

## Einführung

Menschen mit Demenz entwickeln im Laufe ihrer Erkrankung mitunter Verhaltensweisen, die nicht immer mit dem erwarteten Verhalten ihrer Umwelt übereinstimmen. Diese „nicht konformen“ Verhaltensweisen lösen in ihrer Umgebung unterschiedliche Reaktionen aus.

Dieses ist abhängig von dem Kontext, in dem das Verhalten mit Demenz auftritt. Haben wir es mit der häuslichen Umgebung zu tun oder befinden sich die Personen in der Akut-, Tages-oder Langzeitpflege?

Die reale Umgebung stellt an Menschen mit Demenz Anforderungen, die nicht immer mit deren erlebter Realität übereinstimmen. Die hierin resultierenden Aktionen und Reaktionen von Menschen mit Demenz werden von der Umwelt oft als herausfordernd wahrgenommen.

Dieses herausfordernde Verhalten von Menschen mit Demenz stellt Pflegekräfte oft vor unlösbare Aufgaben.

Daher ist es unbedingt notwendig, die Gründe für das herausfordernde Verhalten von Menschen mit Demenz zu verstehen, um adäquat reagieren zu können.

## Begriffsklärung



Die Begleitung von Menschen mit Demenz stellt pflegende Personen oft vor große Herausforderungen. Das gilt insbesondere dann, wenn Aggressionen, ein erhöhter Bewegungsdrang, erhebliche Orientierungsprobleme, ein hohes Maß an Fremd- und Selbstgefährdung oder andere Verhaltensweisen auftreten. Verhaltensmuster von Personen

mit demenziellen Veränderungen werden mit einem natur-wissenschaftlich-medizinischen und einem daran angelehnten pflegerischen Fokus oft als „störend“ bezeichnet.

In der neueren gerontologischen Literatur wird der Begriff „Verhaltensauffälligkeiten“ aufgenommen. Dieser Begriff ist negativ geprägt. Verhaltensauffällig ist eine Person, die die von ihrer Umgebung geprägte Norm missachtet, sie fällt der sozialen Umwelt dadurch auf.

Die internationale Psychogeriatrische Gesellschaft definierte 1995 den wertfreien Begriff der Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) „Verhaltenssymptome und psychische Symptome bei Demenz“. Darunter werden Symptome gestörter Wahrnehmung, Gedanken, Stimmungen oder gestörten Verhaltens, die bei Personen mit demenziellen Veränderungen häufig vorkommen, subsumiert. Zur Gruppe dieser Verhaltenssymptome zählen nach Finkel: physische Aggression, Schreien, Agitiertheit (z. B. Umhergehen, Sammeln, Fluchen, Beschatten, sexuelle Hemmungslosigkeit).

Im englischen Sprachraum werden die Begriffe difficult, behavioural disturbance, disruptive behaviour, dysfunctional behaviour, disordered behaviour, inappropriate, problematic behaviour und non-cognitive symptoms verwendet, um Verhaltensweisen zu beschreiben, die im pflegerischen Umgang als problematisch gelten.

Die Begriffe implizieren einen intrinsischen Ursprung des Verhaltens, d. h. verursacht durch die demenziell veränderte Person selbst. Umgebungseinflüsse als Auslöser werden hierbei weniger in Betracht gezogen.

Der Begriff „herausforderndes Verhalten“ wird von Vertretern der sozialpsychologischen Schulen verwendet und ist der Sozialpädagogik entnommen. Diese Bezeichnung impliziert keine negative Bedeutung oder Zuschreibung, sondern die Ursache des Phänomens resultiert aus einem interpersonellen Kontext, der Veränderungen unterliegt.

Die Bezeichnung verdeutlicht, dass es an der Interpretation des Interaktionspartners der Person mit demenzieller Veränderung liegt, „ob ein Verhalten als herausfordernd empfunden wird und nicht primär an dem Erkrankten selbst“.

### Agitiertheit

Cohen-Mansfield verwendet den Begriff „Agitiertheit“ synonym für herausforderndes Verhalten. Agitiertheit wird demnach definiert als „unangemessene verbale, sprachliche oder motorische Aktivität, die nicht durch eindeutige Bedürfnisse oder Verwirrung an sich erklärt werden kann“. Die Deutung des Begriffs liegt bei Cohen-Mansfield mehr auf gezeigten aggressiven Verhaltensweisen. Die amerikanische Psychiaterin unterscheidet vier Kategorien:

- physisch aggressives Verhalten (z. B. Schlagen),
- physisch nicht-aggressives Verhalten (z. B. zielloses Herumwandern),
- verbal aggressives Verhalten (Schreien) sowie
- verbal nicht aggressives Verhalten (z. B. Verweigerung).

Agitiertheit wird als eine Form der Kommunikation bei Verlust über die Kontrolle der Situation gedeutet. Der Betroffene, der aggressives Verhalten zeigt, kann den Anschein erwecken, den Kontakt zur Realität, wie Pflegende sie wahrnehmen, verloren zu haben. Er kann emotionale Reaktionen zeigen, die anderen nicht als angemessene Verhaltensweisen in seiner gegenwärtigen Situation erscheinen. *Diese*

*Definition* geht von der betroffenen Person aus, die das Phänomen zeigt, und *blendet Wechselwirkungsprozesse zwischen Interaktionspartnern* aus.

### Apathie

Formen von passivem Verhalten, z.B. Apathie, sozialer Rückzug, depressives Verhalten, treten bei Personen mit demenziellen Veränderungen täglich auf und werden als resistent gegenüber Interventionen beschrieben. Interventionskonzepte, z.B. Realitätsorientierungstraining oder Basale Stimulation, konzentrieren sich vorrangig auf die Förderung kognitiver Ressourcen und die Verzögerung von Identität. Zurückhaltende und ruhige Patienten fordern die Aufmerksamkeit der Pflegenden weniger heraus und werden aus diesem Grund als weniger belastend erlebt.

### Erklärungsansätze

Verhalten ist für Menschen mit Demenz oft eine Form der Kommunikation. Diese Form der nonverbalen Kommunikation zeigt sich durch Agitation, Ruhelosigkeit, Aggression und Streitlust und ist häufig als Ausdruck von unbefriedigten Bedürfnissen wie Schmerz, Hunger, Durst oder Harndrang zu deuten. Wiederholte Vokalisation oder Änderungen im Ton, Druck oder Schnelligkeit der Sprache können ein Zeichen für unbefriedigte Bedürfnisse sein, auch wenn es sich dabei um eine bedeutungslose Vokalisation handelt.

Somit sollten Pflegende erwähnte Verhaltensweisen nicht lediglich als Symptome der Demenz bzw. als Folge des neurologischen Krankheitsprozesses sehen, sondern versuchen, die Bedeutung auf der Ebene der Interaktion zu betrachten und zu interpretieren.

Radzey geht davon aus, dass das Auftreten von herausforderndem Verhalten nur zum Teil auf Beeinträchtigungen der kognitiven Fähigkeiten und Lebensaktivitäten zurückzuführen ist und Antworten mehr aus der Dynamik des demenziellen Prozesses zu ziehen sind. Die Autorin vertritt den Standpunkt, dass das Auftreten des Phänomens auf ein Zusammenwirken von neurologisch bedingten, lebensweltlichen und pflegeumgebungsspezifischen Faktoren zurückzuführen ist.

Norberg stellt in ihrem Aufsatz „Perspectives of an Institution-Based Research Nurse“ die Frage, ob herausforderndes Verhalten als sinnloses Verhalten oder mehr als legitime Reaktionen auf eine störend empfundene Stress-Situation bewertet werden sollte. Das Phänomen sollte von daher immer auf verschiedenen Ebenen mehrdeutig interpretiert werden.

Theunissen geht davon aus, dass das Phänomen als eine „Überlebensstrategie“ der kognitiv beeinträchtigten Personen zu interpretieren ist.

Ausgehend von diesen Ansätzen kann „herausforderndes Verhalten“ unterschiedliche Ursachen haben:

- ein medizinisch identifizierbares Symptom einer demenziellen Erkrankung sein (z. B. Morbus Pick),

## HERAUSFORDERNDES VERHALTEN VERSTEHEN.

- ein verzweifelter Ausdruck von Selbstbestimmung sein, wenn ein alter Mensch den eigenen Willen oder Wünsche nicht anders realisieren kann,
- ein Kommunikationsmittel,
- eine Reaktion auf psychosoziale Deprivation, z. B. aufgrund eines Pflegedefizits,
- ein Appell, Hilferuf, Botschaft oder Signalverhalten an die Umwelt sein, um auf psychische oder physische Bedürfnisse aufmerksam zu machen,
- eine kreative Adaptation an eine Heim- bzw. Klinikumwelt sein, die von alten Menschen nur schwer zu ertragen ist und für sie unverständlicher wird, und es kann
- als Übergriff, Beleidigung, Beschmutzung oder Beschämung gegenüber Pflegenden auf der Beziehungsebene missverstanden werden

Diese Mitteilungsformen werden immer dann sichtbar, wenn das auffällige Verhalten durch Psychopharmaka Gabe nicht unterdrückt wird. Sedativa zur Ruhigstellung einzusetzen und alte chronisch verwirrte Menschen bei Selbstgefährdung zu fixieren widerspricht ethisch den Ansätzen einer person-zentrierten Pflege, einer validierenden Gesprächsführung und Biographiearbeit. Das Spektrum der Erscheinungsformen von herausforderndem Verhalten kann interindividuell verschieden sein; die Formen richten sich nach der Befindlichkeit und den Reaktionsweisen der Betroffenen.

### Bedingungsgefüge

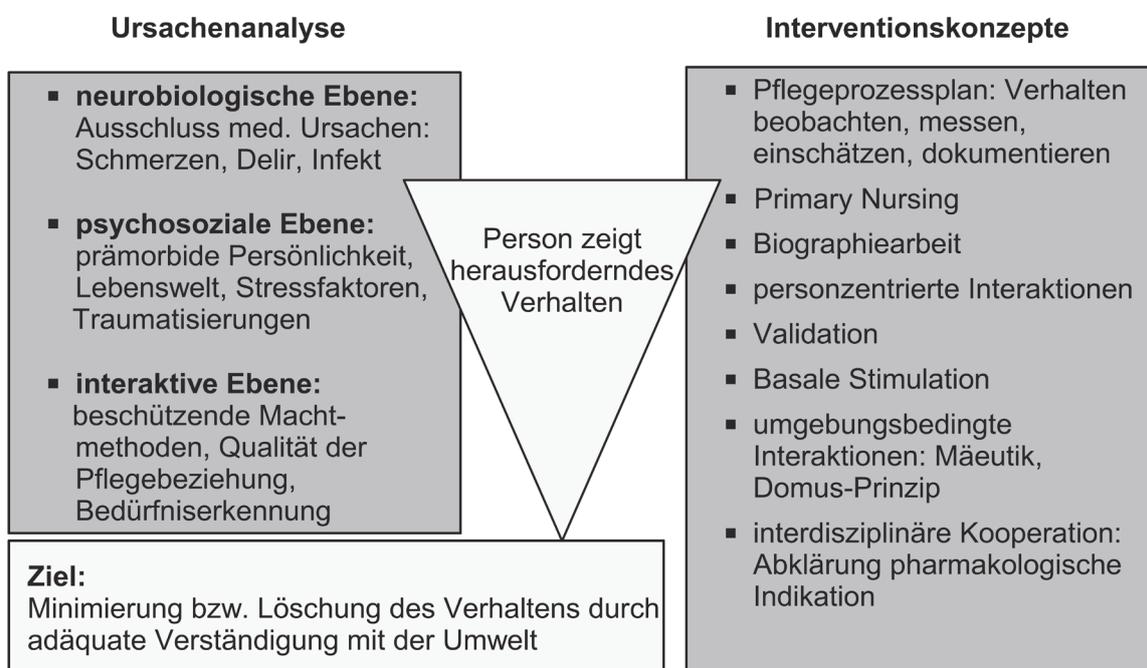


Abbildung 1 Bedingungsgefüge

Herausforderndes Verhalten wird hier verstanden als Reaktion der Person mit Demenz auf eine zunehmend unvertraut und unberechenbar erlebte Umwelt, in der es nicht

mehr gelingt, Kontakt zu anderen Menschen aufzunehmen und verstanden zu werden und in der sie sich machtlos fühlen. Auf diese Weise werden die umgebenden Menschen aufgefordert, Aspekte der Beziehungsgestaltung und des Milieus als wichtige veränderbare Einflussfaktoren für das Verhalten zu betrachten.

Zu den bedeutsamsten Ursachen von herausforderndem Verhalten bei demenziell veränderten Personen auf interaktiver Ebene zählen:

- Anwendung beschützender Machtmethoden (z.B. Fixierungen, Psychopharmakagabe zur Ruhigstellung, Detraktionen),
- Qualität der Pflegebeziehung,
- die Fähigkeit Pflegenden, psychische und physische Bedürfnisse der Betroffenen zu deuten.

Interaktionsprozesse können durch Pflegenden und deren Verhalten negativ beeinflusst werden, d. h. sie haben die Möglichkeit, das Person-Sein zu verweigern und können demenziell veränderte Personen davon ausschließen; als eine Reaktion darauf können Betroffene herausfordernd reagieren.

### Beschützende Machtmethoden

Die beruflich pflegerische Beziehung, besonders zu Patienten mit kognitiver Behinderung, beruht auf einem Ungleichgewicht. Weil das problembehaftete Verhalten der Betroffenen in der Regel nicht Gegenstand einer fallbezogenen und allgemeinen Reflexions- und Dialogkultur in den Einrichtungen ist, besteht die Gefahr, dass einseitige Interessen, z. B. die der Pflegenden selbst, den Patienten schnellstmöglich zu beruhigen, durchgesetzt werden.



Das Ziel der beschützenden Anwendung von Macht ist einzig, die demenziell erkrankte Person zu schützen, weder sie zu bestrafen noch zu beschuldigen oder zu verurteilen. Die beschützende Machtanwendung geht davon aus, dass Patienten, die agitiertes Verhalten zeigen, selbst- oder fremdverletzend handeln können. Zu der Unwissenheit über machtbeschützende Handlungen, die Pflegenden ausführen, gehören ein Mangel an Bewusstheit über die Konsequenzen der pflegerischen Maßnahme und die Unwissenheit darüber, wie sie die psychischen und physischen Bedürfnisse der agitiert

reagierenden alten Menschen zufrieden stellen können, ohne dass diese sich oder andere dabei verletzen.

Schlechtausgebildete Pflegende wenden im Umgang mit den Betroffenen häufiger beschützende Machtmethoden an, weil sie weniger in der Lage sind, auf herausfordernde Verhaltensweisen der Betroffenen mit demenzspezifischen Interaktionen zu reagieren.

### Fixierung

Die Fixierung (bewegungseinschränkende Maßnahme) gehört zu den umstrittensten physikalischen, restriktiven Interventionen im Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Personen mit demenziellen Veränderungen. Es handelt sich dabei um die Anwendung von Fixiergurten für Rumpf und Extremitäten, die einen willkürlichen Positionswechsel verhindern, z. B. Aufstehen und Gehen, und die nicht selbständig vom Betroffenen entfernt werden können. Werden andere Bewegungseinschränkungen, z. B. Bettbegrenzungen, mit berücksichtigt, so sind über 80 % der Patienten mit demenziellen Veränderungen in Pflegeinstitutionen betroffen.

Kong stellt kritisch heraus, dass agitiertes Verhalten bei Patienten mit demenziellen Veränderungen verstärkter auftritt, wenn Pflegende zu Fixierungen greifen.

### Psychopharmaka

Pflegende, die Psychopharmaka Gaben befürworten, gehen in der Regel von einer rein nach biomedizinischen Parametern ausgerichteten Pflege aus. Eine vom Arzt rezeptierte Psychopharmaka Gabe bringt oftmals nicht den erwünschten Effekt der Ruhigstellung eines agitierten demenziell veränderten Menschen.

Das Verordnen der Medikamente, in der Regel Neuroleptika stellt zwar eine ärztliche Aufgabe dar, so kommt den ständig präsenten Pflegenden eine Schlüsselrolle im Erkennen von psychopharmakabedingten Nebenwirkungen (Rigidität, Harnretention, Obstipation, Delirium) zu, die zur psychomotorischen Unruhe und Sturzgefährdung führen können. Von Burnout gezeichnete Pflegende und Pflegende ohne (geronto)psychiatrische Pflegekenntnisse befürworten eher eine Medikation zur Ruhigstellung mit Neuroleptika. Durch die Gabe der Mittel wird die pathologische Regression gefördert. Der Antrieb wird u. a. durch die Medikamentengabe gehemmt. Zahlreiche Psychopharmaka verstärken durch ihre anticholinerge Komponente die bereits bestehenden Gedächtnisstörungen. Sie können zu akuten Verwirrtheitszuständen und ausgeprägten Störungen des vegetativen Systems führen, die wegen mangelnder Mitteilungsfähigkeit der Betroffenen leicht übersehen werden.

### Personale Detraktionen

Bestimmte Verhaltensmuster der Pflegenden können aggressive Reaktionen bei Patienten provozieren. In der amerikanischen Literatur spricht man von „battered nurse syndrome“. Die Pflegenden zeichnen sich durch ein despektierlich-kommandierendes Verhalten aus, sind intolerant und wenden „personale Detraktionen“ an. Bei den Detraktionen handelt es sich um subtile Formen des Verächtlichmachens und Herabsetzens alter Menschen, die in alltägliche Interaktionen eingebettet sind und negative Gefühle wie z. B. Feindseligkeit, Gereiztheit, Abneigung oder Verachtung

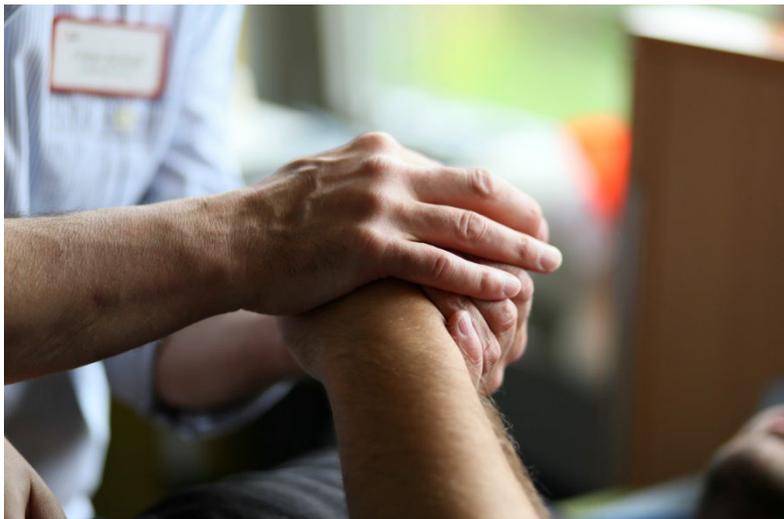
offenbaren können. Mit der Ausübung von Detraktionen werden Pflegemaßnahmen durchgesetzt.

Mit der Ausübung von Detraktionen werden Pflegemaßnahmen durchgesetzt. Besonders für die Kooperation mit chronisch verwirrten Patienten werden Detraktionen von Pflegenden auf hochdestruktive Weise eingesetzt. Verschiedene Handlungen und Wahrnehmungen können das Verhalten der Interaktionspartner wechselseitig beeinflussen. Nicht nur der alte Mensch reagiert auf Handlungen mit einem bestimmten Verhalten, sondern die Pflegenden selbst.

Wenn eine Person mit demenzieller Veränderung ständig auf subtile Weise Detraktionen erhält, beginnt sie an der Aufrichtigkeit der Pflegenden zu zweifeln und wird misstrauisch, sie reagiert mit Gefühlen von Unsicherheit, Angst, Apathie, Aggressionen und kann sich herausfordernd gegenüber Pflegenden verhalten.

Da die Betroffenen über ein ausgeprägtes Gespür für Stimmungen und Gefühle mit ihren nonverbalen Kommunikationsanteilen sowie für Doppelbotschaften verfügen, können sich personale Detraktionen mehr oder weniger subtil auf den demenziellen Prozess auswirken. Personale Detraktionen sind nach Kitwood in der Regel nicht Ausdruck böser Absichten, sondern sie geschehen vielmehr aus Hilflosigkeit, Überforderung, geringem Wissen über demenzielle Erkrankungen sowie mangelnder Reflexion der eigenen Grenzen. Kitwood stellt heraus, dass personale Detraktionen als wohlgemeinte, aber fehlgeleitete Versuche anzusehen sind, um die interaktive Leere im Interaktionsprozess zu füllen.

## Qualität der Pflegebeziehung



Die Pflegenden, die auf geringe psychosoziale und fachliche Kompetenzen zum Umgang mit demenziell veränderten Menschen zurückgreifen können, werden sich in einer herausfordernden Situation eher hilflos ausgeliefert fühlen. Sie verspüren gegenüber dem Patienten Gefühle von Frustration, Ärger und Abwehr. Diese

Emotionen können bei Folgekontakten zu einer weniger empathischen und fürsorglichen Haltung der Pflegenden führen und kann dementsprechend herausforderndes Verhalten der Patienten verstärken.

Aus einer Haltung der Pflegenden, die das person-sein von Menschen mit Demenz nicht anerkennt und durch Detraktionen geprägt ist, kann abgeleitet werden, dass die demenzielle Veränderung sich auf das Verhalten von Pflegenden auswirken kann. Die eigene Machtlosigkeit ist nur schwer auszuhalten.

Der hohe Anspruch an Perfektionismus im pflegerischen Alltag durch den Menschen mit Demenz in hohem Maße Einschränkungen erfahren, führt dazu, dass diese ihre Erlebniswelt noch weniger in Übereinstimmung mit der Realität bringen können. Dieses sowie besonders fehlendes pflegerisches Wissen über einen person-zentrierten Umgang lösen bei Pflegenden Angst und Abwehr aus, die wiederum Reaktionen nach sich ziehen und sich negativ auf die Pflegebeziehung auswirken können.

### Bedürfniserkennung

Die bedeutsamsten psychischen Bedürfnisse von Patienten mit demenziellen Veränderungen sind nach Kitwood Liebe, Bindung, Trost, Identität, Beschäftigung und Einbeziehung in die soziale Gemeinschaft. Patienten, die ihre kognitiven Fähigkeiten im Verlauf des demenziellen Prozesses vollständig verlieren, sind wenig bis gar nicht mehr in der Lage, diese Bedürfnisse autonom zu befriedigen. Zum Beispiel ist es dem Patienten im fortgeschrittenen Stadium nicht möglich, psychische Bedürfnisse aufzuschieben.

Im Umgang mit herausfordernden Patienten kann in der direkten Pflege nicht immer nach einem Plan gearbeitet werden, weil der Eigenwille des alten Menschen und seine nicht einfach zu deutenden psychischen und physischen Bedürfnisse den Umgang mit ihm zum Widerstand werden lassen und die ganze Aufmerksamkeit einfordern, um zu einem befriedigenden Pflegeergebnis zu kommen. Im fortgeschrittenen demenziellen Prozess kann die verbale Sprachfähigkeit verloren gehen. Die Betroffenen teilen ihre Bedürfnisse dann vorwiegend durch Mimik, Gestik, Lautäußerungen, Weinen, Lachen oder stereotype Bewegungen den Pflegenden mit.

Wird ein Bedürfnis lange nicht als solches von Pflegenden erkannt bzw. gedeutet, fordert der Betroffene mehr Aufmerksamkeit ein: häufiges Klingeln, repetitives Rufen, Weglauftendenzen etc. Auffällig ist, dass Pflegende erst immer dann intervenieren, wenn das herausfordernde Verhalten bereits aufgetreten ist.

Es wird deutlich, dass das momentane Verhalten und Wohlbefinden der demenziell veränderten Person sowie das Verhalten der betreuenden Pflegenden in einer Wechselbeziehung stehen. Diese wechselseitige Beziehung wird grafisch dargestellt und nachfolgend erläutert.

## Bedürfniskonflikt

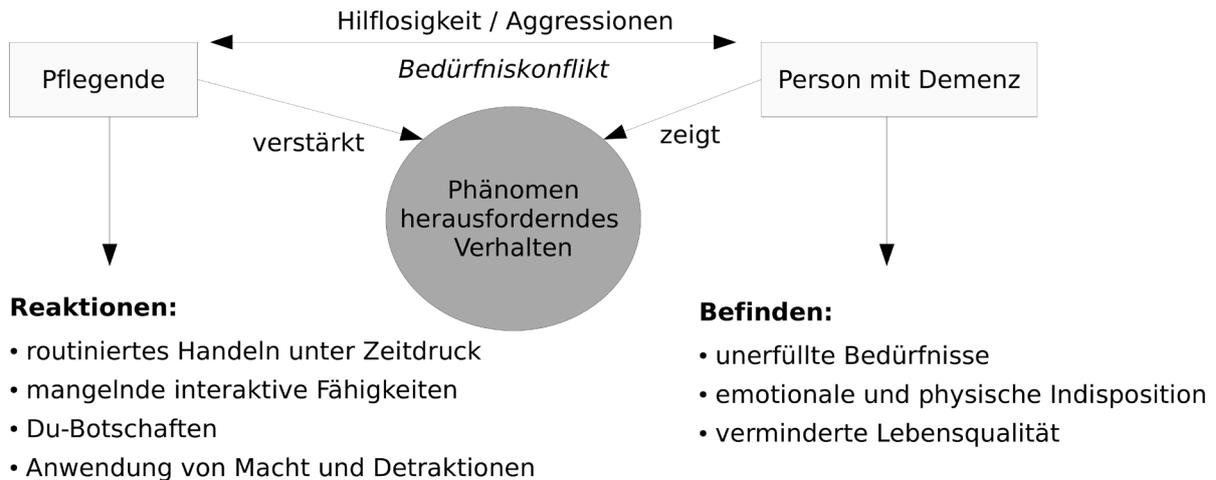


Abbildung 2 Herausforderndes Verhalten als Bedürfniskonflikt. Die Situation des demenziell veränderten Patienten und die der Pflegenden bedingen sich gegenseitig.

## Die Situation des demenziell veränderten Patienten

Eine Person mit demenzieller Veränderung ist ein empfindsamer Mensch. Zu dem Verlust der Kognition kommt das Trauma, von vielem Vertrauten getrennt zu sein (z. B. der Familie), dass sie persönlichen Besitz verloren hat, die Angst, auf unbestimmte Zeit an einem ihr fremden Ort leben zu müssen.

Der körperliche Alterungsprozess bringt erneut die Gefahr mit sich, hilflos ausgeliefert zu sein. Damit entsteht die Gefahr der Trauma-Reaktivierung, ausgelöst durch „flashbacks“, z. B. während der Körperpflege. Aus diesem Grund ist vieles, was sie mitteilt, von Empfindungen begleitet: Liebe, Stolz, Hass, Angst, Ärger, Enttäuschung, Trauer. Die Person im fortgeschrittenen demenziellen Prozess, vor allem mit zusätzlicher motorischer und sensorischer Beeinträchtigung, hat ein begrenztes Verhaltensrepertoire in der Ausdrucks- und Interaktionsfähigkeit.

Aus diesem Grund können psychische und physische Bedürfnisse, z. B. Zuwendung, Beschäftigung, Abneigungen und Empfindungen, Ausscheiden wollen etc., nur schwer anderen mitgeteilt werden. Da im Alter ohnehin wieder die eigene Bedürftigkeit eine größere Rolle spielt, drängen regressive Prozesse (Schuld- und Schamgefühle) stärker ins Bewusstsein.

## Die Situation der Pflegenden

Die Pflegende hat das Bedürfnis, eine optimale Pflege zu leisten, und dass ihre Arbeit vom Pflegebedürftigen anerkannt wird. Sie reagiert im Kontakt mit dem Betroffenen

oftmals unter Zeitdruck, unbewusst mit routiniertem Handeln, aufgrund unzureichender interaktiver Fähigkeiten sowie mit Du-Botschaften, fühlt sich evtl. selber emotional oder physisch unwohl, wendet beschützende Machtmethoden an, um ihre eigenen Bedürfnisse, z. B. das Ergebnis einer Pflegemaßnahme, innerhalb eines bestimmten Zeitfensters zu erreichen.

Sie kann unter diesen Voraussetzungen nonverbale Signale als Bedürfnis Ausdruck des Betroffenen nicht feinfühlig beobachten und wahrnehmen. Ein kognitiv beeinträchtigter Patient nimmt diese Körpersignale verstärkter wahr und reagiert wesentlich empfindsamer auf Unstimmigkeiten zwischen Gesagtem und den begleitenden Signalen: ein erhobener Zeigefinger, verschränkte Arme, in die Hüfte gestemmte Fäuste oder hinter dem Rücken versteckte Hände können aggressives Verhalten beim kognitiv beeinträchtigten Patienten auslösen, während eine offene Handfläche und zustimmendes Nicken während des Zuhörens möglicherweise die Situation bereinigt.

Es kommt zu einem Bedürfniskonflikt mit ähnlichen Reaktionen auf beiden Seiten der beteiligten Interaktionspartner. Kann die Pflegende sich nicht in die Situation eines demenziell veränderten Patienten empathisch einfühlen, spürt dieser aufgrund sensibler „Antennen“, dass er nicht verstanden worden ist und reagiert im weiteren Interaktionsverlauf mit inadäquaten Verhaltensweisen, genau wie die Pflegende selbst.

Für die Pflegebeziehung ist diese Bedürfniskonflikt-Situation der „eigentliche Augenblick der Wahrheit“. Es geht also darum, psychische und physische Bedürfnisse beider Interaktionspartner wertschätzend zu würdigen.

### **Herausfordernde Situationen für Menschen mit Migrationserfahrung**

Menschen mit Migrationshintergrund machen als Betroffene und als Angehörige eine doppelte Fremdheitserfahrung: Da ist einerseits der Wechsel in eine andere Kultur und da ist andererseits der Einschnitt, der aus der Demenz entsteht. Ein moderner westlicher Lebens- und Arbeitsstil kollidiert mit tradierten Wertvorstellungen der Menschen mit Migrationserfahrung. Diese familiäre und kulturelle Entfremdung steigert sich durch die Demenz.

Konflikte, Ohnmachtserfahrungen im Alltag der Betroffenen und der Angehörigen, Frustrationserfahrungen in den Beziehungen zwischen Menschen mit Migrationshintergrund und autochthonen DienstleisterInnen spielen eine bedeutende Rolle.

Schon aufgrund der Demenz tritt eine Entfremdung von den alltäglichen praktischen Lebens- und Verstehensweisen ein. Mit dem Verlust der über viele Jahre gelernten Landessprache wird nun auch die verbale Verständigungsmöglichkeit stark beeinträchtigt.

Nonverbale Ausdrucksweisen wie die Körpersprache oder die Stimmlage sind ganz wesentlich kulturell geprägt. So sorgen unterschiedliche kulturelle/ethnische Hintergründe für Missverständnisse auch in der nonverbalen Kommunikation.

Es zeigt sich also, dass der oben beschriebene Bedürfniskonflikt im Zusammenhang einer Pflege von Menschen mit Demenz und Migrationserfahrung sich noch in erheblichem Maße steigern kann auf Grund des Zusammenpralls von Kulturen. Tatsächlich kann hier auch nicht von nur zwei Kulturen die Rede sein. Der Mensch mit Demenz und Migrationserfahrung sieht sich in der stationären Einrichtung mit vielen unbekanntem Kulturen konfrontiert, repräsentiert durch verschiedene Generationen mit verschiedenen ethnischen Hintergründen, die in einer stationären Einrichtung aufeinandertreffen.

### Quellen:

Bredthauer, D. (2006): Können Fixierungen bei dementen Altenheimbewohner vermieden werden? In: *Betreuungsmanagement*, Nr. 4. Heidelberg, S. 184–190

Cohen-Mansfield, J. (1999): Measurement of inappropriate behavior associated with dementia, *Journal of Gerontological Nursing*, Jg. 25, Nr. 2, S. 42–51

Finkel, S. (1998): Module 1: An introduction to BPSD, In: Finkel, S.: *Behavioral and Psychological Symptoms of dementia*. Gardiner Caldwell Communications Ltd.

Halek, M., Bartholomeyczik, S. (2006): *Verstehen und Handeln. Forschungsergebnisse zur Pflege von Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten*. Hannover: Schlütersche

Heijkoop, J. (1998): *Herausforderndes Verhalten von Menschen mit geistiger Behinderung. Neue Wege der Begleitung und Förderung*. Weinheim und Basel: Beltz

Höwler, E. (2007a): *Interaktionen zwischen Pflegenden und Personen mit Demenz. Ein pflegedidaktisches Konzept für Ausbildung und Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer

Höwler, E. (2007b): *Gerontopsychiatrische Pflege. Lehr- und Arbeitsbuch für die Altenpflege*. Hannover: Schlütersche

Juchli, L. (1994): *Pflege. Praxis und Theorie der Gesundheits- und Krankenpflege*. Stuttgart: Thieme

Kitwood, T. (2000): *Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen*. Bern: Huber

Koczy, P., Bredthauer, D., Klein, A. (2006): *Reduktion von körpernaher Fixierung bei demenzerkrankten Heimbewohnern. Projektdurchführung Robert Bosch Gesellschaft für medizinische Forschung mbH (RBMF) & Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung an der Evangelischen Fachhochschule Freiburg, Förderung durch BMFSFJ, Kapitel 1702, Titel 68432*

Kong, E.H. (2005): Agitation in dementia: concept clarification. *Journal of Advanced Nursing*, Jg. 5, Nr. 52, S. 523–536

Lawlor, B. (1998): *Pharmacological Management*, In: Finkel, S.: *Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: Educational pack Module 6*. Gardiner Caldwell Communications

Linke, M. (2010): *Herausforderndes Verhalten von Demenzerkrankten als Ausdruck von Bedürfnissen und Wünschen*, Wien: Diplomarbeit

Menche, N., Bazlen, U., Kommerell, T. (2001): *Pflege HEUTE. Lehrbuch und Atlas für Pflegeberufe*. München: Urban & Fischer

Norberg, A. (1996): Perspectives of an Institution-Based Research Nurse. *Psychogeriatr*, Jg. 8, Nr. 3, S. 459–463

Pantel, J., Bockheimer-Lucius, G., Ebsen, I. (2005): Abschlussbericht Psychopharmaka im Altenpflegeheim. Eine interdisziplinäre Untersuchung unter Berücksichtigung gerontopsychiatrischer, ethischer und juristischer Aspekte. Frankfurt/M.: BHF-Bank- Stiftung

Radzey, B. (2004): Minimental-Status-Test und Cohen-Mansfield Agitation Inventory. In: Bartholomeyczik, S., Halek, M.: *Assessmentinstrumente in der Pflege. Möglichkeiten und Grenzen*. Hannover: Schlütersche, S. 104–107

Roper, N., Logan, W., Tierney, A.J. (1993): *Die Elemente der Krankenpflege. Ein Pflegemodell, das auf einem Lebensmodell beruht*. Basel: Recom

Roth, G. (2006): *Dilemma der Altenpflege: Beiträge zur Analyse eines prekären sozialen Feldes*. Nov. 2006, Studienmaterial, Mülheim/Ruhr

Scharfetter, C. (1992): Aggression und Aggressivität im therapeutischen Umgang. *TWNeurologie Psychiatrie*, Nr. 6, S. 58–67

Steeman, E., Nevelsteen, D. (2004): *Verhaltensauffälligkeiten und erlebnisorientierte Therapie bei dementen älteren Menschen*. In: Milisen, de Maesschalck, Abraham: *Die Pflege alter Menschen in speziellen Lebenssituationen*. Berlin: Springer, S. 171–191

Schwerdt, R. (2002): *Interpersonalität in der Pflege. Konzeptionelle, empirische und philosophische Grundlagen*. In: Schnell, M.W.: *Pflege und Philosophie. Interdisziplinäre Studien über den bedürftigen Menschen*. Bern: Huber, S. 109–135

Schwerdt, R., Tschainer, S. (2002): *Spezifische Anforderungen an die Pflege demenziell erkrankter Menschen*. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen: *Hochaltrigkeit und Demenz als Herausforderung an die Gesundheits- und Pflegeversorgung. Expertisen zum Vierten Altenbericht der Bundesregierung*. Hannover: Vincentz, S. 181–287

Schwerdt, R. (2005): *Lernen von Menschen mit Demenz bei Alzheimer-Krankheit*. *Zeitschrift für Medizinische Ethik*, Jg. 1, Nr. 51, S. 59–76

Teising, M. (1996): *Beziehungsorientierte Pflege dementer Patienten – emotionale Belastung und Hilfen*. *Psychiatrische Pflege*, Jg. 3, Nr. 2, S. 160–164

Theunissen, G. (2000): *Pädagogik bei geistiger Behinderung und Verhaltensauffälligkeit*. Bad Heilbrunn/Obb.: Klinkhardt

Theunissen, G. (2001): *Verhaltensauffälligkeiten – Ausdruck von Selbstbestimmung? Wegweisende Impulse für die heilpädagogische, therapeutische und alltägliche Arbeit mit geistig behinderten Menschen*. Bad Heilbrunn/Obb.: Klinkhardt

Wingenfeld, K. (2004): *Pflegerische Versorgung psychisch kranker Menschen mit Verhaltensauffälligkeiten: Zum Stellenwert psychiatrischer Pflege in der Heimversorgung*. In: Krause, P., Schulz, M., Bauer, R.: *Interventionen psychiatrischer Pflege*. Unterostendorf: Ibicura, S. 44–51