. Jedoch ist zu bedenken, dass Konzentrationsstörungen und auch Vergesslichkeit im Alter nicht unbedingt nur auf eine Demenz zurückzuführen sind (Kocs 2011, S. 421–422).

Liegen Symptome einer Demenzerkrankung und einer Depression gleichzeitig vor, kann von verschiedenen Möglichkeiten ausgegangen werden. Zum ersten kann eine Komorbidität bestehen, was bedeutet, dass der Patient oder die Patientin an beiden Erkrankungen leidet. Des Weiteren ist es möglich, dass der/die Erkrankte entweder an einer Demenz oder einer Depression leidet. Außerdem kann eine Interaktion zwischen den beiden Erkrankungen bestehen, was bedeutet, dass das Auftreten einer Demenz das Auftreten einer Depression begünstigt und umgekehrt. Beide Erkrankungen stellen einen Risikofaktor der jeweils anderen Erkrankung dar (Reischies 2012, S. 331).

## **2.5 Demenzformen**

Die Alzheimer-Krankheit ist die am häufigsten auftretende Form von Demenzerkrankungen. 60-80% der Menschen, die an einer Demenz erkranken, leiden an Alzheimer. Die vaskuläre Demenz ist mit 15-20% die zweithäufigste Form, gefolgt von der Demenz mit Lewy-Bodies, die mit 7-20% die dritthäufigste Ursache einer Demenzerkrankung darstellt. Weitere Formen von Demenzerkrankungen treten nur selten auf und die Anzahl der Menschen, die an diesen leiden, liegt unter 10%. Häufig treten auch Mischformen auf (<http://www.alzheimer-gesellschaft.at>, 20.04.2015).

Die häufigsten Formen von Demenzerkrankungen sowie deren Einteilung werden in der folgenden Abbildung dargestellt.

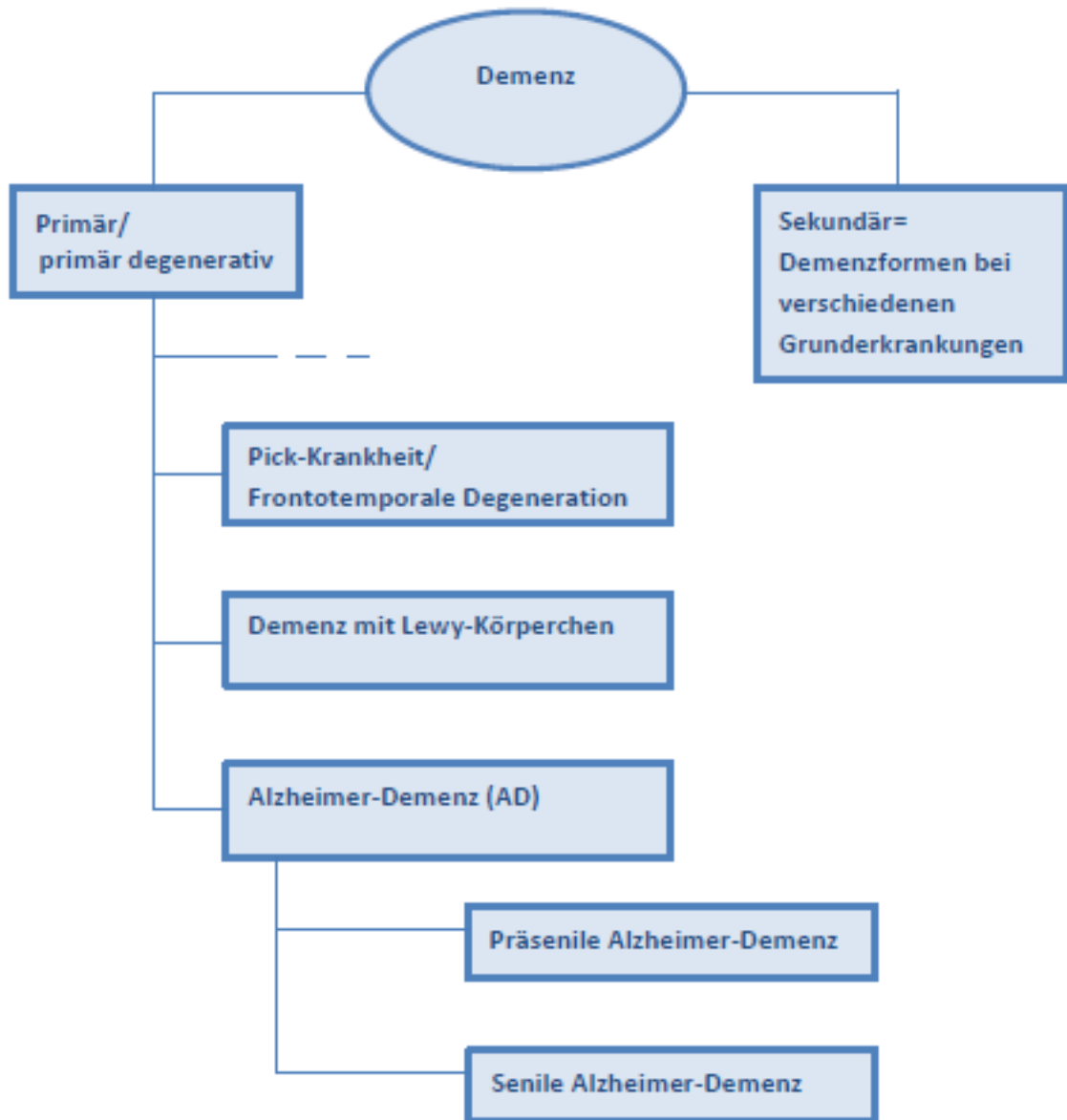


Abbildung 2: Demenzformen nach Krämer und Förstl (Krämer, Förstl 2008, S. 13)

Demenzen lassen sich in primäre/primär degenerative und sekundäre Demenzen einteilen (Engel 2006, S. 15).

Eine primäre Demenz wird durch eine direkte Schädigung des Gehirns verursacht. Aufgrund neurodegenerativer und vaskulärer Ursachen werden Nervenzellen zerstört. Dies führt zu einem Funktionsverlust verschiedener Hirnregionen (Hametner 2007, S. 13). Die hirnanorganischen Erkrankungen, die einer primären

Demenz zugrunde liegen, sind nicht heilbar. Primäre Demenzen sind progredient, also fortschreitend. Primäre Demenzformen werden in zwei Hauptgruppen unterteilt, neurogenerative und vaskuläre Demenzerkrankungen. Des Weiteren gibt es eine Reihe selten auftretender Unterformen. Bei neurogenerativen Demenzformen liegt die Ursache der Zerstörung der Gehirnzellen in der Bildung schwer löslicher Eiweißablagerungen zwischen den Gehirnzellen und verschiedenen zusammengesetzten Einschlüssen innerhalb der Gehirnzellen, die zu einem Verlust der Funktionsfähigkeit sowie zur Zerstörung der Synapsen führen (Engel 2006, S. 15). Zu den neurodegenerativen Demenzen zählen die Alzheimer-Demenz, die Demenz mit Lewy-Körperchen und die Pick-Krankheit oder frontotemporale Degeneration (Krämer, Förstl 2008, S. 13). Ursache einer vaskulären Demenz ist die Zerstörung der Gehirnzellen aufgrund einer Mangel durchblutung des Gehirns und einer dadurch entstehenden Unterversorgung dieser mit Nährstoffen und Sauerstoff (Engel 2006, S. 19).

Bei sekundären Demenzen finden sich die Ursachen in Erkrankungen oder Beeinträchtigungen, die nicht primär das Gehirn betreffen. Die Funktionsstörungen sind Folge einer anderen körperlichen Störung. Als Ursachen können unter anderem chronische Vergiftungszustände, Stoffwechselerkrankungen, hormonelle Störungen, Organversagen oder Mangelzustände genannt werden. Die einer sekundären Demenz zugrunde liegenden Erkrankungen oder Beeinträchtigungen sind häufig behandelbar. Daher ist es möglich, dass die demenziellen Auswirkungen sich im günstigsten Fall weitgehend zurückbilden oder zumindest stabilisiert werden können (Engel 2006, S. 15).

In den folgenden Unterkapiteln sollen verschiedene Formen primärer degenerativer Demenzen, die vaskuläre Demenz sowie Mischformen genauer beschrieben werden.

### 2.5.1 Alzheimer-Demenz

Die Alzheimer-Demenz ist die am häufigsten auftretende Demenzform. Anfang des 20. Jahrhunderts wurde sie erstmals von dem Neurologen Alois Alzheimer beschrieben (Engel 2006, S. 16). Sie wurde bis vor einigen Jahrzehnten, je nach Zeitpunkt ihres Auftretens, in zwei unterschiedliche Formen unterteilt. Die selten

auftretende, präsenile Demenz und die häufigere senile Demenz. Der Begriff präsenile Demenz bezeichnet hierbei eine Demenz, deren Beschwerden vor dem 65. Lebensjahr, also vor dem höheren Lebensalter auftreten. Eine senile Demenz ist im Gegensatz dazu eine Alzheimer Erkrankung, die erst im höheren Lebensalter auftritt (Krämer, Förstl 2008, S. 14).

Die Demenz vom Typ Alzheimer ist charakterisiert durch einen schleichenden Beginn der Erkrankung, in dessen Folge es zu einer langsamen Verschlechterung der kognitiven Funktionen kommt. Zu den Symptomen der Alzheimer Erkrankung zählen die Störung des Gedächtnisses, die sich besonders auf die Merkfähigkeit und das Kurzzeitgedächtnis auswirkt, eine Veränderung der Persönlichkeit, Sprachstörungen, Apraxie und Agnosie. Des Weiteren können Halluzinationen, Verwirrheitszustände, Delirien und Symptome eines Wahns auftreten. Im Endstadium sind die Betroffenen stumm und nicht ansprechbar, bettlägerig und inkontinent. Es erfolgt ein rascher terminaler Verfall der Patienten und Patientinnen (Steidl, Nigg 2014, S. 107–108).

Die genauen Ursachen der Alzheimer-Demenz sind nicht vollständig geklärt. Jedoch wird eine Reihe von genetischen, infektiösen und toxischen Faktoren mit dem Entstehen der Krankheit in Zusammenhang gebracht (Steidl, Nigg 2014, S. 107). Des Weiteren sind verschiedene neuropathologische und neurochemische Veränderungen an der Entstehung einer Demenz vom Typ Alzheimer beteiligt (Stechl et al. 2012, S. 192). Neurochemische Merkmale einer Alzheimer-Demenz sind unter anderem ein cholinerges Defizit sowie eine Störung des glutamatergen Systems. Des Weiteren gibt es eine Reihe hirnspezifischer und allgemeiner Risikofaktoren wie etwa Hypertonie, die das Entstehen einer Demenz vom Alzheimer-Typ begünstigen (Stechl et al. 2012, S. 192).

#### 2.5.2 Demenz mit Lewy-Körperchen

Die Demenz mit Lewy-Körperchen ist die am zweithäufigsten auftretende Form einer degenerativen Demenz (Bickel, Förstl 2007, S. 217). Bei der Demenz mit Lewy-Körperchen sind diese als Einschlusskörper in den Gliazellen immunologisch nachweisbar. Eine Lewy-Körperchen-Demenz kann sowohl kortikal als auch subkortikal auftreten und weist Ähnlichkeiten mit der Alzheimer-Demenz

und auch der Demenz bei Morbus Parkinson auf. Des Weiteren kann sie als eigenständige Erkrankung, aber auch zusammen mit einer Parkinson Erkrankung oder einer Alzheimer-Demenz auftreten. Besonders zu beachten ist, dass Patienten und Patientinnen, die an einer Demenz mit Lewy-Körperchen erkrankt sind, empfindlich gegenüber Neuroleptika reagieren (Kutschke et al. 2012, S. 1152).

### 2.5.3 Pick-Krankheit/ Frontotemporale Degeneration

Die Frontotemporale Degeneration sowie auch die Pick-Krankheit, die eine Sonderform der frontotemporalen Degeneration darstellt, sind der Alzheimer Demenz ähnlich und sind zu etwa 10% Ursache einer Demenzerkrankung. Ursache der frontotemporalen Demenz sind Veränderungen des Frontal- sowie auch des Temporallappens. Häufig ist ein familiäres Auftreten zu beobachten (Krämer, Förstl 2008, S. 42–43).

Die Pick-Krankheit tritt meist zwischen dem 50. und 60. Lebensjahr auf und Frauen sind häufiger betroffen als Männer. Im Rahmen dieser Erkrankung kommt es zu einem Schrumpfen der Frontal- und Temporallappen, in späteren Stadien der gesamten Hirnoberfläche (Steidl, Nigg 2014, S. 109). Ursache ist ein Verlust von Nervenzellen im Bereich der Hirnrinde von Stirn- und Schläfenlappen. Als Symptome der Pick-Krankheit sind vordergründig eine Veränderung der Persönlichkeit des betroffenen Menschen und Verhaltensstörungen zu beobachten (Krämer, Förstl (2008, S. 43–44).

### 2.5.4 Vaskuläre Demenz

Die vaskuläre Demenz ist die zweithäufigste Ursache von Demenzerkrankungen. Auslöser sind Durchblutungsstörungen des Gehirns, die durch wiederholt auftretende kleine, häufig unbemerkte, Schlaganfälle verursacht werden. Aufgrund der Unterbrechung der Durchblutung der betroffenen Gehirnareale sterben Gehirnzellen dieser Bereiche ab. Eine vaskuläre Demenz beginnt häufig plötzlich und ist daher von anderen Formen von Demenzerkrankungen klar abgrenzbar. Ihr Verlauf lässt sich als stufenförmig beschreiben, mit Phasen der Verbesserung, des Gleichbleibens sowie auch der Verschlechterung der demenziellen Symptome (Pochobradsky et al. 2008, S. 5).

### 2.5.5 Mischformen

Das Auftreten einer Demenzerkrankung in Reinform ist nur selten. Häufig treten Mischformen aus neurodegenerativer und vaskulär Demenz auf. Viele Patienten und Patientinnen mit einer neurodegenerativen Demenz weisen auch Schädigungen der Blutgefäße im Gehirn auf. Andererseits bilden sich bei Menschen, die an einer vaskulären Demenz erkrankt sind häufig die für eine neurodegenerative Demenz typischen Eiweißablagerungen im Gehirn (Engel 2006, S. 20).

## 2.6 Demenzstadien

Demenzen werden in drei Stadien eingeteilt. Diese Einteilung ist für Pflegekräfte wichtig, da die Symptome, aber auch die Bedürfnisse der Betroffenen sowie die Erfordernisse in der Pflege und Betreuung der Patienten und Patientinnen in den Stadien unterschiedlich ausgeprägt sind. Zu beachten ist jedoch, dass eine exakte Abgrenzung der Verlaufsstadien nicht immer möglich ist, da die Übergänge zwischen diesen fließend und variabel sind (Steidl, Nigg 2014, S. 109).

### 2.6.1 Leichte Demenz

Im ersten Demenzstadium steht eine Verschlechterung des Kurzzeitgedächtnisses sowie der Fähigkeit sich neue Inhalte zu merken im Vordergrund. Die Vergesslichkeit macht sich insbesondere bei der Ausübung alltäglicher Aufgaben bemerkbar. Des Weiteren treten erste zeitliche und örtliche Orientierungsstörungen auf, die sich in dem Verwechseln von Datum und Uhrzeit sowie in Problemen, sich in einer neuen Umgebung zurechtzufinden äußern (Pochobradsky et al. 2008, S. 6). Die Probleme und die damit einhergehenden Veränderungen wirken beängstigend für die Betroffenen. Als Reaktion darauf sind Rückzug, Depression oder Gereiztheit und Unruhe zu beobachten. Wahnvorstellungen wie etwa ein Bestehlungswahn, können entstehen, da die Erkrankten versuchen, sich die beängstigenden Vorgänge zu erklären. Obwohl das Ausüben von alltäglichen Arbeiten und sozialen Aktivitäten beeinträchtigt ist, sind die Betroffenen weiterhin in der Lage, unabhängig zu leben und das Leben weitgehend selbstständig zu gestalten (Kocs 2011, S. 403–404).

### 2.6.2 Mittelschwere Demenz

Im zweiten Stadium einer Demenzerkrankung weisen die Patienten oder Patientinnen bereits deutliche Gedächtnislücken auf (Pochobradsky et al. 2008, S. 6). Aufgrund des Verlustes auch älterer Gedächtnisinhalte sind die Betroffenen häufig nicht fähig, im Rahmen des Uhrzeigentests die ihnen gestellte Aufgabe richtig zu lösen (Kocs 2011, S. 404). Der Uhrzeichen-Test wird in der Demenzdiagnostik zur Überprüfung konstruktiv-praktischer und kognitiver Funktionen verwendet. Dabei werden die Betroffenen aufgefordert, das Ziffernblatt einer Uhr zu zeichnen und eine vorgegebene Uhrzeit einzuzeichnen. Die erkrankten Personen benötigen in diesem Demenzstadium die Unterstützung anderer Menschen um ihre alltäglichen Aufgaben durchführen zu können. Die Betreuung von Patienten oder Patientinnen in diesem Stadium ist für die betreuenden Personen und die Angehörigen oft besonders belastend. Häufig tritt eine Tag-Nacht-Umkehr auf und die Erkrankten sind rastlos, irren umher und leiden unter starken Stimmungsschwankungen. Das Umgehen mit dieser Situation erfordert von der Betreuungsperson und den Angehörigen viel Aufwand und Aufsicht (Pochobradsky et al. 2008, S. 6–7).

### 2.6.3 Schwere Demenz

Im dritten Stadium einer Demenzerkrankung sind die Patienten oder Patientinnen vollständig auf die Betreuung und Pflege durch Angehörige oder andere Betreuungspersonen angewiesen. Häufig erkennen die Erkrankten nahestehende Personen nicht mehr. Sinnestäuschungen und Wahnideen treten bei vielen Betroffenen auf. Des Weiteren kommt es häufig zu extremen Stimmungsschwankungen sowie zu Sprachstörungen. Die Betroffenen verlieren die Fähigkeit zu schlucken und zu essen und werden inkontinent. Der Verfall der körperlichen Kräfte führt zu Bettlägerigkeit und die Gefahr einer Infektion erhöht sich. Die Erkrankten im Endstadium einer Demenz benötigen professionelle Pflege (Pochobradsky et al. 2008, S. 6).

### **3. Herausforderndes Verhalten**

Im folgenden Kapitel sollen neben den Ursachen herausfordernden Verhaltens basierend auf der in der Einleitung formulierten Fragestellung als herausfordernd empfundene Verhaltensweisen beschrieben werden.

#### **3.1 Was ist herausforderndes Verhalten**

Im Verlauf einer Demenzerkrankung sind Verhaltensänderungen der Erkrankten zu beobachten. Diese stellen eine Herausforderung für die betreuenden Personen dar und werden von diesen als belastend empfunden. Das Auftreten der beobachteten Verhaltensweisen wie etwa zielloses Herumwandern, Aggressivität, Schreien, Schlafstörungen und Apathie ist oft nur schwer vorhersehbar. Dauer, Intensität sowie Häufigkeit wechseln (Halek, Bartholomeyczik 2011, S. 9).

Während im deutschsprachigen Raum in diesem Zusammenhang häufig von Verhaltensstörungen oder Verhaltensauffälligkeiten gesprochen wird, ist im englischsprachigen Raum der Begriff „challenging behaviour“, also herausforderndes Verhalten gebräuchlich. Hier wird im Gegensatz zu den im deutschen Sprachraum genutzten Begriffen, die sich aus dem als normal oder abnormal bewerteten Verhalten des erkrankten Menschen definieren, die Reaktion der Umgebung in den Focus der Betrachtung gestellt. Dies bedeutet, dass Verhaltensweisen erst dann als herausfordernd charakterisiert werden, wenn sie von den Menschen in der Umgebung der erkrankten Menschen als Problem wahrgenommen werden (Halek, Bartholomeyczik 2011, S. 9). Häufig wissen Pflegekräfte, aber auch andere Menschen der näheren Umgebung nicht, wie sie auf das Verhalten der Patienten oder Patientinnen reagieren sollen (Kocs 2011, S. 403).

Herausforderndes Verhalten tritt dann auf, wenn physische oder psychische Bedürfnisse des betroffenen Menschen nicht oder nur unzureichend erfüllt werden (Höwler 2008, S. 121). Das auffällige Verhalten wird nicht primär von der Demenzerkrankung ausgelöst. Vielmehr ist es ein Sekundärsymptom der Erkrankung und stellt einen Versuch des betroffenen Menschen dar, mit den Symptomen der Erkrankung umzugehen (Kocs 2011, S. 403). Die Betroffenen können sich meist nicht anders ausdrücken. Unverständnis und Abwehr seitens

der Personen in ihrer Umgebung können die als störend empfundenen Verhaltensweisen verstärken (Halek, Bartholomeyczik 2011, S. 9).

In der folgenden Tabelle werden herausfordernde Verhaltensweisen, die als Reaktion auf primäre Symptome einer Demenzerkrankung entstehen, dargestellt (Kocs 2011, S. 404).

<i>Primärsymptom</i>	<i>Sekundärsymptom/ herausforderndes Verhalten</i>
durch die Gedächtnisstörung, die Agnosie oder die Störung der Urteilsfähigkeit entsteht:	Orientierungsstörung: örtlich, zeitlich, räumlich, situativ und zur Person
durch die Wahrnehmung der Symptome und ihrer Folgen entsteht:	reaktive Depression
aufgrund der Orientierungslosigkeit entsteht:	Angst
durch die gestörte Einschätzung der Situation, als Reaktion auf Angst entsteht:	Aggressivität
durch die Suche nach Orientierung entsteht:	Unruhe
durch den Versuch, sich die eigene Situation zu erklären (wieso finde ich nichts? – weil andere es verstecken!), entstehen:	Wahnideen, Wahnvorstellungen
durch die Amnesie, um Lücken auszufüllen, um sich selbst noch wahrzunehmen, entstehen:	Perseverationen, sich monoton wiederholende Bewegungen (z. B. schaukeln, nesteln, sich kratzen, stundenlanges Tischabwischen)
aufgrund von Resignation in einer unerklärlichen Situation entstehen:	Apathie, Rückzug in die Vergangenheit
durch die Unfähigkeit, die Toilette zu finden, oder die Unfähigkeit, eigene Bedürfnisse richtig einzuschätzen, entsteht:	Stuhl- und Harninkontinenz

Tabelle. 3: Herausforderndes Verhalten als Sekundärsymptom von Demenz (Kocs 2011, S. 404)

Ob ein Verhalten als störend oder herausfordernd charakterisiert wird, kann laut Forschungsergebnissen sehr unterschiedlich sein. Dies ist darin begründet, dass die Beurteilung des Verhaltens davon abhängig ist, ob es aus der Sicht der demenzkranken Person oder der Pflegenden betrachtet wird (Halek, Bartholomeyczik 2011, S. 10). Die Betrachtungsweise ist bedeutend für die

Gestaltung des Umgangs mit dem Verhalten der Betroffenen (Halek, Bartholomeyczik 2011, S. 81).

### 3.2 Gründe für Herausforderndes Verhalten nach dem NDB Modell

Das Verhalten demenzkranker Personen hat, wie jedes Verhalten, Gründe. Die Suche nach den Gründen von herausforderndem Verhalten ist von großer Bedeutung. Als richtungsweisendes Medium zur Begründungssuche wurde von amerikanischen Pflegewissenschaftlerinnen in den 90er Jahren das „need driven dementia compromised behaviour modell“, kurz NDB-Modell, erstellt, das in der unten stehenden Abbildung abgebildet wird (Bartholomeyczik et al. 2007, S. 15).

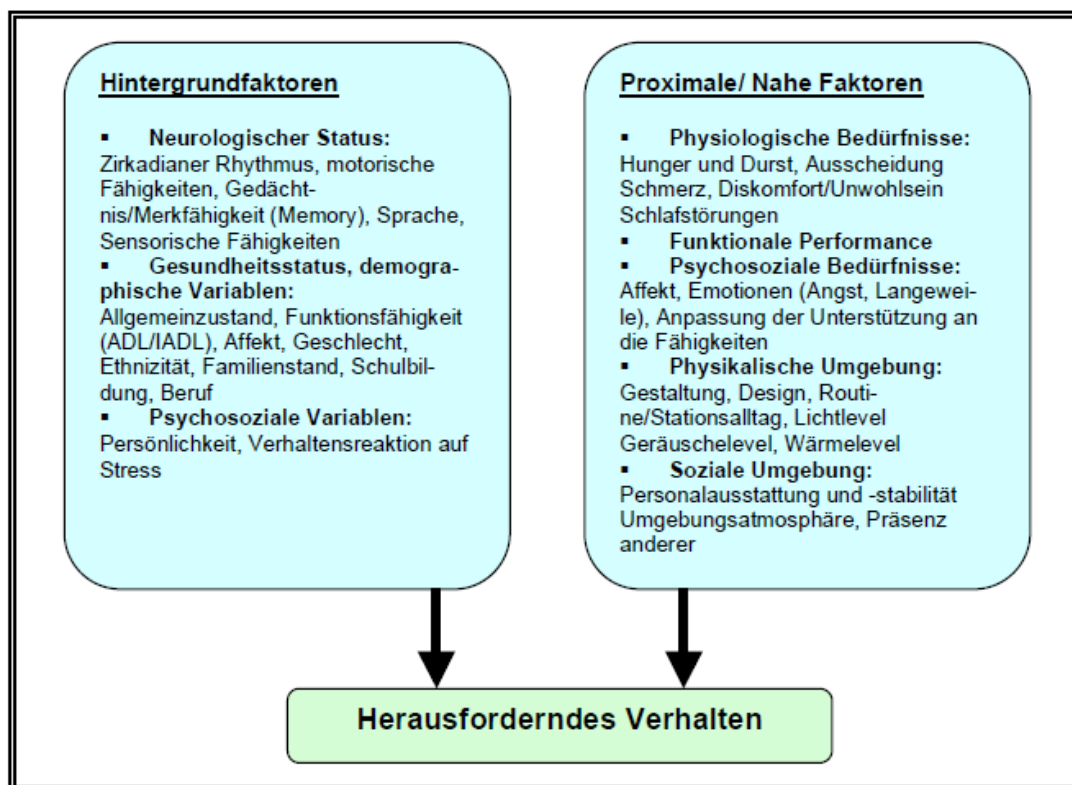


Abbildung 3: NDB-Modell nach Kolanowski (Kolanowski 1999, o.S. zit. Nach Bartholomeyczik t al. 2007, S. 16)

Anhand dieses Modells werden zwei Arten von Faktoren beschrieben, die in Zusammenhang mit dem Auftreten herausfordernden Verhaltens stehen. Unterschieden wird hierbei zwischen Hintergrund und proximalen/nahen Faktoren. Hintergrundfaktoren wie der Gesundheitsstatus, physische und kognitive Fähigkeiten und Merkmale wie Persönlichkeitseigenschaften, sind durch Interventionen kaum zu beeinflussen. Jedoch können sie anhand dieser Risiken

erfasst werden. Proximale Faktoren wie physiologische Bedürfnisse oder die soziale Umgebung können herausfordernde Verhaltensweisen auslösen und sind durch Interventionen zu beeinflussen (Bartholomeyczik et al. 2007, S. 16). Nach Halek und Bartholomeyczik (2011) ist jedoch zu beachten, dass die als Auslöser beschriebenen Variablen nicht eindeutig als Ursache festgemacht werden können (S. 53).

### 3.3 Herausfordernde Verhaltensweisen

Wie bereits in der Einleitung erwähnt, sind 80-90% aller an Demenz erkrankten Personen im Laufe ihrer Erkrankung von herausforderndem Verhalten betroffen. Herausfordernde Verhaltensweisen können in verschiedenen Stadien demenzieller Erkrankungen, in unterschiedlichen Ausprägungen und Kombinationen beobachtet werden (<http://www.demenz-leitlinie.de>, 24.09.2015). In der folgenden Abbildung werden die häufigsten psychologischen und verhaltensspezifischen Symptome aufgezeigt.

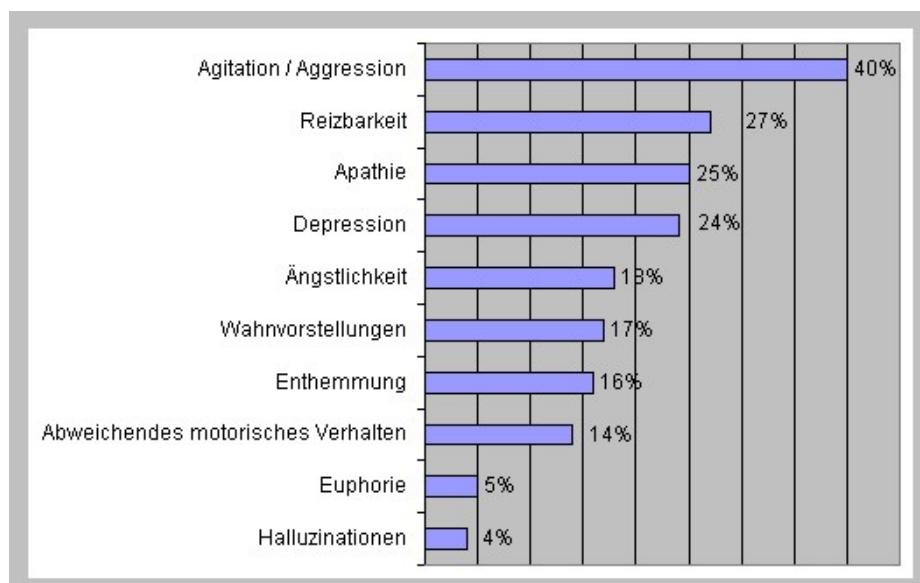


Abbildung 4: Psychologische und Verhaltensspezifische Symptome der Demenz (<http://www.demenz-leitlinie.de>, 24.09.2015)

Halek und Bartholomeyczik verweisen in ihrer Arbeit auf die Erkenntnis, dass sich herausforderndes Verhalten in zwei übergeordnete Kategorien unterteilen lässt – agitiertes und passives Verhalten. Passives Verhalten fand in der Literatur bisher weitaus weniger Beachtung als das agitierte Verhalten. Dies wird damit begründet, dass stille, zurückhaltende Menschen wahrscheinlich als weniger belastend erlebt

werden. Agitiertes Verhalten umfasst als übergeordnete Kategorie das Wandern, aggressives Verhalten und verbale Störungen (Halek, Bartholomeyczik 2011, S. 44). Verhaltensweisen wie Aggression, Unruhe oder Schlafstörungen werden von Pflegekräften als erhebliche Belastung erlebt (Stechl et.al 2012, S. 126).

### 3.3.1 Agitation

Agitation lässt sich nach Cohen Mansfield (1996) in vier Kategorien einteilen, die in der folgenden Tabelle dargestellt werden (Cohen-Mansfield 1996, o.S. zit. Nach: Halek, Bartholomeyczik 2011, S. 32).

Kategorie	Subkategorien	Auftreten (Population in Altenheimen und Tageszentren)
Physisch nicht aggressives Verhalten	Allgemeine Unruhe (restlessness) Repetitiver Manierismus Schreiten (pacing) Versuch, einen anderen Ort zu erreichen Unpassender Umgang mit Gegenständen Verstecken von Gegenständen Unpassendes An-/Ausziehen Wiederholen von Sätzen	Bei Pat. mit mittlerem bis höherem Grad an körperlicher Beeinträchtigung
Verbal nicht aggressives Verhalten	Negativismus Nichts mögen Ständiges Anfordern von Aufmerksamkeit Verbale Rechthaberei (bossiness) Jammern/Wimmern Relevante und irrelevante Unterbrechungen	Bei Frauen mit Depression, mit schlechtem Gesundheitszustand und Schmerz, mit minimalen bis mittleren kognitiven Beeinträchtigungen und schlechten sozialen Beziehungen
Physisch aggressives Verhalten	Schlagen Stoßen Kratzen Angrapschen von Gegenständen und Menschen Treten und Beißen	Menschen mit schlechten sozialen Beziehungen Starke kognitive Beeinträchtigungen Männer
Verbal aggressives Verhalten	Schreien Fluchen Temperamentsausbrüche Merkwürdige Geräusche	Menschen mit schlechten sozialen Beziehungen Menschen mit Depression und Gesundheitsproblemen

Tabelle 4: Kategorisierung von Agitation (Cohen-Mansfield 1996, o.S zit. Nach (Halek, Bartholomeyczik 2011, S. 33)

Unter Agitation wird in der Literatur eine psychomotorische Unruhe verstanden, bei der affektive Erregung in unkontrollierte Bewegung umgesetzt wird, die sich unter anderem als gesteigerter Bewegungsdrang, Zittern und als ein Gefühl des getriebenseins äußert (<http://www.degruyter.com>, 24.09.2105). Agitation ist charakterisiert durch verschiedene Symptome, zu denen unter anderem Angst,

Unruhe und verbale Störungen zählen. Die Symptome äußern sich unter anderem in Wandern, Aggressivität sowie auch in Störungen des Tag-Nacht-Rhythmus (Howard et.al. 2001, zit. Nach Halek, Bartholomeyczik 2011, S. 31).

In der Literatur werden vielseitige Ursachen beschrieben. Diese können auf Demenz bedingte Veränderungen sowie auch auf von Demenz unabhängige Faktoren, wie Schmerzen, Nebenwirkungen verschiedener Medikamente, Hunger, Harndrang oder auch Schamgefühl, die aufgrund einer Störung der Kommunikationsfähigkeit nicht klar geäußert werden können, zurückgeführt werden. Auch das Durchleben traumatischer Erlebnisse, wie etwa Kriegserlebnisse, kann Unruhe, panische Angst und Agitiertheit auslösen (Stechl et.al 2012, S. 127)

### 3.3.2 Ruheloses Umhergehen

Ruheloses Umhergehen, in der Fachliteratur auch Wandering genannt, sowie ein gesteigerter Bewegungsdrang sind ernst zu nehmende Probleme, die die Betreuung einer betroffenen Person erheblich erschweren können (Mace et al. 2012, S. 173).

Halek und Bartholomeyczik beschreiben nach Hope et al. (2001) verschiedene Formen des Wanderns (Halek, Bartholomeyczik 2011, S. 36).

- *„Gesteigertes Umherlaufen (increased walking)*
- *Versuch, das Haus zu verlassen*
- *Zurückgebracht-Werden nach Hause*
- *Verfolgen (trailing)*
- *Zielloses Gehen*
- *Herumwerkeln (pottering)*
- *Unangemessenes Verhalten (Absicht des Verhaltens nicht klar für die Außenstehenden)*
- *Exzessives angemessenes Verhalten (ständiges Wiederholen von Handlungen)*
- *Nächtliches Gehen.* (Hope et al. (2001), o. S. zit. Nach: Halek, Bartholomeyczik 2011, S. 36).

Für das soziale Umfeld der betroffenen PatientInnen ist dieses Verhalten häufig nicht nachvollziehbar. Von Bedeutung ist es zu verstehen, dass insbesondere das Phänomen des Weglaufens, welches in der Fachliteratur auch als „Hinlaufftendenz“ beschrieben wird, bewusst geschieht. Die Ergründung der Motive und Ziele der betroffenen Person, die dem Verhalten zugrunde liegen, ist von Bedeutung um mögliche Interventionen setzen zu können. Die Ursachen des Weglaufens sind vielfältig und reichen von der Motivation, einen bestimmten Ort, etwa die Arbeit, aufsuchen zu müssen, dem Gefühl Aufgaben und Pflichten früherer Lebensphasen zu erfüllen bis hin zu dem Ziel, sich einer angstbereitenden Situation entziehen zu müssen (Stechl et.al. 2012, S. 127-128).

### 3.3.3 Aggressivität

Das Auftreten verbaler oder körperlicher Aggressivität ist ein weiteres Phänomen, das in der Pflege demenzkranker Patienten und Patientinnen eine Herausforderung darstellt. Aggressives Verhalten äußert sich durch Schimpfen, Schreien, aber auch durch Schlagen oder das Werfen von Gegenständen. Oftmals handelt es sich hierbei um Abwehrhandlungen, ausgelöst durch das Missverstehen der Absichten der gegenüber stehenden Person. Aggressive Tendenzen, die sich bereits über die gesamte Lebensspanne der betroffenen Person hinweg zeigen, können durch demenzielle Erkrankungen verstärkt werden. (Stechl et al. 2012, S. 130).

Die Auslöser aggressiven Verhaltens beruhen meist auf Fehleinschätzungen und Situationsverkennungen aufgrund der kognitiven Veränderungen der demenziellen Erkrankung. Die Ursachen sind vielseitig und reichen von angstbesetzten Situationen, Unverständnis und Missverständnis der Reaktionen des sozialen Umfeldes bis hin zu Schmerzen. Aggressives Verhalten lässt sich je nach Situation nur begrenzt beeinflussen. Um Interventionen setzen und so Konflikte vermeiden zu können, ist es notwendig, die Ursachen des Verhaltens zu ergründen (Stechl et al. 2012, S. 130-131)

### 3.3.4 Vokale Störungen

Vokale Störungen werden in der Literatur im Zusammenhang mit dem demenzbedingten Verlust der sprachlichen Fähigkeiten interpretiert, die eine Störung der Kommunikation mit der Umwelt mit sich bringt. Die Betroffenen verlieren die Fähigkeit, sich sprachlich korrekt auszudrücken und die Versuche, mit Außenstehenden zu kommunizieren werden von diesen als störend wahrgenommen (Halek, Bartholomeyczik 2011, S. 41).

Vokale Störungen sind ein ernst zu nehmendes Problem, da sie die Pflegebeziehung insbesondere auf zwischenmenschlicher Ebene negativ beeinflussen und Angst und Unruhe in der Umgebung der Patienten und Patientinnen steigern. Besonders weibliche Personen sind häufig von diesem Phänomen betroffen (Matteau et al. (2003, o.S. zit. Nach: Halek, Bartholomeyczik 2011, S. 40).

Halek und Bartholomeyczik unterscheiden zwischen verbaler Agitation und verbaler Aggressivität. Während sich verbale Agitation unter anderem in Jammern, Schreien oder dem ständigen Wiederholen von Fragen äußert, ist verbale Aggression ein zeitlich begrenztes Phänomen, das sich auf eine spezifische Situation oder Handlung bezieht. Vokale Störungen stellen insbesondere in der stationären Altenpflege ein Problem dar, da sich BewohnerInnen, BesucherInnen, aber auch Pflegekräfte durch die vokalen Äußerungen gestört fühlen können (Halek, Bartholomeyczik 2011, S. 40).

Vokale Störungen werden nach Dwyer et al. (2000) dann als störend beschrieben, wenn das soziale Umfeld auf diese reagiert, etwa durch aggressive Reaktionen, verbale Äußerungen, Vermeidung des Kontaktes, das Verabreichen von Beruhigungsmitteln oder physikalische Einschränkungen (Halek, Bartholomeyczik 2011, S. 40).

Die Auslöser einer vokalen Störung sind vielfältig. Nicht zu vergessen ist dabei, dass eine vokale Störung eine Form der Kommunikation darstellt. Zu den Auslösern, die in der untenstehenden Abbildung dargestellt werden, zählen unbefriedigte Bedürfnisse sowie physische oder auch umgebungsbedingte Stimuli.

Als weitere Ursachen werden in der Literatur Hörschwierigkeiten oder auch Sehschwierigkeiten beschrieben. Aufgrund der Unfähigkeit, mit der Umgebung zu kommunizieren wird die dadurch entstandene Isolation und Einsamkeit mit verbalen Handlungen überbrückt (Sloane et al. (1997), o.S. zit. Nach: Halek, Bartholomeyczik 2011, S. 41).

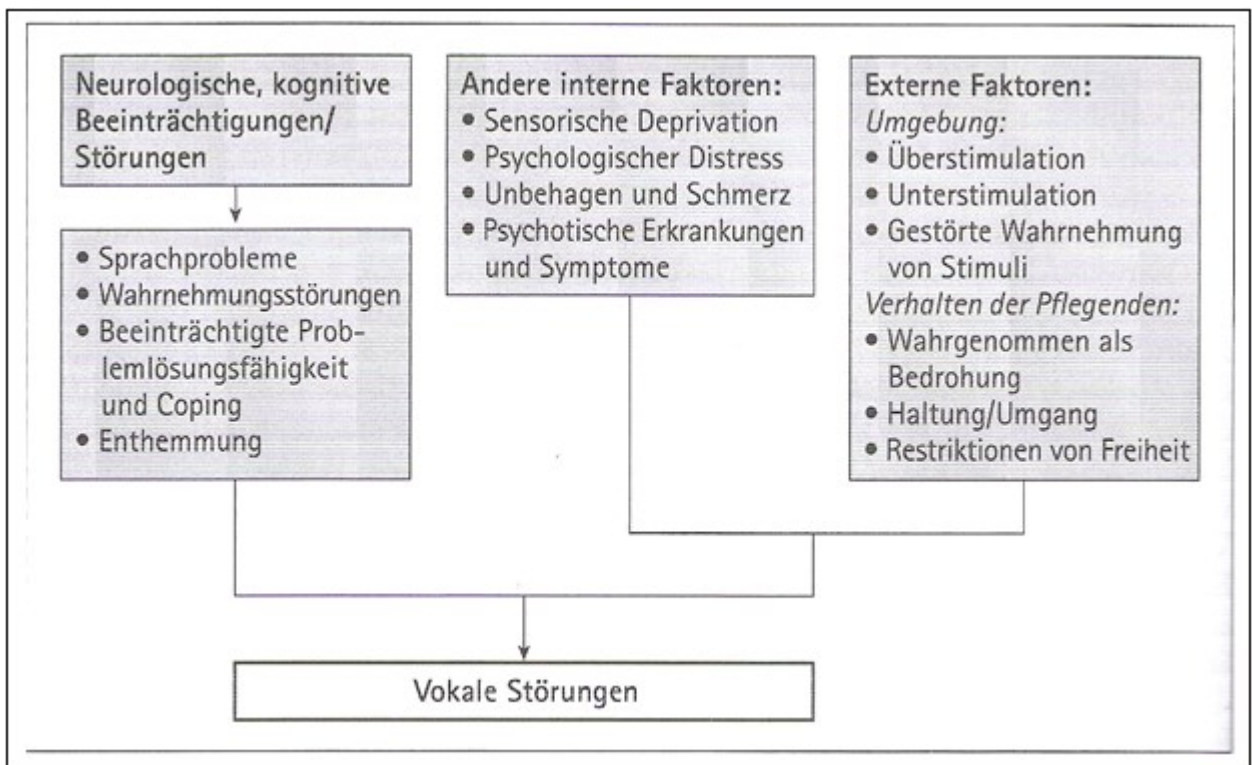


Abbildung 5: Entstehung vokaler Störungen (Sloane et al. 1997, S. 676 zit. Nach: Halek, Bartholomeyczik 2011, S. 42)

### 3.3.5 Passives Verhalten oder Apathie

Passives Verhalten tritt häufig auf, wird jedoch von Pflegekräften nicht als belastend oder störend empfunden (Halek, Bartholomeyczik 2011, S. 42). Passives Verhalten ist in der Literatur nicht einheitlich definiert. Passivität wird einerseits als eine Veränderung der Persönlichkeit beschrieben, die mit dem Verlust von Offenheit, Extrovertiertheit und Bewusstheit einhergeht. Andererseits wird passives Verhalten mit dem Vorhandensein von Apathie, sowie mit einem sozialen und emotionalen Rückzug und dem Verlust der Fähigkeit, zielorientierte Aktivitäten zu verfolgen in Kontext gesetzt (Colling 1999a, o.S. zit. Nach: Halek, Bartholomeyczik 2011, S. 42-43) .

Die mit der Apathie einhergehenden Verhaltensmuster wie Antriebslosigkeit und Rückzug können auch als adaptive Strategie, um geistige und körperliche Reserven zu stärken, bewertet werden. Apathie äußert sich unter anderem in einem übermäßigen Schlafbedürfnis, aber auch in stundenlangem Nichtstun. Beim Setzen pflegerischer Interventionen sollte beachtet werden, dass Inaktivität im Zusammenhang mit einer demenziellen Erkrankung auch Lebensqualität bedeuten kann. Andererseits sollten die Betroffenen immer wieder angeregt werden, Aktivitäten nachzugehen (Stechl et al. 2012, S. 137).

### **3.4 Empfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten**

Im Rahmen eines Forschungsprojektes wurden Rahmenempfehlungen für die Pflege demenzerkrankter Menschen, mit Bezug zum Umgang mit herausforderndem Verhalten erarbeitet. Im folgenden Kapitel werden pflegerische Interventionen und Strategien beschrieben, die im Rahmen dieser Forschungsarbeit als geeignet für den Umgang mit Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten bewertet wurden (Bartholomeyczik et al. 2007, S. 5).

#### **3.4.1 Verstehende Diagnostik**

Bei der verstehenden Diagnostik werden Probleme einer Pflegesituation nicht alleine aus der Sicht der Pflegepersonen bewertet. Vielmehr wird versucht, diese aus der Sicht der betroffenen Person zu betrachten und deren Reaktionen in der jeweiligen subjektiven Begründung zu beurteilen. Die Perspektive des Patienten oder der Patientin wird in den Mittelpunkt des Pflegeprozesses gerückt und es wird versucht, das als störend empfundene Verhalten der betroffenen Person aus vielseitigen Aspekten zu erklären. Hierbei wird empfohlen, ein Strukturmodell, etwa das „need driven dementia compromised behaviour modell“, kurz NDB-Modell, heranzuziehen. Das Verstehen des als störend empfundenen Verhaltens ermöglicht Pflegekräften, bedürfnisorientierte Maßnahmen zu ergreifen. Im Pflegeverlauf ist es bedeutend, ein gemeinsames Konzept aller an der Pflege beteiligten Personen zu entwickeln. Ein bedeutendes Instrument, das Mehrperspektivität ermöglicht und fördert, sind Fallbesprechungen. Mehrperspektivität minimiert das Risiko, Verhaltensweisen als sinnlos zu deuten. Von Bedeutung ist es auch, mögliche körperliche Ursachen herausfordernder Verhaltensweisen zu ergründen. Auf Interdisziplinärer Basis können pflegerische

Schritte, medizinische Behandlung sowie psychosoziale Begleitung aufeinander abgestimmt werden (Bartholomeyczik et al. 2007, S. 61-62).

Fallbesprechungen sind ein wichtiger Bestandteil der Verstehenden Diagnostik. Insbesondere in Bezug auf die Bezugspflege, den Austausch von Informationen, die Vereinbarung von Zielen sowie die Abstimmung von Interventionen stellen sie ein wichtiges Instrument dar, das eine bedürfnisorientierte Versorgung und Betreuung der Bewohner und Bewohnerinnen sicherstellt. Um einen effektiven und effizienten Einsatz von Fallbesprechungen zu ermöglichen, ist im Rahmen von Aus-, Fort- und Weiterbildungen darauf zu achten, die kommunikativen Kompetenzen Pflegender zu fördern (Bartholomeyczik et al. 2007, S. 72-73).

Im Rahmen einer Studie wurde das Konzept der verstehenden Diagnostik mithilfe strukturierter Fallbesprechungen und dem Assessment IdA in Altenheimen implementiert und evaluiert. Hierbei wurden Pflegende 15 stationärer Altenbetreuungseinrichtungen in der Anwendung der Verstehenden Diagnostik fortgebildet. Die Ergebnisse zeigten, dass der Einsatz der Verstehenden Diagnostik positive Effekte auf das Belastungserleben der Pflegekräfte bilden konnte und somit Pflegekräften eine Möglichkeit bietet, mit herausforderndem Verhalten demenzkranker Menschen umzugehen (Holle et al. 2011, S. 303).

#### 3.4.2 Assessmentinstrumente

Assessmentinstrumente können einen ersten Schritt im diagnostischen Prozess herausfordernden Verhaltens darstellen. Individuelle Beobachtungen können objektiv und transparent beschrieben werden und somit eine wichtige Grundlage der verstehenden Diagnostik bilden. Weiter kann ein Verhaltens-Assessment ein wichtiges Instrument zur Evaluierung eingeleiteter Maßnahmen im weiteren Verlauf des Prozesses darstellen (Bartholomeyczik et al. 2007, S. 74-75).

Die Anwendung von Assessments ermöglicht es der Pflege, sich im interdisziplinären Prozess fundiert mit anderen Disziplinen auseinander zu setzen. Die wissensbasierte Planung von Maßnahmen und Interventionen erfordert Informationen, die auf den Beobachtungen der Pflegenden basieren. Um

Interventionen präzise gestalten zu können, müssen die Informationen der Pflege eine große Genauigkeit aufweisen (Bartholomeyczik et al. 2007, S. 75-76).

### 3.4.3 Validation

Das Konzept der Validation ist eine in den 90er Jahren von Naomi Feil in die Pflege eingeführte Gesprächstechnik, die häufig im Umgang mit dementen Patienten und Patientinnen angewandt wird (<http://www.degruyter.com>, 01.10.2015). Wichtigstes Element der Validation ist eine empathische Grundhaltung. Auf Basis dieser Grundhaltung und mithilfe bestimmter Techniken wird mit demenzkranken Patienten und Patientinnen kommuniziert. Gekennzeichnet ist eine validierende, wertschätzende Haltung durch Einfühlungsvermögen sowie durch die Akzeptanz der Demenz und der Sichtweise der betroffenen Person. Das Konzept der Validation geht davon aus, dass jedes Verhalten eine Bedeutung hat. Die Orientierung an den Beweggründen des Verhaltens ermöglicht Pflegepersonen ein gefühlorientiertes, verstehendes Umgehen mit störenden Verhaltensweisen (Bartholomeyczik et al. 2007, S. 87).

In der Literatur werden verschiedene Formen und Konzepte eines validierenden Umgangs beschrieben. Als in Deutschland bekannte Formen sind die Validation nach Feil, die integrierte Validation nach Richards und die erlebensorientierte Pflege als Teil des mäeutischen Pflegemodells zu nennen (Bartholomeyczik et al. 2007, S. 87-88).

### 3.4.4 Erinnerungspflege

Erinnerungsfördernde Aktivitäten dienen der Unterstützung des Wohlbefindens und der Freude und tragen zu einer Förderung des Selbstwertgefühls sowie einer Stärkung der Identität und des sozialen Zugehörigkeitsgefühls bei. Besonders Menschen mit demenzieller Erkrankung benötigen Erinnerungshilfen, um Bindung und Zugehörigkeit erleben und ein Selbstbild aufrechterhalten zu können. In der Betreuung demenzkranker Patienten und Patientinnen ist die Erinnerungspflege mit weiteren Zielen verbunden, wie etwa der Förderung sozialer Teilnahme, kommunikativer Fähigkeiten sowie der Stärkung positiver Gefühle, wie Freude, Glück oder Zufriedenheit (Bartholomeyczik et al. 2007, S. 93-94).

Erinnerungspflege kann im Einzelnen oder in Gruppen durchgeführt werden. Hierbei werden Erinnerungen angestoßen, belebt und ausgetauscht. Zu unterscheiden ist Erinnerungsarbeit von Biografiearbeit. Im Rahmen der Biografiearbeit werden bewohnerbezogene Informationen, etwa zur Lebensgeschichte oder über Abneigungen, Vorlieben, Gewohnheiten gesammelt. Im Rahmen einer Fallbesprechung wird dieses Wissen genutzt um individuelle Interventionsmöglichkeiten gestalten zu können und Lösungsstrategien zum Umgang mit herausforderndem Verhalten zu erarbeiten. Lebensthemen, die für den Bewohner oder die Bewohnerin mit positiven Erinnerungen und Gefühlen besetzt sind, können wiederum für die Erinnerungspflege genutzt werden (Bartholomeyczik et al. 2007, S. 93-94).

#### 3.4.5 Berührung, Basale Stimulation und Snoezelen

In der vorliegenden Literatur wird empfohlen, Konzepte die die Anregung einzelner oder mehrere Sinne zum Ziel haben in die Betreuung von Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten zu integrieren. In diesem Zusammenhang werden die Konzepte der Berührung als Begegnungsform, der basalen Stimulation sowie Snoezelen näher erläutert (Bartholomeyczik et al. 2007, S. 102).

#### Berührung

Beim Ausführen der Pflege kommt es zu zahlreichen Körperkontakten. Im Zusammenhang mit dem Konzept der Berührung als Begegnungsform wird von einem bewussten, intentionalen Anfassen durch die Hände gesprochen. Die Bedeutung von Berührung in der frühkindlichen Entwicklung ist, im Gegensatz zur Bedeutung in der Pflege Erwachsener und alter Menschen, gut untersucht. Liegt die Ursache herausfordernden Verhaltens in einer von Angst besetzten Situation, kann Berührung hilfreich sein, da sie beruhigend wirkt. Physiologische Befunde zeigen, dass Berührung eine entspannende Wirkung auf den Körper ausübt. Berührungen in der Pflege sollen bewusst als eine Form der Beziehungsaufnahme gestaltet werden. Hierbei sind kulturelle Unterschiede, individuelle Vorlieben und Abneigungen sowie persönliche Grenzen zu beachten. Erinnerung an partnerschaftliche Intimität soll vermieden werden (Bartholomeyczik et al. 2007, S. 102-105).

### Basale Stimulation

Das Konzept der Basalen Stimulation eignet sich für alle Menschen, die eine Beeinträchtigung der Wahrnehmung aufweisen. In der Zugrunde liegenden Theorie soll durch die Stimulation der basalen Sinne der Aufbau von Kommunikation versucht werden. Es wird davon ausgegangen, dass alle Menschen bis zu ihrem Tod wahrnehmungsfähig sind. Durch Berührung oder Bewegung werden unter anderem die somatische, vestibulär oder vibratorische Wahrnehmung angesprochen. Dem betroffenen Menschen sollen zunächst Informationen über die Umwelt aber auch über sich selbst übermittelt werden. In späterer Folge werden weitere Sinne, etwa Hören, Riechen und Schmecken mit einbezogen (Bartholomeyczik et al. 2007, S. 105).

Die Anwendung der basalen Stimulation in der Pflege von Menschen mit demenziellen Erkrankungen und herausfordernden Verhaltensweisen begründet sich in der Übertragbarkeit positiver Erfahrung der Anwendung bei Menschen mit geistiger Behinderung und ähnlichen Verhaltensmustern (Bartholomeyczik et al. 2007, S. 107).

### Snoezelen

Snoezelen ist ein Kunstwort das sich aus den beiden niederländischen Wörtern „snuffelen“ und „doezelen“ zusammensetzt. Übersetzt bedeuten sie schnüffeln, schnuppern und dösen (Bartholomeyczik et al. 2007, S. 107). Snoezelen wurde in den 1980er Jahren zunächst als Beschäftigungsangebot für schwer behinderte Menschen entwickelt, gewann mit der Zeit jedoch zunehmende Bedeutung in der Betreuung demenzkranker Patienten und Patientinnen. Hierbei soll eine Umgebung geschaffen werden, die möglichst viele Sinneskanäle anspricht sowie eine Atmosphäre, die das Wohlbefinden fördert. Eine Reizüberflutung sowie Angst erzeugende Faktoren sollen vermieden werden (Stechl et al. 2012, S. 95).

#### 3.4.6 Bewegungsförderung

Studien zeigen, dass sich Bewegung positiv auf herausforderndes Verhalten auswirken kann (Bartholomeyczik et al. 2007, S. 113). Trotz geringer Studienanzahl konnte ein positiver Effekt nachgewiesen werden (Bartholomeyczik et al. 2007, S. 118). Bewegungsanregungen sowie die Förderung des

Körperbewusstseins sollen in tägliche Aktivitäten integriert werden, sollten keine außergewöhnlichen Einschränkungen vorliegen. Tägliche Bewegung soll individuell gestaltet ermöglicht werden. Dies kann in unterschiedlicher Form erfolgen, auch durch passive Bewegungsübungen. Auf einen gesteigerten Bewegungsdrang, insbesondere in Form des Herumlaufens sollte Rücksicht genommen werden. Den Betroffenen sollte Raum dafür gegeben werden, möglichst auch im Freien (Bartholomeyczik et al. 2007, S. 113). Sicherheitsfragen, Umgebungsgestaltung und auch architektonische Gegebenheiten sollten beachtet werden (Bartholomeyczik et al. 2007, S. 119).

#### 3.4.7 Pflegerisches Handeln in akuten psychiatrischen Krisen

Psychiatrische Krisen können sehr verschieden sein. Ein wertschätzender und akzeptierender Umgang bei Krisen durch Wahn, Panikattacken, Halluzinationen sowie bei aggressivem Verhalten wird empfohlen (Bartholomeyczik et al. 2007, S. 120-121).

Zum Umgang mit Halluzinationen oder Wahnvorstellungen demenzkranker Patienten und Patientinnen werden in der vorliegenden Literatur zwei Möglichkeiten beschrieben. Pflegekräfte können versuchen, die Realität der betroffenen Person zu verstehen, um aus dieser heraus einen Lösungsweg zu finden. Die zweite beschriebene Möglichkeit basiert auf der Herstellung einer Beziehung zur betroffenen Person auf der Gefühlsebene. Durch das Verstehen und das gemeinsame Bearbeiten der Gefühlswelt sollen Linderung und Ablenkung geschaffen werden (Bartholomeyczik et al. 2007, S. 131).

Aggressionen können unabhängig aber auch im Zusammenhang mit Wahnvorstellungen oder Halluzinationen auftreten. Richtlinien und Empfehlungen der psychiatrischen Pflege zum Umgang mit herausforderndem Verhalten können teilweise auf den Umgang mit demenzkranken Patienten und Patientinnen mit herausforderndem Verhalten übertragen werden. Insbesondere das Erlernen von Deeskalationsstrategien ist hier von Bedeutung. Eine Evaluation der Situation ist wichtig, um ähnlichen Krisen vorzubeugen und aus erfolglosen oder erfolgreichen Kriseninterventionen zu lernen (Bartholomeyczik et al. 2007, S. 131-132).

## 4. Diskussion

Im Laufe einer Demenzerkrankung kommt es häufig zu Veränderungen im Verhalten der betroffenen Person. Herausforderndes Verhalten zeigt, dass die betroffene Person unter einem starken Leidensdruck steht. Verhaltensweisen wie Aggressivität, Schreien, Herumwandern oder Schlafstörungen werden von den Pflegenden sowie dem gesamten Umfeld häufig als belastend empfunden. Die Pflege und Betreuung von demenzkranken Patienten und Patientinnen mit herausforderndem Verhalten stellt für alle Beteiligten eine große Herausforderung dar. Die Suche nach den Ursachen herausfordernden Verhaltens ist von Bedeutung um Strategien und pflegerische Interventionen anwenden zu können.

Im Zusammenhang mit dieser Problematik wurden zwei Forschungsfragen formuliert, die mithilfe der zugrundeliegenden Literatur beantwortet werden konnten.

Die erste Forschungsfrage lautete: „Welche herausfordernden Verhaltensweisen können im Zusammenhang mit einer Demenzerkrankung auftreten?“

Die in den verschiedenen Literaturstellen beschriebenen Verhaltensweisen weichen stark voneinander ab. Ob ein Verhalten als herausfordernd charakterisiert wird hängt davon ab, ob dieses von Pflegekräften, Angehörigen und dem sozialen Umfeld als störend empfunden wird. In der Literatur wird zwischen agitiertem und passivem Verhalten unterschieden. Agitiertes Verhalten, das Phänomene wie das Wandern, vokale Störungen und Aggressivität beinhaltet, wird als stärker belastend charakterisiert als passives Verhalten.

Die zweite Forschungsfrage lautete: „Welche pflegerischen Interventionen und Konzepte zum Umgang mit herausforderndem Verhalten demenzkranker Patienten und Patientinnen werden in der Literatur beschrieben?“

Diese Frage konnte anhand der 2007 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit erstellten Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz und den darin diskutierten Interventionen und Strategien beantwortet werden. Die Grundlage der beschriebenen Strategien und Interventionen liegt in dem Verstehen der Ursachen und Gründe des als herausfordernd empfundenen Verhaltens, sowie in einem Verstehen der Realität

demenzkranker Patienten und Patientinnen. Von großer Bedeutung ist eine verständnisvolle und wertschätzende Haltung der Pflegekräfte im Umgang mit dem demenzkranken Menschen.

## 5. Literaturverzeichnis

Bartholomeyczik, Sabine; Halek, Margareta; Sowinski, Christine; Besselmann, Klaus; Dürrmann, Peter; Haupt, Martin; Kuhn, Christina; Müller-Hergl, Christian; Perrar, Klaus Maria; Riesner, Christine; Rüsing, Detlef; Schwerdt, Ruth; Van der Kooij, Cora; Zegelin, Angelika (2007): Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. Bundesministerium für Gesundheit. Berlin

Bartholomeyczik Sabine, Holle Daniela, Halek Margareta (2013): Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz verstehen. Die Verbesserung der Versorgung Demenzkranker durch Qualitätsinstrumente. Weinheim und Basel: Beltz Juventa

Engel Sabine (2006): Alzheimer und Demenzen – Unterstützung für Angehörige. Die Beziehung erhalten mit dem neuen Konzept der einfühlsamen Kommunikation. Stuttgart: Trias

Gleichwelt Sonja, Rossa Martina (2009): Erster Österreichischer Demenzbericht. Teil 1: Analyse zur Versorgungssituation durch das CC Integrierte Versorgung der österreichischen Sozialversicherung. Wien: Wiener Gebietskrankenkasse

Halek Margareta, Bartholomeyczik Sabine (2011): Verstehen und Handeln. Forschungsergebnisse zur Pflege von Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten. Nachdruck der 1. Ausgabe von 2006. Hannover: Schlütersche

Hametner Ingrid (2007): 100 Fragen zum Umgang mit Menschen mit Demenz. Hannover: Schlütersche

Holle, Daniela; Halek, Margareta; Mayer, Herbert; Bartholomeyczik, Sabine (2011): Die Auswirkungen der Verstehenden Diagnostik auf das Belastungserleben Pflegender im Umgang mit Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. In: Pflege 24(5). S. 303-316

Höwler, Elisabeth (2008): Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz. Erleben und Strategien Pflegender. 1. Aufl. s.l.: Kohlhammer Verlag.

Kocs Ursula (2011): Pflege und Begleitung von Menschen mit Demenz und psychischen Veränderungen. In: Köther Ilka (Hg.) (2011): Altenpflege. 3. Überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG. S. 398–438

Krämer Günther, Förstl Hans (2008): Alzheimer und andere Demenzerkrankungen. Antworten auf die häufigsten Fragen. 5. Überarbeitete Auflage. Stuttgart: Trias

Kutschke Andreas, Perrar Klaus Maria, Sirsch Erika (2012): Pflege von alten Menschen mit demenziellen Erkrankungen. In: Schewior-Popp (Hg.), Sitzmann Franz (Hg.), Ullrich Lothar (Hg.) (2012): Thiemes Pflege. Das Lehrbuch für Pflegende in Ausbildung. 12. Überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG. S. 1151–1160

Pochobradsky Elisabeth, Bergmann Franz, Nemeth Claudia, Preninger Barbara (2008): Betreuungsangebote für demenziell erkrankte Menschen – Demenzhandbuch. Wien: Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz BMSK

Reischies Friedel (2012): Demenz und Depression. In: Wallesch Claus-Werner (Hg.), Förstl Hans (Hg.) (2012): Demenzen. 2. Überarbeitete Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG. S. 331–338

Stechl, Elisabeth; Knüvener, Catarina; Lämmler, Gernot; Steinhagen-Thiessen, Elisabeth; Brasse, Gabriele (2013): Praxishandbuch Demenz. Erkennen; Verstehen; Behandeln. 1. Aufl. s.l.: Mabuse-Verlag.

Steidl, Siegfried; Nigg, Bernhard (2014): Gerontologie, Geriatrie und Gerontopsychiatrie. Ein Lehrbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe. 4., überarb. Aufl. Wien: Facultas.wuv.

## **Internetquellen**

Viewed 02.04.2015

<<http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Krankheiten/Demenz>>

Viewed 02.04.2015

<[http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/bevoelkerung/demographische\\_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html)>

Viewed 20.04.2015

<<http://www.alzheimer-gesellschaft.at/index.php?id=46>>

Viewed 24.09.2015

<<http://www.degruyter.com.pschyrembel.han.medunigraz.at/view/ppp/12834563?language>>

Viewed 24.09.2015

<<http://www.demenz-leitlinie.de/pflegende/Diagnostik/herausfordVerhalten.html>>.

Viewed 01.10.2015

<<http://www.degruyter.com.pschyrembel.han.medunigraz.at/view/pflege/9799048?pi=0&moduleId=pschy&dbJumpTo=validation>>

## 6. Anhang

### Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Bevölkerungspyramide Österreich..... 8  
([http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/bevoelkerung/demographische\\_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html), viewed 02.04.2015)

Abbildung 2: Demenzformen (Krämer, Förstl 2008, S. 13)..... 15

Abbildung 3: NDB-Modell nach Kolanowski (Kolanowski 1999, o.S. zit. Nach Bartholomeyczik et al. 2007, S. 16).....23

Abbildung 4: Psychologische und Verhaltens spezifische Symptome der Demenz (<http://www.demenz-leitlinie.de>, 24.09.2015).....24

Abbildung 5: Entstehung vokaler Störungen (Sloane et al. 1997, S. 676 zit. Nach: Halek, Bartholomeyczik 2011, S. 42).....29

### Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Vergleich von Demenz, Delir und Depression..... 11

Tabelle 2: Art und Ursache von Verwirrheitszuständen (Krämer, Förstl 2008, S. 30)..... 12

Tabelle 3: Herausforderndes Verhalten als Sekundärsymptom von Demenz (Kocs 2011, S. 404)..... 22

Tabelle 4: Tabelle 4: Kategorisierung von Agitation (Cohen-Mansfield 1996, o.S zit. Nach (Halek, Bartholomeyczik 2011, S. 33).....25