



Universität Bielefeld

Institut für Pflegewissenschaft
an der Universität Bielefeld, IPW

Pflegerische Unterstützung von Heimbewohnern mit Verhaltensproblemen

**Handlungskonzept für die stationäre Langzeitpflege
entwickelt vom Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld
und der Universität Bielefeld**

**Überarbeitete Fassung
Bielefeld, Juni 2014**

Das vorliegende Konzept „Pflegerische Unterstützung von Heimbewohnern mit Verhaltensproblemen“ wurde im Rahmen des Projekts „Selbst- und fremdgefährdendes Verhalten bei psychisch veränderten Heimbewohnern als Pflegeproblem“ unter der Koordinationsverantwortung von Klaus Wingenfeld und unter Mitwirkung von Norbert Seidl und Angelika Ammann entwickelt.

Es handelte sich um ein Teilprojekt des Pflegeforschungsverbands NRW „Patienten- und Nutzerorientierung. Konzepte zur Optimierung der Pflege“ (Leitung: Prof. Dr. Doris Schaefer), der im ehemaligen Förderschwerpunkt „Angewandte Pflegeforschung“ des Bundesministeriums für Bildung und Forschung durchgeführt wurde.

Das Projekt wurde gemeinsam vom Institut für Pflegewissenschaft und der Universität Bielefeld durchgeführt und 2011 abgeschlossen. Die hier vorliegende Version des Interventionskonzepts ist eine etwas modifizierte Fassung des Konzepts, das in diesem Projekt erprobt wurde. Die Modifikationen betreffen allerdings keine substanziellen Konzeptbestandteile.

I. Einleitung

Verhaltensweisen, die die eigene Gesundheit und Sicherheit oder das Alltagsleben anderer beeinträchtigen, stellen in der stationären Langzeitpflege eine große fachliche Herausforderung dar. Sie umfassen ein breites Spektrum von Handlungen – das ziellose Umhergehen ebenso wie anhaltendes, lautstarkes Rufen oder auch die verschiedenen Formen der Selbstverletzung. Sie treten vor allem bei Vorliegen einer dementiellen Erkrankung auf. Stationäre Pflegeeinrichtungen sind daher besonders betroffen. Die Schätzungen zur Verbreitung kognitiver oder psychischer Störungen unter den Heimbewohnern bewegen sich, je nach Strenge der diagnostischen Kriterien, in einer Größenordnung von 50 bis 80%. Dementsprechend hoch liegt die Zahl der Heimbewohner, die Verhaltensprobleme entwickeln.

Pflegerische Maßnahmen, die aufgrund von Verhaltensweisen durchgeführt werden, richten sich meist direkt auf Risikosituationen. Im Unterschied dazu zielt das vorliegende Handlungskonzept darauf ab, der *Entstehung* von Verhaltensproblemen entgegenzuwirken. Es handelt sich also um ein präventiv orientiertes Konzept. Pflegende werden hier keine Hinweise dazu finden, wie sie besser mit akuten Gefährdungssituationen umgehen können. Das Konzept unterstützt sie vielmehr darin, schon im Vorfeld tätig zu werden. Die Lebens- und Versorgungssituation des Bewohners soll so angepasst und verbessert werden, dass der Einfluss von Faktoren, die Verhaltensprobleme fördern, reduziert wird.

Das Konzept beruht auf folgenden Überlegungen: Problematische Verhaltensweisen von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen können nicht pauschal als direkte Krankheitsfolge angesehen werden. Sie erwachsen vielmehr aus einem Zusammenspiel verschiedener Faktoren. Dazu gehört beispielsweise, dass Bewohner überfordert sind und ihre emotionalen, sozialen oder auch körperlichen Probleme nicht mehr bewältigen, zum Teil nicht einmal kommunizieren können. Der dadurch entstehende innerliche Druck wirkt sich auf das Verhalten aus. Umgebungseinflüsse, mangelnde Möglichkeiten der Bedürfnisbefriedigung oder auch eine inadäquate Medikation stellen ebenfalls wichtige Einflussfaktoren dar. Wenn es gelingt, diese Einflussfaktoren aufzudecken und ihre Wirkung zu begrenzen, lassen sich Verhaltensweisen positiv beeinflussen.

Dazu stellt das vorliegende Konzept ein Einschätzungsinstrument und eine Planungshilfe zur Verfügung. Das Konzept wurde in sechs Pflegeeinrichtungen praktisch erprobt und wissenschaftlich evaluiert. Es erwies sich als geeignet, die Häufigkeit des Auftretens verschiedener Verhaltensweisen zu verringern (s. Anhang B). Der Erfolg hängt allerdings sehr davon ab, wie das Konzept in den Versorgungsalltag integriert wird.

Einrichtungen können das vorliegende Konzept und die darin enthaltenen Instrumente ohne Einschränkung nutzen, solange deren Herkunft deutlich gemacht wird. Der Form halber sei darauf hingewiesen, dass Sie dies auf eigene Verantwortung tun.

II. Anwendungshinweise

Das Handlungskonzept orientiert sich am Aufbau des Pflegeprozesses und umfasst folgende Bausteine:

1. Schritt: Die Verhaltensweisen des Bewohners werden eingeschätzt und mögliche Einflussfaktoren identifiziert. Hierzu stellt das Konzept einen Einschätzungsbogen zur Verfügung.
2. Schritt: Es werden Ziele und Maßnahmen festgelegt, um negative Einflüsse auf das Verhalten zu begrenzen und positive Einflüsse zu verstärken. Für die Festlegung dieser Maßnahmen gibt es eine Arbeitshilfe.
3. Schritt: Die ausgewählten Maßnahmen werden in eine konkrete Maßnahmenplanung überführt. Für diesen Schritt stellt das Konzept ein einfaches Schema zur Entwicklung der Maßnahmenplanung zur Verfügung.
4. Schritt: Die Maßnahmen werden durchgeführt.
5. Schritt: Die Wirkung der Maßnahmen wird nach spätestens drei Monaten überprüft, indem erneut die Verhaltensweisen des Bewohners eingeschätzt und Veränderungen der Einflussfaktoren beurteilt werden. Je nach Wirkung werden die Maßnahmen ggf. angepasst. (Für die Schritte 4 und 5 gibt es keine gesonderten Instrumente oder Arbeitshilfen).

1. Schritt: Einschätzung

Der Einschätzungsbogen unterstützt den Anwender dabei, die Verhaltensweisen des Bewohners zu erfassen und erste Hinweise auf Ereignisse oder andere Faktoren zu erhalten, die für das Verhalten eine Bedeutung haben.

Im ersten Teil des Assessments (Abschnitt A des Formulars) stellen Sie fest, welches Verhalten der Bewohner zeigt und wie häufig es auftritt (zum Beispiel „mehrmals wöchentlich“). Bei diesem Abschnitt handelt es sich um einen Baustein aus dem „Neuen Begutachtungsassessment“. Welches Verhalten gemeint ist, wird jeweils stichpunktartig erläutert. Eine etwas ausführlichere Beschreibung findet sich in Anhang A. Erfasst werden soll das Verhalten, das für den Bewohner charakteristisch ist. Zeigte ein Bewohner beispielsweise in der vergangenen Woche motorische Unruhe, die weder davor noch danach beobachtet werden konnte, ist das kein charakteristisches Verhalten.

Bitte beachten Sie: Auch andere psychische Problemlagen, die eventuell nicht im Einschätzungsbogen aufgeführt sind, können einen Unterstützungsbedarf nach sich ziehen.

Treten Verhaltensauffälligkeiten mehrmals wöchentlich oder täglich¹ auf, beurteilen Sie im nächsten Schritt, ob das Verhalten für den Bewohner oder seine Umgebung ein Problem darstellt (z.B. Selbst-/Fremdgefährdung oder psychische Belastung des Bewohners). Danach verzweigt sich das Vorgehen:

Wenn das Verhalten für den Bewohner oder seine Umgebung kein Problem darstellt:

In diesem Fall besteht gegenwärtig vermutlich kein Bedarf an besonderer verhaltensbezogener Unterstützung. Dann kommt es eher darauf an, Akzeptanz und Verständnis für das Verhalten in der sozialen Umgebung zu fördern. Es ist insofern nicht erforderlich, die Einschätzung fortzusetzen. Wiederholen Sie sie nach drei Monaten oder wenn erhebliche Veränderungen im Verhalten auftreten.

Wenn das Verhalten für den Bewohner oder seine Umgebung ein Problem darstellt:

... machen Sie weiter und bearbeiten auch den nachfolgenden Abschnitt B) des Assessmentbogens.

Mit diesem Abschnitt B werden mögliche Einflussfaktoren anhand von 10 Fragen geprüft. Bitte erläutern Sie Ihre Antworten zu den mit „ja“ beantworteten Fragen mit Stichpunkten. Am Ende führen Sie die Nummern aller Fragen auf, die Sie mit „ja“ beantwortet haben (zum Beispiel „2, 5, 8“). Damit ist die Einschätzung beendet und es geht es weiter mit der Auswahl von Maßnahmen.

2. Schritt: Auswahl der Teilziele und Maßnahmen

Das übergeordnete Pflegeziel im vorliegenden Handlungskonzept besteht immer darin, die Entstehung von Verhalten, das für den Bewohner oder seine Umgebung ein Problem darstellt, zu vermeiden oder zu reduzieren.

Das Konzept arbeitet aber auch mit Teilzielen, die beschreiben, welche Situation erreicht werden soll. Zum Beispiel: „Nächtliche Störungen durch Pflegemaßnahmen werden soweit wie möglich vermieden“. Diese Teilziele sind keine individuellen Ziele im Sinne des Pflegeprozesses. Sie sind eine Orientierungshilfe, die ausdrücken, was eventuell geändert werden muss.

Die Teilziele sind in der Abklärungshilfe aufgeführt und sollen Sie dabei unterstützen, zentrale Probleme zu identifizieren und Handlungsnotwendigkeiten zu erkennen. Berücksichtigen

¹ Bitte nutzen Sie aber immer auch Ihre fachliche Erfahrung. Es kommt im Ausnahmefall auch vor, dass ein Verhalten, das maximal 1 x wöchentlich auftritt, einen Unterstützungsbedarf auslöst.

Sie jetzt nur noch die mit „ja“ beantworteten Punkte (im Beispiel oben: 2, 5, 8). Kreuzen Sie für diese Punkte das Feld „Relevant“ an. Die übrigen Abschnitte können Sie ignorieren, denn Sie haben ja bereits beim ersten Schritt „Einschätzung“ beurteilt, was relevant ist und was nicht.

Zu den einzelnen Punkten finden Sie jeweils mehrere Zielformulierungen. Diese Ziele beschreiben einen Soll-Zustand und sind, die Forschungsergebnisse zeigen, für den jeweiligen Problembereich häufig wichtig. Sie können prüfen, ob dieser Soll-Zustand schon erreicht ist und alle wichtigen Voraussetzungen zur Behebung der Verhaltensprobleme erfüllt sind.

Beispiel aus Punkt 3: „Die aktuelle Tagesstruktur entspricht den Bedürfnissen und Gewohnheiten des Bewohners“. Prüfen Sie, ob das tatsächlich so ist, ob also die aktuelle Tagesstruktur tatsächlich den Bedürfnissen und Gewohnheiten des Bewohners entspricht.

Ist das der Fall, ist also das jeweilige Ziel schon erreicht, machen Sie bitte ein Kreuz:

Die aktuelle Tagesstruktur entspricht den Bedürfnissen und Gewohnheiten des Bewohners.

Ist das Ziel aus Ihrer Sicht wichtig, aber noch nicht erreicht, umkreisen Sie den Punkt:

Die aktuelle Tagesstruktur entspricht den Bedürfnissen und Gewohnheiten des Bewohners.

Es kann Ziele geben, die im Einzelfall relevant sind, die Sie aber vorerst nicht berücksichtigen wollen oder die auf die Situation nicht zutreffen. Dies sind die verbleibenden Kästchen, die weder angekreuzt noch umkreist sind.

Sie sollten eine sinnvolle, praktikable Auswahl der Ziele für die Maßnahmenplanung treffen. Fragen Sie sich: **Was ist für die nächsten Wochen und Monate besonders wichtig zur Verbesserung der Situation des Bewohners?** Die Abklärungshilfe gibt Ihnen Hinweise darauf, an welchen Stellen Sie die Unterstützung des Bewohners verbessern könnten. Sie müssen aber selbst entscheiden, was vordringlich und realistisch ist.

3. Schritt: Konkrete Maßnahmenplanung

Im Nächsten Schritt werden Maßnahmen festgelegt. Hierbei hilft Ihnen das Formular „Maßnahmenplanung“, das ähnlich ausgebaut ist wie herkömmliche Formulare aus der Pflegedokumentation. Jetzt müssen Sie sich allerdings entscheiden: Sollen die Maßnahmen in die reguläre Maßnahmenplanung integriert werden oder soll eine gesonderte Planung erfolgen?

Unterstellen wir zunächst einmal, dass eine **gesonderte Planung mit dem Formular aus dem vorliegenden Konzept** erfolgen soll. Dann tun Sie bitte Folgendes:

Übertragen Sie die Ziele aus der Arbeitshilfe, die Sie durch die Umkreisung als relevant gekennzeichnet haben, in die Maßnahmenplanung. Dabei müssen Sie ein wenig sortieren und die Ziele einem von vier Bereichen zuordnen, je nachdem, ob es sich um

- bewohnerbezogene oder
- umgebungsbezogene oder
- mitarbeiterbezogene oder
- auf andere Personen (Ärzte, Angehörige etc.) bezogene

Ziele/Maßnahmen handelt.

Beispiel:

„Nächtliche Störungen durch Pflegemaßnahmen werden soweit wie möglich vermieden“.

Ist dies ein angestrebtes, aber noch nicht erreichtes Ziel, so müssen in erster Linie die Bezugspflegerinnen und die Mitarbeiter des Nachtdienstes aktiv werden, um Möglichkeiten zu überprüfen, nächtliche Störungen zu reduzieren. Die Maßnahmen, die eingeleitet werden, sind also „mitarbeiterbezogen“. Diese Maßnahmen tragen Sie in die entsprechende Spalte im Formular ein. Ergänzen Sie den Termin, ab dem die Maßnahme beginnen soll. Bitte dokumentieren Sie auch, wann Sie überprüfen wollen, ob das Ziel erreicht wurde (Feld „Überprüfung am:“).

In der mit „✓“ gekennzeichneten Spalte kann die Maßnahme als „erledigt“ gekennzeichnet werden.

Statt der gesonderten Planung mit diesem Formular können Sie die **reguläre Maßnahmenplanung Ihrer Einrichtung nutzen und dort alles integrieren**. Ob dies der bessere Weg ist, hängt davon ab, wie das Dokumentationssystem der Einrichtung aufgebaut ist. Es kann sein, dass die Integration schwierig ist, weil

- die Maßnahmen zur Unterstützung von Bewohnern mit Verhaltensproblemen meist nicht täglich und kontinuierlich durchgeführt werden (z.B. Umgebungsgestaltung, Mitarbeitergespräche), die reguläre Maßnahmenplanung aber eher auf die tägliche Pflege ausgerichtet ist
- die Maßnahmen zur Unterstützung von Bewohnern mit Verhaltensproblemen häufig nicht direkte Unterstützungsmaßnahmen, sondern indirekte Leistungen sind.

Der Vorteil einer gesonderten Planung besteht darin, dass der aktuelle Stand mit einem Blick erkennbar ist (ein Planungsblatt mit allen wichtigen Angaben)

4. und 5. Schritt: Durchführung und Überprüfung (Evaluation)

Für die weiteren Schritte werden keine gesonderten Instrumente benötigt. Hinzuweisen ist lediglich darauf, dass die Wirkung der Maßnahmen nach spätestens drei Monaten überprüft werden sollte, indem erneut die Verhaltensweisen des Bewohners eingeschätzt und Veränderungen der Einflussfaktoren beurteilt werden. Auf dieser Grundlage erfolgt dann ggf. eine Anpassung der Maßnahmen. Die Überprüfung kann natürlich auch in kürzeren Abständen erfolgen, wenn es fachlich sinnvoll erscheint.

Es wird empfohlen, das Ergebnis der Überprüfung in Stichworten zu beschreiben, um später besser nachvollziehen zu können, warum etwas verändert worden ist.

III. Formulare und Arbeitshilfen

Im Folgenden finden Sie jeweils ein Muster der Instrumente, die oben beschrieben wurden:

- den Einschätzungsbogen
- die Arbeitshilfe für die Auswahl von Maßnahmen
- das Schema für die Maßnahmenplanung.

Es kann sinnvoll sein, die Instrumente neu in einem anderen Format zu erstellen. Hierbei sollten die Inhalte aber nicht verändert werden.

Unterstützung von Bewohnern mit Verhaltensproblemen: 1. Assessment

Name des Bewohners:

Wohnbereich:

Datum der Einschätzung: Handzeichen:

A. Wie häufig treten die folgenden Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen auf?	0 = nie 1 = maximal 1x wöchentlich 2 = mehrmals wöchentlich 3 = täglich
1. Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten (scheinbar zielloses Umhergehen, die Einrichtung verlassen wollen, unzugängliche Orte aufsuchen, ständiges Aufstehen und Hinsetzen, Hin- und Herrutschen)	<input type="checkbox"/> ₀ <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃
2. Nächtliche Unruhe (nächtliches Umherirren, nächtliche Unruhephasen, Umkehr Tag-/Nachtrhythmus)	<input type="checkbox"/> ₀ <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃
3. Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten (Selbstverletzung durch Gegenstände, absichtliches Hinfallen lassen, Essen und Trinken ungenießbarer Substanzen, sich selbst schlagen, kratzen oder beißen)	<input type="checkbox"/> ₀ <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃
4. Beschädigung von Gegenständen (Gegenstände wegstoßen/wegschieben, Zerstören von Dingen)	<input type="checkbox"/> ₀ <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃
5. Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen (nach Personen schlagen/treten/wegstoßen, andere Beißen oder kratzen)	<input type="checkbox"/> ₀ <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃
6. Verbale Aggression (Beschimpfungen, Bedrohungen oder Beleidigung anderer Personen)	<input type="checkbox"/> ₀ <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃
7. Andere vokale Auffälligkeiten (lautes Rufen/Schreien/Klagen ohne nachvollziehbaren Grund)	<input type="checkbox"/> ₀ <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃
8. Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen (Verweigerung der Nahrungs- oder Medikamentenaufnahme oder anderer Hilfen)	<input type="checkbox"/> ₀ <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃
9. Wahnvorstellungen, Sinnestäuschungen	<input type="checkbox"/> ₀ <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃
10. Ängste (außergewöhnlich starke Ängste, z.B. bei Pflegemaßnahmen; Panikattacken)	<input type="checkbox"/> ₀ <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃
11. Antriebslosigkeit, depressive Stimmungslage	<input type="checkbox"/> ₀ <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃
12. Sozial inadäquate Verhaltensweisen (Distanzloses Verhalten, Einfordern von Aufmerksamkeit, unangemessene körperliche/verbale sexuelle Annäherungsversuche)	<input type="checkbox"/> ₀ <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃
13. Sonstige inadäquate Handlungen (ständiges Wiederholen der gleichen Handlung, Verstecken oder Horten von Gegenständen, Kotschmierern, Urinieren in der Wohnung)	<input type="checkbox"/> ₀ <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃
Wenn eine der Verhaltensweisen regelmäßig mehrmals wöchentlich oder täglich auftritt:	
Gefährdet der Bewohner mit seinem Verhalten sich selbst oder andere Personen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Führt das Verhalten zu körperlicher oder psychischer Belastung des Bewohners?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Führt das Verhalten zu sozialer Isolation des Bewohners?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ist das Verhalten zwanghaft (der Bewohner kann nicht leicht abgelenkt werden)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Führt das Verhalten zu anderen Nachteilen für den Bewohner?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bitte angeben:.....	

Sind alle Fragen mit „nein“ beantwortet, besteht vermutlich kein Bedarf an besonderer Unterstützung (keine Selbst-/Fremdgefährdung, keine Belastung für den Bewohner, kein anderes Problem). In diesem Fall kommt es eher darauf an, Akzeptanz und Verständnis für das Verhalten in der sozialen Umgebung zu fördern. –

Wurde eine der Fragen mit „ja“ beantwortet, liegt hingegen mit hoher Wahrscheinlichkeit ein Unterstützungsbedarf vor. Füllen Sie dann bitte auch den folgenden Abschnitt B aus.

B. Erfassung möglicher Einflussfaktoren

Bitte erläutern Sie stichpunktartig die mit „Ja“ beantworteten Fragen:

1. Gab es in den letzten Tagen oder Wochen besondere, belastende Vorkommnisse im Alltag des Bewohners oder in seiner sozialen Umgebung? (was?):	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2. Kam es in den letzten Tagen oder Wochen zu gesundheitlichen Veränderungen oder zu Veränderungen der ärztlich verordneten Medikation? (welche?):	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
3. Ist ein bestimmtes Verhaltensmuster erkennbar? (Anlässe, Tageszeit etc.):	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
4. Leidet der Bewohner unter akuten oder chronischen Schmerzen? (welche?):	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
5. Bestehen regelmäßig Beeinträchtigungen der Nachtruhe? (wodurch?):	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
6. Werden regelmäßig körpernahe Pflegemaßnahmen durchgeführt? (was? wann?):	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
7. Ist die zeitliche, örtliche oder situative Orientierung beeinträchtigt? (Art der Orientierungsschwierigkeiten):	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
8. Hat der Bewohner Schwierigkeiten, gesprochene Mitteilungen zu verstehen oder sich verbal verständlich zu machen? (welche Schwierigkeiten?):	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
9. Hat der Bewohner wenig soziale Kontakte? (welche? wie häufig Kontakte?):	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
10. Fehlt eine Tagesstruktur, die den Bedürfnissen und Gewohnheiten des Bewohners entspricht? Gibt es längere Phasen der Untätigkeit während des Tages?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Zusammenfassung: In folgenden Punkten („ja“) ist Unterstützung erforderlich (bitte Ziffern eintragen):

Unterstützung von Bewohnern mit Verhaltensproblemen:

2. Abklärungshilfe

Name des Bewohners:

Wohnbereich:

Datum der Einschätzung: Handzeichen:

1. Gab es besondere belastende Vorkommnisse in den letzten Tagen und Wochen? Relevant

- Es ist bekannt, was für den Bewohner hilfreich ist, um belastende Situationen zu bewältigen.
- Unterstützungsbereitschaft und -möglichkeiten der Angehörigen und ggf. weiterer Personen sind geklärt.
- Der Kontakt zwischen Angehörigen/Bezugspersonen und dem Bewohner wurde intensiviert.
- Der Bewohner erhält regelmäßig Ansprache mit der Möglichkeit, seine Gefühle auszudrücken.
- Der Bewohner ist regelmäßig in geeignete Gruppen einbezogen.
- Im Trauerfall: Es ist Seelsorge verfügbar, sofern dies dem Bedürfnis des Bewohners entspricht.
- Abschiedsrituale finden unter Einbeziehung des Bewohners statt.
- Sonstiges:

2. Gab es gesundheitliche Veränderungen oder Veränderungen der Medikation? Relevant

- Alle gesundheitlichen Veränderungen werden in der Pflegeplanung berücksichtigt.
- Der behandelnde Arzt ist über die gesundheitlichen Veränderungen informiert.
- Mögliche Wechsel-/Nebenwirkungen der Medikamente wurden von Arzt oder Apotheke geprüft.
- Der Bewohner trinkt ausreichend.
- Sonstiges:

3. Ist ein bestimmtes Verhaltensmuster erkennbar? Relevant

- Es ist bekannt, ob ein Zusammenhang zwischen Verhalten und früherem Lebensalltag besteht.
- Die aktuelle Tagesstruktur entspricht den Bedürfnissen und Gewohnheiten des Bewohners.
- In Phasen der Unruhe erhält der Bewohner Ansprache;
- Der Bewohner ist regelmäßig in Gruppen-/Einzelaktivitäten eingebunden.
- Sonstiges:

4. Leidet der Bewohner unter akuten oder chronischen Schmerzen? Relevant

- Für den Bewohner liegt eine aktuelle Schmerzeinschätzung vor.
- Der Arzt ist über die aktuelle Schmerzsymptomatik informiert.
- Die gegenwärtige Schmerzmedikation wurde aufgrund der aktuellen Schmerzsymptomatik verordnet.
- Mögliche Wechsel-/Nebenwirkungen der derzeitigen Medikamente wurden durch Arzt/Apotheke geprüft.
- Sonstiges:

5. Bestehen regelmäßig Beeinträchtigungen der Nachtruhe? Relevant

- Die Tagesstruktur (Zeit des Aufstehens und Zubettgehens) entspricht den Bedürfnissen/Gewohnheiten.
- Ein etwaiger Bedarf an Unterstützung beim Einschlafen ist in der Pflegeplanung berücksichtigt.
- Das Schlafverhalten und etwaige Störfaktoren in der Nacht sind ausreichend dokumentiert.
- Der Bewohner ist tagsüber bedürfnisgerecht beschäftigt und in Aktivitäten einbezogen.
- Ein möglicher Einfluss von Schmerzen oder Arzneimitteln auf das Verhalten wurde abgeklärt.
- Störungen in der Umgebung sind identifiziert und soweit wie möglich abgestellt.
- Nächtliche Störungen durch Pflegemaßnahmen werden soweit wie möglich vermieden.
- Sonstiges:

6. Werden regelmäßig körpernahe Pflegemaßnahmen durchgeführt? Relevant

- Intensive, körpernahe Pflegehandlungen sind auf das notwendige Maß reduziert.
- Körpernahe Pflegehandlungen werden verbal erläutert und durch verbale Kommunikation begleitet.
- Bei der Pflege wird auf ein besonders schonendes Vorgehen geachtet. Schmerzen, Schamgefühle, Angst und andere Belastungen werden soweit wie möglich vermieden.
- Eigenaktivität bzw. Mitwirkung des Bewohners bei Pflegemaßnahmen wird zugelassen und gefördert.
- Die Reihenfolge der Maßnahmen/Handlungen und die benutzten Utensilien entsprechen den Gewohnheiten des Bewohners.
- Sonstiges:

7. Beeinträchtigung der zeitlichen, örtlichen und situativen Orientierung Relevant

- Der Bewohner nimmt regelmäßig an biographieorientierten/gedächtnisfördernden Einzel- oder Gruppenaktivitäten teil.
- Der Bew. nimmt regelmäßig an psychomotorischer Aktivierung / individueller Bewegungsförderung teil.
- 10-Minuten-Aktivierung mit vertrauten Alltagsgegenständen wird regelmäßig durchgeführt.
- Der Bewohner erhält Unterstützung, sein gewohntes Erscheinungsbild beizubehalten.
- Die Wohnumgebung des Bew. ist mit Hilfen zur räumlichen und zeitlichen Orientierung ausgestattet.
- Im Bewohnerzimmer und ggf. in anderen Räumen befinden sich persönliche Gegenstände.
- Die Mitarbeiter fördern die Orientierung des Bewohners, indem sie das aktuelle Geschehen erläutern.
- Es ist bekannt, ob der Bewohner in seiner Sehfähigkeit eingeschränkt und die Sehhilfe angepasst ist.
- Sonstiges:

8. Hat der Bewohner Probleme, zu verstehen oder sich verständlich zu machen? Relevant

- Es ist bekannt, ob der Bewohner schlecht hört. Das Hörgerät ist angepasst und funktionstüchtig.
- Die Mitarbeiter passen ihre Kommunikationsform an die Fähigkeiten des Bewohners an.
- Die Mitarbeiter setzen ggf. nichtsprachliche Kommunikationsformen ein.
- Im Pflorgeteam ist bekannt, wie der Bewohner auf seine Bedürfnisse aufmerksam macht.
- Sonstiges:

9. Hat der Bewohner wenig soziale Kontakte?

Relevant

- Der Bewohner nimmt regelmäßig an gemeinsamen Mahlzeiten teil.
- Der Bewohner nimmt regelmäßig an innerhäuslichen oder außerhäuslichen Gruppenaktivitäten teil.
- Der Bewohner erhält mehrmals wöchentlich Besuch von Angehörigen oder anderen Personen.
- Der Bew. erhält Hilfe bei der Pflege des Kontakts zu Personen der näheren und ferneren Umgebung.
- Sonstiges:

10. Individuelle Tagesstruktur und Beschäftigung

Relevant

- Die gewohnte Tagesstruktur des Bewohners und bevorzugte Beschäftigungen sind bekannt.
- Die aktuelle Tagesstruktur entspricht den Bedürfnissen und Gewohnheiten des Bewohners.
- Der Bewohner nimmt regelmäßig an Aktivitäten teil, die sein Wohlbefinden fördern.
- Der Bewohner nimmt regelmäßig an innerhäuslichen oder außerhäuslichen Aktivitäten teil.
- Sonstiges:

Anmerkungen:

**Unterstützung von Bewohnern mit Verhaltensproblemen:
3. Maßnahmenplanung**

Name des Bewohners: Wohnbereich:

Datum: Handzeichen:

	Ziel	Maßnahmen	ab wann:	✓	Überprüfung am:
Bewohnerbezogen (Pflegeplanung):					
Umgebungsbezogen:					
Mitarbeiterbezogen:					
Bezogen auf andere Personen (Ärzte, Angehörige etc.)					

Anhang A: Hinweise zu den Verhaltensmerkmalen

Erfasst wird mit Teil A des Einschätzungsinstruments die Häufigkeit, mit der ein Verhalten oder Problem *derzeit* auftritt. Es geht um *die für den Bewohner charakteristischen Handlungen*, nicht um Ausnahmesituationen. Es werden folgende Merkmalsausprägungen erfasst:

0 = nie

1 = maximal 1x wöchentlich

2 = mehrmals wöchentlich (mindestens zweimal wöchentlich, aber nicht täglich)

3 = täglich.

Bei der Einschätzung geht es lediglich darum, die Auftretenshäufigkeit des Verhaltens anzugeben, *nicht um eine Bewertung*. Wenn ein bestimmtes Verhalten auftritt, heißt dies nicht unbedingt, dass der Bewohner einen negativen Einfluss auf seine soziale Umgebung ausübt.

Im Instrument werden zum Teil Begriffe gewählt, die in der fachlichen Diskussion unterschiedlich bewertet werden. Manchmal wird empfohlen, Ausdrücke wie „physisch aggressives Verhalten“ oder „inadäquate Verhaltensweisen“ zu vermeiden. Verstehen Sie bitte die Begriffe im Instrument als rein beschreibende Begriffe, die bei der Einschätzung helfen sollen, inwieweit ein Bewohner die Kompetenz zur Steuerung des eigenen Verhaltens verloren hat. Eine andere Funktion haben sie nicht.

Die einzelnen Verhaltensweisen/Problemlagen sind folgendermaßen definiert:

1. **Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten:** Diese Kategorie fasst verschiedene Verhaltensweisen zusammen. Dazu gehören vor allem das (scheinbar) ziellose *Umhergehen* in der Einrichtung und der Versuch desorientierter Personen, ohne Begleitung die *Einrichtung zu verlassen* oder Orte aufzusuchen, die für diese Person unzugänglich sein sollten (z.B. Treppenhaus, Zimmer anderer Bewohner etc.). Ebenso zu berücksichtigen ist allgemeine Rastlosigkeit in Form von *ständigem Aufstehen und Hinsetzen oder Hin- und Herrutschen* auf dem Sitzplatz oder im und aus dem Bett. Für die Einschätzung ist es ohne Bedeutung, dass sich die betreffende Person ggf. nur mit Hilfsmitteln fortbewegen kann. Das Fahren mit einem Rollstuhl ist insofern mit dem Gehen gleichzusetzen.
2. **Nächtliche Unruhe:** Nächtliches Umherirren oder nächtliche Unruhephasen bis hin zur Umkehr des Tag-/Nachtrhythmus (Wach sein in der Nacht, Schlafen während des Tages). Schlafstörungen wie Einschlafschwierigkeiten am Abend oder Wachphasen während der Nacht sind *nicht* zu werten.
3. **Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten:** Selbstverletzung durch Gegenstände, sich absichtlich auf den Boden fallen lassen, Essen oder Trinken ungenießbarer Substanzen, sich selbst schlagen und sich selbst mit den Fingernägeln oder Zähnen verletzen.

4. **Beschädigung von Gegenständen:** Aggressive, auf Gegenstände gerichtete Handlungen: Gegenstände wegstoßen oder wegschieben, gegen Gegenstände schlagen, das Zerstören von Dingen (z.B. Zerreißen) sowie das Treten nach Gegenständen.
5. **Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen:** Nach Personen schlagen oder treten, andere mit Zähnen oder Fingernägeln verletzen, andere stoßen oder wegdrängen, Verletzungsversuche gegenüber anderen Personen mit Gegenständen.
6. **Verbale Aggression:** Verbale Beschimpfung oder Bedrohung anderer Personen.
7. **Andere vokale Auffälligkeiten:** Lautes Rufen, Schreien, Klagen ohne nachvollziehbaren Grund, vor sich hin schimpfen/fluchen, seltsame Laute von sich geben, ständiges Wiederholen von Sätzen/Fragen.
8. **Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen:** Abwehr von Unterstützung (z.B. bei der Körperpflege), Verweigerung der Nahrungsaufnahme, Medikamenteneinnahme oder anderer notwendiger Verrichtungen, Manipulation an Vorrichtungen wie z.B. Katheter, Infusion, Sondenernährung etc.
9. **Wahnvorstellungen, Sinnestäuschungen:** Visuelle, akustische oder andere Halluzinationen; Vorstellung, mit Verstorbenen oder imaginären Personen (z.B. Gestalten aus biblischen Geschichten) in Kontakt zu stehen; Vorstellung, verfolgt/bestohlen zu werden usw.
10. **Ängste:** Äußerung von starken Ängsten oder Sorgen, Erleben von Angstattacken, erhöhte Ängstlichkeit bei der Durchführung von Pflegemaßnahmen oder im Kontakt mit anderen Personen.
11. **Antriebslosigkeit, depressive Stimmungslage:** Person scheint kaum Interesse an der Umgebung aufzubringen, bringt kaum Eigeninitiative für Aktivitäten oder Kommunikation auf und benötigt Aufforderungen, um etwas zu tun, wirkt traurig und/oder apathisch, möchte am liebsten das Bett nicht verlassen.
12. **Sozial inadäquate Verhaltensweisen:** Distanzloses Verhalten, andere Personen ansprechen, auffälliges Einfordern von Aufmerksamkeit, sich zu unpassenden Gelegenheiten auskleiden, unangemessenes Greifen nach Personen, unangemessene körperliche oder verbale sexuelle Annäherungsversuche.
13. **Sonstige inadäquate Handlungen:** Nesteln an der Kleidung, ständiges Wiederholen der gleichen **Handlung** (Stereotypien), planlose Aktivitäten, Verstecken oder Horten von Gegenständen, Kotschmierern, Urinieren in die Wohnung.

Anhang B: Erläuterungen zum Konzept und Erprobungsergebnisse

Das vorliegende Konzept wurde im Rahmen des nordrhein-westfälischen Pflegeforschungsverbands „Patientenorientierte Pflegekonzepte zur Bewältigung chronischer Krankheiten“ erarbeitet. Die Konzeptentwicklung umfasste zwei Projektphasen. Im Mittelpunkt der ersten Phase stand eine empirische Studie über Dimensionen und Ausprägungen der Verhaltensweisen von Heimbewohnern und relevante Einflussfaktoren. Das Interesse richtete sich in erster Linie auf Verhaltensauffälligkeiten mit Gefährdungspotential.

Mit dieser Untersuchung konnten mehrere Faktoren identifiziert werden, denen ein Einfluss auf Ausprägung und Entwicklung solcher Verhaltensweisen zugeschrieben werden kann. Es handelt sich dabei teilweise um Merkmale der sozialen oder materiellen Umgebung, teilweise um personale Merkmale. Dazu gehören beispielsweise Einbußen der Kommunikationsfähigkeit, Störungen des Tag-Nacht-Rhythmus, ein hoher Bedarf an körpernahen Pflegemaßnahmen und beeinträchtigtes Wohlbefinden (Wingenfeld/Seidl 2008).

Die mit der ersten Projektphase gewonnenen Erkenntnisse dienten als Basis für die Entwicklung eines präventiv orientierten Interventionskonzepts. Das Konzept befasst sich dementsprechend nicht mit Handlungsmöglichkeiten zur Behebung akuter Gefahren- oder sonstiger Problemsituationen. Es setzt vielmehr im Vorfeld solcher Situationen an und zielt darauf ab, Faktoren, die herausforderndes Verhalten fördern, zu eliminieren oder ihren Einfluss zu reduzieren und eine ressourcenerhaltende Umgebung zu schaffen. Grundlage der Konzeptentwicklung waren neben eigenen Studien auch andere Forschungsergebnisse (z. B. Kovach/Wells 2002) sowie Erfahrungen aus Modellprojekten. Das Konzept war so ausgestaltet, dass es sich möglichst harmonisch in vertraute Handlungsroutinen der pflegerischen Versorgung einfügt – trotz suboptimaler Rahmenbedingungen, die in vielen Einrichtungen vorzufinden sind.

Mit dem Interventionskonzept soll eine zielgerichtete Anpassung der Versorgung und der Umgebungsbedingungen des Bewohners erfolgen, die sich positiv auf das Verhalten des Bewohners auswirkt. Es beruht auf dem Grundgedanken, dass ein Gleichgewicht zwischen Anforderungen und Belastungen auf der einen und den Ressourcen des Bewohners auf der anderen Seite dazu beiträgt, dass keine Handlungsimpulse entstehen, die zu einem ziellosen Umhergehen oder anderen Verhaltensweisen führen.

Das Konzept richtet sich an die Bezugspflegerinnen, die Verantwortung für die Steuerung der individuellen Pflege tragen.

Am Beginn des Prozesses stehen die Erfassung von Verhaltensweisen und die Einschätzung möglicher verhaltenswirksamer Faktoren. Von einem Automatismus der Zuordnung von Verhaltensauffälligkeit und Interventionsbedarf wurde allerdings abgesehen. Ein Bedarf an

Unterstützung wird vielmehr nur dann angenommen, wenn ein Verhalten mehrmals wöchentlich auftritt *und* wenn es für den Bewohner oder seine Umgebung ein Problem darstellt. Besteht weder für den Bewohner noch für die Personen in seiner Umgebung eine Gefährdung, ist das Verhalten offensichtlich nicht mit einer Belastung für den Bewohner verknüpft und besteht auch kein anderes Problem (z. B. verhaltensbedingter Rückzug anderer Personen aus dem sozialen Kontakt), so wird nicht davon ausgegangen, dass ein Anlass besteht, auf das Verhalten einzuwirken. Erst wenn negative Konsequenzen für den Bewohner oder seine Umgebung sichtbar werden, ist der Einschätzungsprozess fortzusetzen und nach möglichen Einflussfaktoren zu suchen.

Hierbei werden insgesamt zehn Bereiche unterschieden (s.o.). Fragen der Tagesstrukturierung gehören ebenso dazu wie Beeinträchtigungen im Bereich der verbalen Kommunikation. Die hier getroffenen Einschätzungen haben für den weiteren Verlauf eine Filterfunktion. Die Anwender befassen sich bei den nachfolgenden Arbeitsschritten zunächst nur noch mit jenen Bereichen, in denen sie potenzielle Einflussfaktoren ausgemacht haben.

Es handelt sich um ein *komplexes Interventionskonzept*, das Handlungsschritte definiert und Arbeitshilfen für individuelle Planungsprozesse zur Verfügung stellt. Das Unterstützungspaket für den einzelnen Bewohner muss allerdings vom Anwender – der jeweiligen Bezugspflegekraft – selbst definiert werden. Es ist nicht möglich, aus Informationen über Verhaltensweisen und über potenziell verhaltenswirksame Faktoren ein bedarfs- und bedürfnisgerechtes Maßnahmenpaket formalistisch abzuleiten.

Konzepterprobung

Das Konzept wurde in vollstationären Pflegeeinrichtungen praktisch erprobt. Für die Evaluation ausschlaggebend waren dabei vor allem zwei Fragestellungen:

1. Lassen sich im Zeitverlauf Wirkungen auf das Verhalten und die Lebens- bzw. Versorgungssituation der Bewohner feststellen?
2. Ist das Konzept praktikabel und aus der Sicht der Anwendern nutzbringend?

Zur Klärung dieser Fragen wurde eine nicht-randomisierte kontrollierte Studie in insgesamt sechs Pflegeeinrichtungen durchgeführt, dort jeweils in zwei Wohnbereichen, in denen ausschließlich oder überwiegend Bewohner mit kognitiven Einbußen leben. Die Entscheidung der Frage, welcher der beiden Wohnbereiche als Kontroll- und welcher als Interventionsgruppe fungieren sollte, erfolgte überwiegend, aber nicht durchgängig in Form einer Zufallsauswahl.

Zur Vorbereitung der Erprobung fanden Schulungsmaßnahmen in den Einrichtungen statt, die sowohl das Interventionskonzept als auch weitergehende Datenerfassungen zu Evaluationszwecken berücksichtigten. Über einen Zeitraum von insgesamt sechs Monaten erfolg-

ten Datenerhebungen zu jeweils drei Zeitpunkten. Ergänzend wurden zum Abschluss der Erprobung Interviews mit ausgewählten Mitarbeitern der Wohnbereiche geführt, in denen die Umsetzung des Interventionskonzeptes stattfand. Diese Interviews dienten vor allem der Klärung der Frage nach Praktikabilität und Nutzen im Versorgungsalltag. Insgesamt nahmen dreizehn Personen mit unterschiedlichen beruflichen Funktionen an den Interviews teil.

Wirkungen und Implementationserfahrungen

Für die Einbeziehung der Bewohner in die Datenauswertung zur Analyse von Effekten des Interventionskonzeptes galten folgende Einschlusskriterien:

- Alter des Bewohners 60 Jahre oder älter,
- Vollstationäre Versorgung (Ausschluss von Kurzzeitpflegegästen),
- Aufenthalt auf dem Wohnbereich seit mindestens einem Monat,
- mindestens Teilnahme bei der ersten und der letzten Erhebung (sechs Monate später).

Von den anfangs 242 Bewohnern konnten zum Abschluss nur noch 202 einbezogen werden. Die übrigen 40 verstarben oder schieden aus anderen Gründen aus der Untersuchung aus. Die 202 verbliebenen Bewohner verteilten sich exakt zur Hälfte auf die Interventions- und die Kontrollgruppe. Signifikante Unterschiede zwischen den beiden Bewohnergruppen konnten nicht festgestellt werden (Tab. 1).

Tab. 1 Merkmale der Studienpopulation		
	Interventionsgruppe (n=101)	Kontrollgruppe (n=101)
Mittlere Beobachtungsdauer in Tagen	162,1	159,6
Durchschnittsalter	82,5	82,6
Anteil Frauen (Prozent)	67,3	72,3
Barthel-Index (mittlerer Score)	31,6	37,1
Beeinträchtigungen der Kognition/Kommunikation (mittlerer Score)*	19,9	18,3

*Modul 2 des NBA (Spannweite 0–33), vgl. Wingenfeld et al. 2008.

Anhand eines Punktwertes, der die *Auftretenshäufigkeit* von Verhaltensproblemen abbildet, wurden die Veränderungen von Verhaltensproblemen in der Interventionsgruppe überprüft und mit denen in der Kontrollgruppe verglichen. In der Interventionsgruppe kam es zu einer deutlichen Reduzierung der durchschnittlichen Auftretenshäufigkeit. Der Score reduzierte sich von 11,4 auf 7,7 Punkte, also um insgesamt 31,6%. In der Kontrollgruppe war ebenfalls eine Minderung der Verhaltensintensität festzustellen, allerdings in einem wesentlich geringeren Maße ($p < 0.05$). Der Score fiel hier von 10,3 auf 9,3 Punkte, also lediglich um 9,7%.

Am deutlichsten waren die Effekte bei motorisch geprägten Verhaltensauffälligkeiten, nächtlicher Unruhe, sozial inadäquaten Verhaltensweisen und einigen bei Demenz häufig auftretenden Verhaltensweisen, beispielsweise stereotypen Handlungswiederholungen. Auch die Häufigkeit, mit der eine depressive Stimmungslage in der Interventionsgruppe beobachtet werden konnte, verringerte sich im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant stärker.

Die Rückmeldungen zur Frage von Praktikabilität und Nutzen des Verfahrens im Versorgungsalltag waren in allen sechs Einrichtungen recht positiv. In den Interviews zum Abschluss der Erprobungsphase wurden die Instrumente und Arbeitshilfen als gut nachvollziehbar und vergleichsweise leicht in den Arbeitsalltag integrierbar bewertet.

Das Konzept gab in einigen Einrichtungen Anstoß dazu, nicht nur Planungsprozesse, sondern auch gewohnte Prozessabläufe und Strukturen der Zusammenarbeit zu überprüfen und ggf. weiterzuentwickeln. In einigen der beteiligten Einrichtungen wurde beispielsweise das Spektrum der im Alltag geleisteten kommunikationsintensiven Unterstützungsmaßnahmen erweitert. Als besonders positiv bewerteten die Befragten den Umstand, dass das Konzept eine intensivere Auseinandersetzung mit dem Bewohner und seinen Bedürfnissen sowie die Fokussierung von Aspekten verlangt, die im Versorgungsalltag häufig nicht in den Blick genommen werden. Nach wie vor fällt es vielen Einrichtungen schwer, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen der Bewohner analog zu körperlichen Beeinträchtigungen systematisch in die individuelle Einschätzung und Maßnahmenplanung einzubeziehen. Gerade diese Handlungsebene wird vom Interventionskonzept aufgegriffen.

Das wichtigste Umsetzungsproblem bestand den Interviews zufolge darin, die *Kontinuität* der neuen Maßnahmenplanung sicherzustellen. Das Konzept ist für diejenigen Fachkräfte vorgesehen, die Steuerungsverantwortung für den individuellen Pflegeprozess tragen. Da die Umsetzung zum Teil die Mitwirkung anderer Akteure (z.B. Angehörige und niedergelassene Ärzte) voraussetzt, waren sie in besonderer Weise gefordert, Prozesse zu kontrollieren und entsprechende Motivationsarbeit zu leisten. In Zeiten längerer Abwesenheit kam es daher mehrfach zu Abweichungen von den Vorgaben der Maßnahmenplanung. Diese Erfahrung unterstreicht, dass die Umsetzung eine klare und verbindliche Zuordnung von Prozessverantwortung voraussetzt. Sie lässt zugleich vermuten, dass sich die Effekte, die während der Erprobung beobachtet wurden, noch weiter optimieren lassen.

Diskussion

Das vorgestellte Interventionskonzept, das einen präventiven Ansatz zur Unterstützung von Bewohnern mit Verhaltensauffälligkeiten repräsentiert, erwies sich im Rahmen der sechsmonatigen praktischen Erprobung in sechs Pflegeeinrichtungen als praktikabel, nutzbringend und offenkundig auch als wirksam.

Das Konzept unterscheidet sich von allgemeinen Maßnahmen zur Gewährleistung eines bedürfnisgerechten Milieus durch die Identifizierung *individueller* Problem- und Bedarfslagen und eine darauf aufbauende *individuelle* Maßnahmenplanung. Den bisher vorliegenden Forschungsergebnissen zufolge lassen sich mit solchen individualisierten Interventionsstrategien bessere Ergebnisse erzielen (Beck et al. 2002). Damit einher geht der Verzicht auf eine Begrenzung der Maßnahmenplanung auf eine oder einige wenige singuläre Interventionen. „Multimodale“ Interventionsstrategien dieser Art werden seit einigen Jahren vermehrt erforscht und diskutiert, wobei bislang eher therapeutische Zielsetzungen im Vordergrund standen (Allen 2002, Burgener et al. 2008). Das erprobte Konzept greift insofern einen relativ neuen Ansatz auf.

Abschließend sei darauf hingewiesen, dass das im vorliegenden Papier vorgestellte Interventionskonzept eine leicht modifizierte Fassung des ursprünglichen Konzepts darstellt. Es wurde aufgrund der Erprobungserfahrungen punktuell weiterentwickelt.

Literaturhinweise

- Allen B (2002) Multimodal behavior management for people with dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias* 17:89–91
- Beck CK, Vogelpohl TS, Rasin JH et al (2002) Effects of behavioral interventions on disruptive behavior and affect in demented nursing home residents. *Nursing Research* 51:219–228
- Burgener SC, Yang Y, Gilbert R et al (2008) The Effects of a Multimodal Intervention on Outcomes of Persons With Early-Stage Dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias* 23:382–394
- Kovach CR, Wells T (2002) Pacing of activity as a predictor of agitation for persons with dementia in acute care. *Journal of Gerontological Nursing* 28: 28–35
- Wingenfeld K, Büscher A, Gansweid B (2008) Das neue Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Projektbericht
- Wingenfeld K, Seidl N (2008) Verhaltensauffälligkeiten psychisch beeinträchtigter Heimbewohner als Herausforderung für die Pflege. In: Schaeffer D, Behrens J, Görres S (Hrsg) Optimierung und Evidenzbasierung pflegerischen Handelns. Ergebnisse und Herausforderungen der Pflegeforschung. Juventa, Weinheim, S 56-79