

# Verstehen statt Etikettieren:

## Ein professioneller Zugang zur Situation von Pflegebedürftigen mit Demenz in kommunikativ schwierigen Situationen

Christoph Bräutigam, Inge Bergmann-Tyacke, Annette-Rustemeier-Holtwick, Kerstin Schönlau, Margot Sieger

■ **Es gelingt in der Pflege bisher aufgrund kommunikativer Probleme kaum, einen verstehenden Zugang zu Pflegebedürftigen mit Demenz zu finden, zumal Pflegenden sich vorwiegend an der medizinischen und sozialen Etikettierung »Demenz« orientieren, die den Blick auf die einzelne Person erschwert. Der Beitrag stellt ein pflegerisches Rahmenkonzept für die professionelle Wahrnehmung dieser Pflegebedürftigen vor. Es geht von der Annahme aus, dass ein subjektiver Sinn hinter den häufig zunächst unverständlichen Lebensäußerungen steht, den es professionell zu deuten gilt. Diese Deutung bedarf eines zweifachen Perspektivenwechsels durch Selbstreflexion der Pflegenden sowie durch einen empathischen Prozess, in dessen Verlauf die Situation des Pflegebedürftigen so gut wie möglich verstehend ergründet wird. Der auf Basis dieser Konzeption entwickelte Leitfaden als Denkhilfe für die Pflegenden wird vorgestellt und erläutert.**

■ Nurses encounter difficulties in reaching an understanding approach to clients with dementia. Communication problems aside, the emphasis on the medical and social label of »dementia« impedes focus on the individual. This article presents a theoretical framework for the professional approach to these individuals based on the assumption that the frequently incomprehensible utterance has subjective meaningfulness which needs professional interpretation. This demands a twofold change of perspectives through self-reflection of the nurse and through an empathic process in which the individual's situation is explored with the aim of comprehension. On the basis of the framework, a guideline has been developed as a structure for this thought process and is presented and explained.

### Problemlage

Menschen mit Demenz zeichnen sich aus pflegerischer Sicht insbesondere dadurch aus, dass sie sich »verbal und/oder a verbal miß- oder gar unverständlich äußern, während sie darauf angewiesen sind, von den Pflegenden verstanden zu werden« (Steffen-Bürgi 1991). Im Rahmen des Pflegeprozesses ist Verstehen ein entscheidendes Element der Ermittlung des Pflegebedarfs und Voraussetzung für bedarfsgerechte pflegerische Angebote auf individueller Ebene. Aus der Perspektive eines für die Pflege Gültigkeit beanspruchenden handlungstheoretisch verankerten Professionalisierungskonzepts (Höhmann 1999; Oevermann 1981; Weidner 1995) stellt das individuelle Fallverstehen neben dem wissenschaftlichen Regelwissen ein konstitutives Element professionellen Handelns dar. Es muss also der systematische Versuch unternommen werden, einen verstehenden Zugang zu erreichen, um individuell abgestimmte Maßnahmen einleiten zu können und um den Kriterien für Professionalität zu entsprechen.

Dieser systematische Zugang zum situativen Erleben des Pflegebedürftigen gelingt professionell Pflegenden bei der Arbeit mit Menschen mit Demenz bisher

kaum. Es kommen stattdessen Maßnahmen zum Einsatz, die aus generalisierten Wissensbeständen abgeleitet werden und damit automatisch auch deren Denklöge übernehmen, die Konsequenzen für das Handeln impliziert. Diese Wissensbestände speisen sich weit überwiegend aus medizinischen und psychologischen Erkenntnissen. Es existiert eine Fülle an Forschungsergebnissen zu hirnorganischen Abbauprozessen, Differenzialdiagnostik und Symptomatik demenzieller Erkrankungen (Hirsch 2002; Schröder 2001). Verschiedene Disziplinen und Teildisziplinen tragen zur Diskussion bei: Psychiatrie, Neurobiologie, Psychologie, Neurologie, Gerontologie usw. Auch liegen vielfältige und differenzierte Erinnerungstheorien vor (z.B. Markowitsch 2002; Schacter 1999), die auf physiologischen, psychologischen und anderen Grundlagen Erklärungsansätze für die Symptome und Syndrome anbieten. Die Wahrnehmung der von Demenz betroffenen Menschen wird so in der Pflege nach wie vor im Wesentlichen durch die medizinische und soziale Zuschreibung gelenkt (z.B. Lind 2003). Dabei werden Diagnosen wie »Demenz« oder »Alzheimer« zu einem Etikett, das den Zugang zum einzelnen Pflegebedürftigen in der Praxis allzu oft verstellt und eine differenzierte Wahr-

nehmung und Deutung individueller Lebensäußerungen stark behindert. Indem die mit der Erkrankung verbundene Veränderung des Verhaltens und Kommunizierens weitgehend als direkte Folge hirnorganischer Abbauprozesse wahrgenommen wird (vgl. Kitwood 2002: 67), wird jede Lebensäußerung zum Symptom der Krankheit: Alles, was der Pflegebedürftige sagt, tut oder auf andere Weise äußert, wird im Licht der medizinischen Diagnose als krankhaft interpretiert (Lind 2003: 12). Der Mensch wird so zum Träger von Symptomen reduziert, die »typisch« sind für bestimmte Stadien des Abbauprozesses (Taft et al. 1997: 14).

Kitwood (2002) kritisiert ausführlich dieses reduktionistische Erklärungsmodell, das eine Demenz lediglich als irreversiblen degenerativen hirnorganischen Prozess begreift und z.B. soziale Aspekte ausblendet. Die Beschränkung auf kausale medizinische Erklärungen führt dazu, die Betroffenen als gleich wahrzunehmen und folglich gleich zu behandeln. Hier liegt eine Wurzel der »Depersonalisierung« der Betroffenen durch andere Menschen einschließlich der Pflegenden, die allzu häufig das Verständnis und Handeln im Umgang mit den Pflegebedürftigen prägt: Menschen mit Demenz werden aus der »Welt der Personen« ausgeschlossen (Kitwood 2000: 34).

Darüber hinaus finden sich auch psychologisch orientierte Modelle, die den vorherrschenden Ansatz deutlich erweitern und insbesondere das »problematische« Verhalten Demenzkranker fokussieren. Im Gegensatz zu der medizinischen Überzeugung, solches Verhalten (z.B. Schreien, aggressives Verhalten, beständiges Weglaufen usw.) wäre direkter Ausdruck eines pathophysiologischen Zustands, geht man davon aus, dass neben somatischen auch emotionale Zustände ausgedrückt werden und beispielsweise Faktoren aus dem Umfeld des Betroffenen zum Auslöser werden können (Taft et al. 1997). Das »Need-Driven-Dementia-Comprised Behavior Model« (Kolanowski / Garr 1999) stellt das »problematische« Verhalten als Folge einer Kombination aus verschiedenen Hintergrundfaktoren (Störung von Gedächtnis und Sprachvermögen, soziodemographische Merkmale oder Persönlichkeit) und so genannten proximalen Faktoren dar, wie z.B. Schmerz, Hunger, Geräuschkulisse oder soziale Umgebung. Allerdings fokussieren diese Überlegungen lediglich »störendes« Verhalten, dessen Ursache erklärt werden soll, um Interventionsalternativen zu physischen und chemischen Zwangsmitteln identifizieren zu können. Ziel solcher Ansätze ist nicht das Verstehen des jeweils Subjektiven, sondern die Beeinflussung des Verhaltens.

Neben solchen eher theoretischen Überlegungen sind Anstrengungen zu verzeichnen, pflegepraktische Erfahrungen zu systematisieren und durch Arbeitshilfen in Form pragmatischer Handlungsempfehlungen die Qualität des Umgangs mit demenziell erkrankten Menschen zu verbessern (z.B. Supe et al. 2003: 15 f.). Vielfach werden auch Konzepte wie Validation, Milieugestaltung und biographisches Arbeiten insbesondere für den Umgang mit demenziell veränderten Pflegebedürftigen empfohlen. Diese Herangehensweisen können einen hohen Stellenwert im Rahmen einer professionellen Pflege haben, auch wenn ihre empirische Basis teilweise schmal ist (Müller 1994). Ihr Ziel ist es unter anderem, das Umfeld und die zwischenmenschliche Interaktion den kognitiven Veränderungen der Pflegebedürftigen anzupassen, um sie vor negativen Einflüssen zu bewahren und ihre Lebensqualität zu fördern (Damkowski et al. 1994; Moskwa 2001), wodurch sie eine wertvolle Bereicherung des pflegerischen Handlungsspektrums darstellen. Solche Kon-

zepte befreien allerdings nicht von der Notwendigkeit des individuell verstehenden Zugangs, sondern ihre gezielte Umsetzung im Rahmen des Pflegeprozesses setzt ihn voraus. Leider werden sie nicht selten in »Standardmethoden« übersetzt, statt sie gezielt und individuell begründet anzuwenden. Auch hat es den Anschein, als seien manche Konzepte gewissen Moden unterworfen. So werden sie zu einem Standardrepertoire, das auf Generalisierungen beruht und ungeachtet interindividueller Unterschiede im Erleben bei allen demenziell erkrankten Personen zur Anwendung kommt.

Der Nutzen dieser Wissensbestände und Handlungsempfehlungen für Pflegende bleibt im direkten Kontakt mit dem einzelnen Pflegebedürftigen gering. Es ist zu konstatieren, dass, obwohl sie Teil des fachlichen Wissens der Pflegenden geworden sind, damit die verbreitete Hilflosigkeit und Belastung in der konkreten Begegnung nicht behoben wird (Benjamin / Spector 1990; Damkowski et al. 1994: 107 f.). Im direkten Umgang mit dem Pflegebedürftigen bleibt die spezifische Problemlage bei der Versorgung demenziell erkrankter Pflegebedürftiger insbesondere von einem fundamentalen Verständigungsdefizit charakterisiert. (Sowinski 2004). Die Konsequenz ist entweder ein fortwährendes aber erfolgloses Eingehen auf den Pflegebedürftigen oder ein Ignorieren der Lebensäußerungen. Die Hilflosigkeit und Überforderung wird von Pflegenden im Gespräch regelmäßig ausgedrückt.

Ein wirkliches Eingehen auf die individuelle Befindlichkeit unterbleibt folglich regelmäßig. In der Konsequenz spielt die subjektive Perspektive dieser von professioneller Pflege in besonderem Maß abhängigen Menschen bei der Gestaltung des Pflegeprozesses kaum eine Rolle. Solange dies der Fall ist, muss konstatiert werden, dass die professionelle Pflege ihren Auftrag in diesem Punkt nicht ausreichend erfüllt. Ein entscheidender Grund für diesen Mangel liegt darin, dass eine eigenständige pflegerische Sichtweise auf die Problematik bisher fehlt.

Es bedarf daher einer grundlegenden Einordnung des dargelegten Phänomens in das pflegerische Wissensspektrum. Der Typologie des pflegerischen Wissens nach Kim (2000) folgend, ist die gesamte Thematik pflegetheoretisch im Bereich »Patient-Pflegende« zu verorten, der all das umfasst, was im Zusammenhang mit der

pflegerischen Beziehung und Interaktion steht, insbesondere die Beteiligten der Interaktion, den sozialen Kontext, die Art der Interaktion und die Auswirkungen auf den Pflegebedürftigen. Die Einbettung in die Beziehung zum Pflegebedürftigen, in der die Aushandlung der Perspektiven von zentraler Bedeutung ist (Robert Bosch Stiftung 1996: 10; Sieger / Kunstmann 1998) stellt das Spezifikum professionellen pflegerischen Handelns dar. Da die Beziehung als das Medium zu verstehen ist, über das der Pflegebedürftige von den Pflegenden Unterstützung erfährt, kann nur über eine gelingende Beziehung ein hilfreiches pflegerisches Handeln erreicht werden. So rücken die Perspektiven beider an der Interaktion Beteiligten ins Blickfeld.

Vor diesem Hintergrund erscheint es notwendig, einen theoretisch fundierten und methodisch gestützten pflegespezifischen Zugang zu entwickeln, der in der konkreten Begegnung hilfreich ist. Im Rahmen eines zweijährigen Entwicklungsprojekts wurde ein entsprechendes Rahmenkonzept erarbeitet und ein darauf basierender Leitfaden zur Wahrnehmung und Deutung der Situation des Pflegebedürftigen für die Praxis entwickelt und erprobt. Mit der theoretischen Konzeption liegt eine pflegerische Positionierung zum Umgang mit demenziell erkrankten Menschen vor, die die Grundlegung für eine professionelle Arbeit mit diesen Pflegebedürftigen formuliert. Diese Neubestimmung und Abkehr von Etikettierungen zugunsten eines systematischen, methodengelenkten Zugangs zur Perspektive des Pflegebedürftigen ermöglicht eine am individuellen Bedarf ausgerichtete professionelle Pflege.

## Die Rahmenkonzeption

Zwei grundlegende Annahmen bilden den Ausgangspunkt:

(1) Das subjektiv Erlebte ist für jeden Menschen real und seine von anderen Personen zu akzeptierende Wirklichkeit (Schütz 1960: § 3). Menschen verbinden mit ihren Lebensäußerungen einen Sinn, der nicht identisch ist mit dem von anderen Verstandenen und sich lediglich über wahrnehmbare Anzeichen wie Worte, Gesten und Verhalten vermittelt. Diese äußeren Anzeichen bilden das Material, auf das andere bei ihrer Deutung des Sinns angewiesen sind. Dabei führt ein noch so sorgfältiger Deutungsprozess immer nur zu

einer Annäherung an den der Lebensäußerung unterlegten Sinn. Diese phänomenologische Perspektive und hat umfassend Eingang in die pflegewissenschaftliche Literatur gefunden (z.B. Benner / Wrubel 1997; Käppeli 1993). Pflege fokussiert somit die jeweils einzigartigen subjektiven Erlebensprozesse des Pflegebedürftigen. Diese Überzeugung gilt uneingeschränkt auch für Menschen, die aus medizinischer Sicht demenzkrank sind. Das bedeutet: Es ist grundsätzlich Sinn auch hinter solchen Lebensäußerungen zu unterstellen, die zunächst befremdlich, störend, unverständlich oder sinnlos erscheinen. Dieses Erleben und dieser Sinn sind von gleichem Wert wie das Erleben und der Sinn anderer Personen!

(2) Ein noch so verwirrt erscheinender, unverständlich sprechender und sich auffällig verhaltender Mensch ist ebenso eine Person wie jeder andere Mensch auch. Dies fußt auf der mit Tom Kitwood (2002) geteilten Überzeugung, dass es keiner Vorleistung bedarf um eine Person zu sein, auch nicht des Nachweises der Fähigkeit zu abstraktem Denken und allgemein verständlicher verbaler Kommunikation. Statt das Personsein an solche Attribute zu knüpfen, ist davon auszugehen, dass dem Personsein in der Beziehungen zu anderen Menschen von diesen entsprochen werden muss (Kitwood 2002: 25–40). Die erforderliche Qualität der Beziehung bringt der Philosoph Martin Buber besonders deutlich zum Ausdruck: Er unterscheidet zwischen Ich-Es- und Ich-Du-Beziehungen. Ein wirkliches In-Beziehung-Treten, eine Begegnung, kann es nur in der zweiten Form geben. Man wird dem Status der Person nur in einer Ich-Du-Beziehung gerecht (Buber 1995). Es ist daher fundamental, den Pflegebedürftigen als »DU« anzusehen, als Person ernst zu nehmen. Die Etikettierung des Pflegebedürftigen als demenzkrank führt dagegen zu einer Beziehung der Ich-Es-Form.

Erst diese beiden Grundannahmen und die damit verbundene Abkehr von der Bewertung, zunächst unverständliche Lebensäußerungen wären eine unmittelbare Folge degenerativer hirnorganischer Prozesse, verpflichtet die Pflege zu dem Bemühen um einen verstehenden Zugang zur Perspektive des Pflegebedürftigen. Aus theoretischer Sicht bedarf es somit einer zweifachen Perspektivenübernahme: Es ist zunächst notwendig, sich der eigenen

Perspektive bewusst zu werden, um dann den systematischen Versuch unternemen zu können, einen verstehenden Zugang zur Perspektive des Pflegebedürftigen zu schaffen.

Die reflexive Zuwendung zum eigenen Erleben wird in der Pflege im Unterschied zu anderen Disziplinen eher selten thematisiert (siehe aber: Johns 2003; Schrems 2003: 86 ff.; van der Kooij 2001: 68), obwohl sie einen wichtigen Teil der pflegerischen Professionalität ausmacht. Erst durch diese bewusste Vergegenwärtigung der eigenen subjektiven Sicht gelingt das Erkennen der Differenz zwischen beiden Perspektiven. Selbstreflexion kontrolliert die Gefahr, die von Phänomenen wie dem »Halo-Effekt« (Georg / Frowein 1999), dem »fundamentalen Attributionsfehler« oder der interpersonalen Attraktion (Zimbardo / Gerrig 1999) ausgeht. Sie dient damit als ein notwendiger professioneller Filter, der den Pflegebedürftigen vor fehlgeleiteter Wahrnehmung, voreiligen, vorurteilsbelasteten Deutungen und daraus resultierenden Handlungen der Pflegenden schützt und verhindert, dass Eigenes unbewusst auf den Pflegebedürftigen projiziert wird (vgl. Darmann 2000: 212 f.; Koch-Straube 1997: 29).

Die Übernahme der Perspektive des Pflegebedürftigen erfolgt in Form pflegerischer Empathie, die als aktiver kognitiver Vorgang und wichtiger Anteil professioneller Pflegearbeit zu verstehen ist (Bischoff-Wanner 2002). Diese unterscheidet sich deutlich von der verbreiteten Vorstellung von Empathie als einem unspezifischen »Sich-Einfühlen«: »Im Prozess der Perspektivenübernahme wird, ausgelöst durch die körperlichen und verhaltensbezogenen Hinweisreize eines Patienten/Klienten, auf dem Weg der temporären empathischen Identifikation der innere Zustand des Patienten imaginativ konstruiert, sein Verhalten antizipiert und seine Gefühle, Bedürfnisse, Wahrnehmungen und Definitionen der Situation im persönlichen Kontakt einer Interaktion nicht-bewertend erfasst und verstanden. Die Aufmerksamkeit liegt dabei auf dem Erleben des Patienten/Klienten, wobei das Bewusstsein zweier getrennter Identitäten aber stets erhalten bleibt.« (Bischoff-Wanner 2002: 272 f.).

Die Hinwendung zur Perspektive des Pflegebedürftigen stellt sich daher als ein Empathie-Prozess dar, in dessen Verlauf Lebensäußerungen wahrgenommen und

die Bedeutungen für die sie stehen, kognitiv verstanden werden. Unklar bleibt bei Bischoff-Wanner allerdings, was das zu Verstehende sein soll. Hier verstehen wir die zu deutende Perspektive des Pflegebedürftigen als Situation im phänomenologischen Sinn: Die Situation der Person bildet ihre Perspektive ab. Die Bedeutungszuweisung durch den Menschen konstituiert die Situation. Daher ist die Situation nicht aus externer Perspektive »objektiv« erfassbar, sondern der Zugang zur Situation kann nur über das Verstehen der Bedeutung gelingen, die der Mensch der Situation zuweist. Der Referenzrahmen der Situation bietet sich an, da er einerseits die subjektive Bedeutung fokussiert und gleichzeitig die Berücksichtigung komplexer Zusammenhänge ermöglicht, also nicht zu stark simplifiziert (vgl. Arnold 1981). Da der Mensch grundsätzlich in Situationen verstrickt und kein menschliches Handeln außerhalb von Situationen denkbar ist, gleichzeitig der Situationsrahmen aber auch komplexe Sinnzusammenhänge beinhaltet, erscheint er als Grundeinheit für die phänomenologische Betrachtung sehr geeignet.

Paul Bahrtdt (1996) definiert die eine Situation konstituierenden strukturellen Elemente:

- das personale Subjekt
- das Thema
- die Mitgegebenheiten
- die Dauer der Situation

Die Situation ist immer die eines personalen Subjekts, einer Person, die sich durch eine Intention einem bestimmten Gegenstand zuwendet und dadurch das Thema der Situation bestimmt. Der Gegenstand kann sehr unterschiedlicher Art sein, z.B.: eine andere Person, ein Objekt, ein Gespräch, eine Melodie, ein Ort oder ein Phantasiegebilde. Intentionen, also die Qualität dieses Zuwendens, sind beispielsweise: phantasieren, erkennen, wünschen, fühlen oder antizipieren. Mitgegebenheiten sind wahrgenommene Elemente, die in keinem direkten Zusammenhang mit dem Thema der Situation stehen und oft erst bei einer nachträglichen Reflexion der Situation erkannt werden, so dass sie hier von untergeordneter Bedeutung sind. Die Dauer einer Situation entspricht der Dauer der Gültigkeit der Situationsdefinition durch die Person, d.h. die Situation dauert so lange an, bis das Thema sich ändert (Bahrtdt 1996: 57 ff.). Das Erkennen des

Themas erlaubt anderen Personen die »Nachbildung der Subjektperspektive« (Arnold 1981: 61) zu jedem Zeitpunkt und in der ausreichenden Komplexität. Dieser Zugang erlaubt es, die Übernahme der Perspektive des Pflegebedürftigen als Erschließung des Themas der Situation zu konkretisieren.

Angesichts der grundlegenden Verständigungsschwierigkeiten muss davon ausgegangen werden, dass es nicht im ersten Anlauf möglich sein wird, ein einziges plausibles Thema zu benennen. Stattdessen werden verschiedene Alternativen konkurrieren, deren Bearbeitung einerseits mit der Hermeneutik und andererseits mit der hypothetisch-deduktiven Methode fundiert werden kann. Hermeneutik als Methode des Verstehens verfolgt nicht das Ziel, kausale Erklärungen für menschliche Lebensäußerungen zu produzieren, sondern den dahinter liegenden Sinn zu erschließen: Es geht um das »Erkennen eines Inneren an dem Äußeren eines Zeichens« (Dilthey zit. in Lamnek 1995: 82). Zu beachten ist dabei, dass tatsächliche Kongruenz zwischen den beiden Perspektiven des zu Verstehenden (Pflegebedürftiger) und des Verstehenden (Pfleger) grundsätzlich nicht erreichbar gilt: Die »hermeneutische Differenz« stellt ein strukturelles Element des hermeneutischen Verstehens dar (Lamnek 1995: 71–88; Zielke-Nadkarni 1998; vgl. Nerheim 2001: 504), das gerade bei Menschen mit ausgeprägten Veränderungen in Verhalten und Kommunikation besonders schwer zu minimieren ist. Ziel der Bemühungen kann daher stets nur die Herausarbeitung der wahrscheinlichsten und plausibelsten Deutung sein. Der hermeneutische Verstehensprozess vollzieht sich in Form zweier »spiralförmiger Bewegungen« (Lamnek 1995: 76), bei denen einerseits das Vorverständnis und das aktuelle Verständnis der vorliegenden Situation abgeglichen sowie das Verhältnis von Einzelementen (Lebensäußerung) und Kontext geklärt wird.

Hiermit im Deutungsprozess eng verbunden ist die »hypothetisch-deduktive Methode«. Diese naturwissenschaftlich verwurzelte allgemeine Methode wirkt nur auf den ersten Blick unvereinbar mit der hermeneutischen Vorgehensweise. Bei genauerer Betrachtung stellt sich heraus, dass der hermeneutische Prozess die Anwendung der hypothetisch-deduktiven Methode auf »von Sinn geprägtes Material« dar-

stellt (Nerheim 2001: 300–304). Die Methode beschreibt den Prozess des menschlichen Problemlösens und beansprucht auch für den pflegerischen Kontext Gültigkeit (Carnevali / Thomas 1993; Gordon / Bartholomeyczik 2001; Nerheim 2001; Schrems 2003; Thompson 1999). Grundsätzlich besteht der Denkvorgang darin, auf der Basis von Hinweisen Hypothesen zu entwickeln, die möglichen Deutungen entsprechen. Im weiteren Prozess werden vorliegende oder erst jetzt gezielt gesammelte weitere Informationen daraufhin analysiert, ob sie die erarbeiteten Hypothesen bestätigen oder entkräften, so dass am Ende die Entscheidung für die wahrscheinlichste Deutung getroffen werden kann und das Problem der Ungewissheit gelöst ist.

Am Ende des Gesamtprozesses steht idealerweise eine plausible Deutung, die den hinter der Lebensäußerung verborgenen Sinn erschließt und so ein Verständnis der Situation des Pflegebedürftigen formulierbar macht. Auf dieser Basis kann dem Pflegebedürftigen anschließend eine individuelle pflegerische Intervention angeboten werden.

### Der Leitfaden

In Zusammenarbeit mit 12 Pflegepraktikerinnen aus den fünf Kooperationseinrichtungen des Projektes wurde der Leitfaden zur Wahrnehmung und Deutung der Situation des Pflegebedürftigen im Sinn eines sowohl deduktiven wie induktiven Prozesses entwickelt und erprobt, bis Konsens über die praktische Anwendbarkeit erreicht war.

Der Leitfaden (siehe Abbildung 1) ist als Teil des Assessments im Pflegeprozess bei Menschen zu verstehen, deren Verhalten und Kommunikation unverständlich erscheint. Mit ihm wird eine Systematisierung und Differenzierung des Pflegeprozesses als der maßgeblichen Denk- und Handlungsstruktur professioneller Pflege vorgelegt. Er baut eine Brücke vom Theoriegebäude zum pflegerischen Handeln, die durch einen regelgeleiteten Deutungsprozess zu einem Angebot führt, das spezifisch auf den jeweils individuellen Bedarf ausgerichtet ist. Damit erhalten Pfleger auch die Basis zur professionellen Begründung für ihr Handeln. Der Leitfaden beinhaltet eine Anleitung zur Selbstreflexion der Pfleger, ein vor-

bereitendes theoretisch gelenktes Gedankenexperiment in Anlehnung an das Verfahren der Objektiven Hermeneutik (Allert 2002; Lamnek 1995) zur Bearbeitung zunächst unverständlicher Lebensäußerungen, sowie eine Unterstützung des eigentlichen Deutungsprozesses mit Hilfe der hypothetisch-deduktiven Methode des Problemlösens (Carnevali / Thomas 1993; Nerheim 2001; Schrems 2003; Thompson 1999). Die drei Hauptanteile werden nachfolgend weiter erläutert:

**(1) Reflexion:** Um den erforderlichen Perspektivwechsel im Sinne eines kognitiven Willensaktes leisten zu können, muss zunächst die Differenz der beiden Perspektiven bewusst gemacht werden. Das bedeutet im Wesentlichen, dass nicht nur vorurteils- und stereotypengebundene Wertungen aufgrund einer medizinischen Diagnose (»Demenz«, »Alzheimer«, »Hirnorganisches Psychosyndrom« usw.) bewusst und damit kontrollierbar werden, sondern auch, sich zu vergegenwärtigen, in welcher Weise beispielsweise eigene Wahrnehmungstendenzen oder Stimmungen die Wahrnehmung beeinflussen.

**(2) Kontextbefreiung:** Die Bedeutung der Situation des Pflegebedürftigen findet seinen Ausdruck in Lebensäußerungen, die Pfleger wahrnehmen können. Da eine verbale Verständigung darüber häufig nicht in ausreichender Weise möglich ist, ist es ausschließlich die wahrnehmbare Lebensäußerung im weitesten Sinn, die als »Material« zur Verfügung steht, um auf das Thema der Situation des Pflegebedürftigen zu schließen. Die Pfleger sollen hier professionell entscheiden, welche Lebensäußerung sie bearbeiten wollen. Der Anlass kann dabei sowohl »typisches« Verhalten als auch unklares und »neues« Verhalten sein. Zunächst wird eine Lebensäußerung formuliert und im Anschluss daran ganz bewusst aus dem für die Pfleger sichtbaren Kontext (z.B. Mittagessen im Heim) herausgelöst und gedankenexperimentell in andere Alltagskontexte überführt. Die Lebensäußerung wird dabei daraufhin untersucht, in welchen anderen Kontexten sie »Sinn machen« würde. Die Anregung zu diesem Gedankenschritt, der bewusst von der »objektiven« Lebensrealität abstrahiert, lieferte die Sequenzanalyse der Methode der objektiven Hermeneutik. Diese inhaltsanalytische Auswertungstechnik dient der Erschließung des Sinns menschlicher



*Selbstreflexion*

- Bitte überlegen Sie, in welcher Stimmung Sie momentan sind!
- Bitte machen Sie sich klar, was die bevorstehende oder stattgefundene Begegnung bei Ihnen auslöst!

*Kontextbefreiung der Lebensäußerung*

- Protokollieren Sie bitte zuerst die Lebensäußerung, mit der Sie sich weiter beschäftigen wollen!
- Überlegen Sie sich bitte, in welchen anderen Situationen diese Lebensäußerung sinnvoll wäre!
- Ordnen Sie nun bitte diese Situationen nach Typen!

*Deutung*

- Prüfen Sie alle Deutungsalternativen anhand von Informationen, die für oder gegen die jeweiligen Deutungsalternativen sprechen!
  - Welche Deutung halten Sie jetzt für die Wahrscheinlichste?
- Wenn das Ergebnis Ihrer Deutung auf einen möglichen Pflegebedarf oder einen Pflegeproblembereich hinweist, sollte es in die Pflegeplanung eingehen!

Abb. 1: Leitfaden zur Wahrnehmung und Deutung der Situation.  
(Zusätzlich steht eine um Hilfsfragen ergänzte Version zum Einüben der Anwendung zur Verfügung.)

Handlungen, Texte etc. (Lamnek 1995; Allert 2002).

**(3) Deutung:** Erst nach diesem gedanklichen Umweg erfolgt die eigentliche Deutung der Lebensäußerung. Die im zweiten Schritt erarbeiteten möglichen Bedeutungen bilden die Interpretationsalternativen. Diese werden erst jetzt wieder bewusst in den »objektiven« Kontext gestellt und systematisch geprüft. Dazu werden gezielt weitere Informationen gesammelt und solche bereits vorhandenen Informationen genutzt, die für eine Überprüfung der alternativen Deutungen erforderlich sind. Informationsquellen können beispielsweise sein: weitere Verhaltensaussagen, verbale Informationen des Pflegebedürftigen, Informationen Dritter usw. Am Ende steht die Entscheidung der Pflegenden für die plausibelste Interpretation.

Das folgende Beispiel der Anwendung stammt aus der Erprobungsphase:

*Auf dem Weg zu einer geplanten Beobachtungssituation treffen wir einen Bewohner in einem anderen Wohnbereich, der als ruhiger, allerdings beinahe ununterbrochen umhergehender Mann bekannt ist. Jetzt wirkt er plötzlich sehr aufgeregt, setzt sich hin und ruft »Mutter, bist du das?«. Die Pflegenden haben durch das akut veränderte Verhalten des Mannes sowie durch ihre Betroffenheit darüber einen Anlass, sich mit dieser Situation zu befassen. Anschließend wird aus dieser Szene heraus*

eine Lebensäußerung formuliert. Die gewählte Formulierung lautet:

*Jemand ruft: »Mutter, bist du das?«*

Die während der Entwicklung und Erprobung des Leitfadens gesammelten Erfahrungen zeigen, dass eine solche möglichst kurze und allgemeine Formulierung empfehlenswert ist, da sie mehr gedankliche Alternativen im zweiten Schritt des Verfahrens erlaubt. Eine Formulierung wie »*Ein alter Mann setzt sich in einen Sessel an einen Tisch, sieht nach vorne und ruft aufgeregt »Mutter, bist du das?«*« würde im nächsten Schritt die Möglichkeiten deutlich einengen. Die Pflegenden sammeln nun solche Situationen, in denen sich Menschen in der beschriebenen Weise »vernünftigerweise« verhalten könnten. Erlaubt sind hierbei alle Alternativen, die im Alltag denkbar sind, das heißt, die Lebensäußerung befindet sich im Spektrum des von uns Nachvollziehbaren mit Ausnahme solcher Situationen, die sich im Kontext einer Pflegeeinrichtung bewegen. Die Lebensäußerung wird bewusst aus diesem Kontext herausgenommen und gedankenexperimentell in andere alltägliche Kontexte übertragen, damit sie als »normal« gedacht werden kann. Es werden so lange Alternativsituationen gesammelt, bis keine neuen mehr hinzukommen. Dabei müssen sich die Situationen in mehr als nur Details unterscheiden. Die in der Gruppe gesammelten Alternativsituationen lauten:

- Ein Mann sitzt in seiner Wohnung in einen Sessel, hört ein Geräusch und vermu-

tet, dass seine Frau nach Hause gekommen ist. Er ruft... (Der Ausdruck »Mutter« ist eine regional übliche Bezeichnung für Ehefrau!)

- Ein Schauspieler kommt auf die Bühne, setzt sich auf einen Stuhl und ruft ins Publikum
- Jemand ist sehbehindert, hört etwas und ruft...
- Die Mutter eines Jugendlichen kommt mit stark veränderter Frisur vom Frisör und er ruft...
- Jemand schaut sich das Familienalbum an, sieht ein Jugendfoto seiner Mutter und ruft aus...
- Die Lichtverhältnisse sind ungünstig, die Person kann jemanden nicht genau erkennen, hat aber eine Vermutung und ruft...

Die Erfahrungen zeigen weiterhin, dass es von Vorteil sein kann, die Lebensäußerung zu variieren, das heißt anders zu formulieren und einen zweiten Durchgang anzuschließen, um zu ergänzenden Situationen zu kommen. Beispielsweise könnte eine zweite Lebensäußerung hier lauten: »Jemand setzt sich«.

Die gesammelten Alternativsituationen werden im Anschluss geordnet, es werden Situationstypen identifiziert. In diesem Beispiel sind die folgenden Situationstypen denkbar:

- Es handelt sich um eine ernst gemeinte Frage bei gestörter Wahrnehmung;
- Es handelt sich um eine rhetorische oder gespielte Frage;
- Die Person meint die eigene Mutter;
- Ein Mann meint seine Frau.

Dieses Ordnen schließt den zweiten Schritt der Anwendung des Leitfadens ab. Bis hierher wurde die Lebensäußerung vom Ursprungskontext getrennt. Im dritten Schritt werden die aufgefundenen Situationstypen als Alternativhypothesen wieder in den ursprünglichen Zusammenhang gebracht und systematisch anhand aller vorliegenden und noch einzuholenden Informationen und Erfahrungen über den Pflegebedürftigen geprüft. Es wird dabei nicht vorgegeben, ob diese Hypothesenprüfung simultan oder sukzessive erfolgt (Gordon 1994). Aus ethischen Gründen ist es allerdings erforderlich, solche Hypothesen mit Priorität zu prüfen, die Schäden und Gefahren für den Pflegebedürftigen implizieren. Ein Beispiel hierfür wäre eine Hypothese, nach der die Lebensäußerung der Person auf Schmerzen zurückzuführen ist. In diesem Fall muss zunächst dieser Ansatz verfolgt werden, bevor man sich anderen Deutungen zuwendet.

Das Vorgehen nach der hypothetisch-deduktiven Methode verlangt es, jede der aufgefundenen möglichen Bedeutungen der Lebensäußerung durch bestätigende oder widerlegende Informationen zu prüfen. Diese Informationen können entweder bereits vorliegen (Erfahrung, Pflegedokumentation usw.) oder erst jetzt gezielt gesucht werden. Grundsätzlich stehen zur Informationsbeschaffung die folgenden Wege zur Verfügung:

- Fragen des Pflegebedürftigen (Dies kann verbal aber auch nonverbal, beispielsweise durch Gesten, Deuten usw. geschehen. Zu beachten ist, dass die Antwort zeitlich verzögert erfolgen kann.)
- Gezielte Beobachtung des Pflegebedürftigen (Dazu gehört z.B. auch der Gesichtsausdruck, Mimik, Gestik.)
- Gezielte Beobachtung des Umfeldes (»Was ist heute anders?«, z.B. Raum, Personen, Geräusche ...)
- Gezielte Veränderung des Umfeldes (Dies ist nicht nur eine Intervention sondern auch eine Art Frage: Durch die Veränderung bietet man der Person eine andere Situation an. Die Konsequenzen sind zu beobachten.)
- Andere Informationsquellen (biographische Informationen, Angaben von Angehörigen, Informationen von Kolleginnen, Krankenakte usw.)

Am Ende des Verfahrens steht die Entscheidung für den plausibelsten hinter der Lebensäußerung stehenden Sinn. Auf die-

ser Basis ist zu entscheiden, ob die Situation des Pflegebedürftigen eine professionelle Intervention erfordert. In diesem Fall kann ihm ein individuell passendes professionelles Angebot unterbreitet werden.

## Integration in das pflegerische Handeln

Künftig unterstützt der Leitfaden Pflegende dabei, sich Pflegebedürftigen, die sich »verbal und/oder a verbal miß- oder gar unverständlich äußern, während sie darauf angewiesen sind, von den Pflegenden verstanden zu werden« (Steffen-Bürgi 1991) als Personen zuzuwenden und so die Dominanz der Etikettierung zu brechen. Das Instrument ermöglicht es, Lebensäußerungen systematisch zu deuten und auf diese Weise einen verstehenden Zugang zur Situation des Pflegebedürftigen zu erarbeiten, der im Rahmen des Pflegeprozesses nutzbar gemacht werden kann. Dies gilt nicht nur bei Menschen mit Demenz sondern prinzipiell auch bei anderen Personen, bei denen das Verstehen erschwert ist. Es ist von einzelnen Pflegenden anwendbar, hat sich aber insbesondere bei Anwendung in der Gruppe bewährt und kann beispielsweise zur Strukturierung einer Fallbesprechung dienen. Nutznießer sind sowohl die Pflegebedürftigen als auch die Pflegenden, die mit dem Leitfaden ein Instrument zur Förderung einer professionellen und eigenverantwortlichen Arbeit mit dem Pflegebedürftigen haben, dessen Anwendung berufliche Belastungen reduziert. Voraussetzung für seinen sinnvollen Einsatz ist allerdings eine sorgfältige, methodisch gelenkte Implementierung.

## Korrespondenzadresse

*Christoph Bräutigam*  
*E-Mail: cebege@gmx.de*  
*Inge Bergmann-Tyacke*  
*E-Mail: bergmann-tyacke@web.de*

## Anmerkungen

Das Projekt VeRo (Veränderung der Erinnerung und Orientierung) wurde von der Stiftung Wohlfahrtspflege des Landes NRW im Rahmen des Modellprogramms »Verbesserung der Betreuung und Begleitung dementiell erkrankter Menschen« finanziell gefördert. Träger war die Johanniter-Akademie in Münster, Projektleitung Annette Rustemeier-Holtwick. Die wissenschaftliche Begleitung erfolgte durch Pädea, Institut für Bildung, Beratung und Forschung im Sozial- und Gesundheitswesen, Münster. Kooperations-einrichtungen: Johanniterstift Gelsenkirchen, Altenwohnheim Kastanienhof Emsdetten, Seniorenzentrum Haus Maria Trost (Altenheim und Tagespflege) Münster, Sozialstation des Regionalverbandes der Johanniter Münster und Westfälische Klinik Lengerich (Abteilung Gerontopsychiatrie).

## Literatur

- Allert, T. (2002): Objektive Hermeneutik und fallrekonstruktive Forschung – Potenziale der soziologischen Perspektive für die klinische Forschung. In: Schaeffer, D.; Müller-Mundt, G. (Hg.): Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung. Bern: Huber. 103–118.
- Arnold, K.-H. (1981): Der Situationsbegriff in den Sozialwissenschaften: Zur Definition eines erziehungswissenschaftlichen Situationsbegriffs unter Berücksichtigung psychologischer und soziologischer Aspekte. Weinheim: Beltz.
- Bährdt, H. P. (1996): Grundformen sozialer Situationen: Eine kleine Grammatik des Alltagslebens. München: C.H. Beck.
- Benjamin, L. C.; Spector, J. (1990): The relationship of staff, resident and environmental characteristics to stress experienced by staff caring for the dementing. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 5. 25–31.
- Benner, P.; Wrubel, J. (1997): Pflege, Streß und Bewältigung: Gelebte Erfahrung von Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber.
- Bischoff-Wanner, C. (2002): Empathie in der Pflege: Begriffsklärung und Entwicklung eines Rahmenmodells. Bern: Huber.
- Buber, M. (1995): Ich und Du. Stuttgart: Philipp Reclam jun.
- Carnevali, D.; Thomas, M. D. (1993): Diagnostic Reasoning and Treatment Decision Making in Nursing. Philadelphia: Lippincott.
- Damkowski, W.; Seidelmann, A.; Voß, L. (1994): Evaluation des Modellprogramms stationäre Dementenbetreuung in Hamburg: Endbericht. Hamburg: Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales.
- Darmann, I. (2000): Kommunikative Kompetenz in der Pflege: Ein pflegedidaktisches Konzept auf der Basis einer qualitativen Analyse der pflegerischen Kommunikation. Stuttgart: Kohlhammer.
- Georg, J.; Frowein, M. (Hg.) (1999): Pflege-Lexikon. Wiesbaden: Ullstein Medical.
- Gordon, M. (1994): Nursing Diagnosis: Process and Application. St. Louis: Mosby.

- Gordon, M.; Bartholomeyczik, S. (2001): Pflege-diagnosen: Theoretische Grundlagen. München: Urban & Fischer.
- Hirsch, R. D. (2002): Verwechslungen bei Diagnosen führen zu folgenschweren Fehlern. *Pro Alter* 35 (4). 62–65.
- Höhmann, U. (1999): Pflegediagnosen: Instrumente zur Professionalisierung der Pflege. *Pflege und Gesellschaft* 4 (1). 8–13.
- Johns, C. (2003): Guided Reflection. *Advancing Practice*. Oxford: Blackwell.
- Käppeli, S. (1993): Pflegekonzepte: Gesundheits-, entwicklungs- und krankheitsbezogene Erfahrungen. Bern: Huber.
- Kim, S. H. (2000): *The Nature of Theoretical Thinking in Nursing*. New York: Springer.
- Kitwood, T. (2002): Demenz: Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Bern: Huber.
- Koch-Straube, U. (Hg.) (2001): *Beratung in der Pflege*. Bern: Huber.
- Kolanowski, A. M.; Garr, M. (1999): The Relation of Premorbid Factors to Aggressive Physical Behavior in Dementia. *Journal of Neuroscience Nursing* 31 (5). 278–284.
- Lamnek, S. (1995): *Qualitative Sozialforschung. Band 1: Methodologie*. Weinheim: Beltz.
- Lind, S. (2003): *Demenzranke Menschen pflegen: Grundlagen – Strategien – Konzepte*. Bern: Huber.
- Markowitsch, H.-J. (2002): *Dem Gedächtnis auf der Spur: Vom Erinnern und Vergessen*. Darmstadt: Primus.
- Moskwa, E. (2001): Verwirrtheit bei älteren Menschen als pflegerisches Problem. In: *Evang. Fachhochschule Darmstadt (Hg.): Soziale und ethische Probleme in der Gerontologie: Beiträge aus Pflegewissenschaft, Sozialarbeit und Sozialpädagogik*. Frankfurt/Main: Mabuse. 131–182.
- Müller, D. (1994): *Interventionen für verwirrte, ältere Menschen in Institutionen*. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- Nerheim, H. (2001): *Die Wissenschaftlichkeit der Pflege: Paradigmata, Modelle und kommunikative Strategien für eine Philosophie der Pflege- und Gesundheitswissenschaften*. Bern: Huber.
- Oevermann, U. (1981): *Professionalisierung der Pädagogik – Professionalisierbarkeit pädagogischen Handelns*. (Transkription eines Vortrages im Institut für Sozialpädagogik und Erwachsenenbildung der Freien Universität Berlin).
- Robert Bosch Stiftung (Hg.) (1996): *Pflegewissenschaft: Grundlegung für Lehre, Forschung und Praxis*. Gerlingen: Bleicher.
- Schacter, D. L. (1999): *Wir sind Erinnerung: Gedächtnis und Persönlichkeit*. Reinbek: Rowohlt.
- Schrems, B. (2003): *Der Prozess des Diagnostizierens in der Pflege*. Wien: Facultas.
- Schröder, S. G. (2001): *Medizinische Grundlagen der Demenz*. In: *Tackenberg, P.; Abt-Zegelin, A. (Hg.): Demenz und Pflege: Eine interdisziplinäre Betrachtung*. Frankfurt/Main: Mabuse. 24–39.
- Schütz, A. (1960): *Der sinnhafte Aufbau der sozialen Welt: Eine Einleitung in die verstehende Soziologie*. Wien: Springer.
- Sieger, M.; Kunstmann, W. (1998): *Pflegerischer Fortschritt und Wandel: Basispapier zum Beitrag ‚Wachstum und Fortschritt in der Pflege‘ im Sondergutachten 1997 des Sachverständigenrates für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen*. Göttingen.
- Sowinski, C. (2004): *Menschen mit Demenz erreichen: die besondere Bedeutung der Kommunikation für das KDA-Türöffnungskonzept*. In: *Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hg.): Menschen mit Demenz erreichen: Hilfen zur Kommunikation*. Köln: KDA. 15–22.
- Steffen-Bürgi, B. (1991): »Offizielle« und »inoffizielle« Inhalte der Pflege. *Pflege* 4 (1). 45–53.
- Supe, V.; Kröger, C.; Hartmann, C. (2003): *Handlungsempfehlungen für den Umgang mit demenziell erkrankten Bewohnern: Eine Arbeitshilfe für die stationäre Altenhilfe*. Münster: Caritasverband für die Diözese Münster e. V.
- Taft, L. B.; Fazio, S.; Seman, D.; Stansell, J. (1997): *A Psychosocial Model of Dementia Care: Theoretical and Empirical Support*. *Archives of Psychiatric Nursing*. 11 (1). 13–20.
- Thompson, C. (1999): *A conceptual treadmill: the need for 'middle ground' in clinical decision making theory in nursing*. *Journal of Advanced Nursing*. 30 (5). 1222–1229.
- van der Kooij, C. (2001): *Demenzpflege: Herausforderung an Pflegewissen und pflegewissenschaft*. In: *Tackenberg, P.; Abt-Zegelin, A. (Hg.): Demenz und Pflege: Eine interdisziplinäre Betrachtung*. Frankfurt/Main: Mabuse. 62–76.
- Weidner, F. (1995): *Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung: Eine empirische Untersuchung über Voraussetzungen und Perspektiven des beruflichen Handelns in der Krankenpflege*. Frankfurt/M.: Mabuse.
- Zielke-Nadkarni, A. (1998): *Hermeneutik: Eine Forschungsmethode für die Pflegewissenschaft*. *Hochschulforum Pflege* 2 (1). 12–19.
- Zimbardo, P. G.; Gerrig, R. J. (1999): *Psychologie*. Berlin: Springer.