

Verstehende Diagnostik als Hilfe im Umgang mit Verhaltensveränderungen von Menschen mit Demenz

JUN.-PROF. DR. MARGARETA HALEK

ist Junior-Professorin für Pflege-
wissenschaft mit Schwerpunkt
»Pflege von Menschen mit Demenz«
und Leiterin der Arbeitsgruppe
»Versorgungsinterventionen« am
Deutschen Zentrum für Neurodege-
nerative Erkrankungen (DZNE) in der
Helmholtz-Gemeinschaft Deutscher
Forschungszentren
<https://www.uni-wh.de>
<https://www.dzne.de>

Im Verlauf der Demenz kommt es zwischen dem Erkrankten, seiner Umgebung und anderen Personen zu Situationen, die als schwierig von allen Seiten erlebt werden. Häufig wird dann von Verhaltensproblemen des Menschen mit Demenz gesprochen. Darunter fallen zum Beispiel die Unruhe tagsüber oder nachts, das Weglaufen, ständiges Fragen, Schimpfen, nicht mitmachen zu wollen aber auch Schlagen. Diese als demenzspezifische Verhaltensweise bezeichneten Veränderungen sind ein Hauptproblem in der Versorgung und Pflege von Menschen mit Demenz.

Das andere Verhalten

Die Konsequenzen sind in der Regel für den Menschen mit Demenz weitreichend. Das Verhalten gilt als der häufigste Grund für den Umzug ins Altenheim, für die Einweisung in die gerontopsychiatrische Einrichtungen oder Aufnahme auf spezialisierte Demenzwohnbereiche. Die Menschen haben ein höheres Risiko für freiheitseinschränkende Maßnahmen und unentdeckte körperliche Beschwerden. Deshalb ist es eine wichtige pflegerische Aufgabe, sich mit diesen Situationen kompetent auseinanderzusetzen.

Die Verhaltensveränderungen treffen fast jeden Menschen mit Demenz, in unterschiedlicher Häufigkeit und Intensität und in unterschiedlichen Phasen der Erkrankung. Menschen mit Demenz zeigen nicht nur eine Form des veränderten Verhaltens (z. B. Unruhe, Rufen oder apathisch sein) sondern häufig mehrere, die gleichzeitig oder auch einzeln auftreten (Selbaek et al., 2013; Wetzels, Zuidema, Jansen, Verhey, & Koopmans, 2010). Das Verhalten bahnt sich an oder kommt

spontan, dauert eine kurze Zeit oder ist fast ständig da. Auch wenn die Literatur den Eindruck vermittelt, dass es sich um einen Symptomkomplex handelt, welches zu behandeln gilt, so zeigt doch die Realität, dass jede Verhaltensveränderung ihre eigene Dynamik und Bedeutsamkeit für den Lebensalltag der Menschen hat. Hier liegt auch die Kernherausforderung für den Umgang mit dem Verhalten – jede Situation ist einzigartig, einfache Rezepte sind selten, ausgenommen von grundsätzlichen Regeln im Umgang mit Menschen mit Demenz.

Selten wird ein Thema im Kontext der Demenz so umfassend wissenschaftlich untersucht wie dieses. Die Literatur ist voll von Studien welche die Wirksamkeit von diversen Interventionen für oder gegen das Verhalten untersuchen, von Studien die Ursachen und Auslöser des Verhaltens identifizieren aber auch von Artikeln die sich mit der Beschreibung und Definition von Verhaltensänderungen beschäftigen. All das ist ein Indiz dafür, dass keine einfache Lösungen gibt und viele Möglichkeiten. Welche ist die richtige?

Zunächst hängt die Auswahl der Ansätze davon ab, wie man das Verhalten definiert und welches Verständnis man über das Verhalten hat. Die Begriffe Problemverhalten, Verhaltensstörungen, Verhaltenssymptome oder herausforderndes Verhalten repräsentieren die Komplexität des Problems nicht ausreichend. Jeder Begriff hat Vor- und Nachteile und transportiert eine spezifische Betrachtung

spielt die Kompetenz der Betrachter eine wichtige Rolle. Sich das Verhalten im Kontext der Demenz, der persönlichen Lebensgeschichte des Betroffenen, des situativen Kontextes erklären zu können, verändert positiv den Blick auf das Verhalten und mildert die Herausforderung. Das bedeutet auch, dass die Bewertung einer Situation und damit auch des Verhaltens im Auge des Betrachters liegt. Je mehr

den oder in der zu passiven Gestaltung des Tages (und vielen mehr). Strukturierende Modelle wie zum Beispiel das »BPSD interaction model« (Kales et al., 2015), das »unmet needs model« (Cohen-Mansfield, 2000), oder das »NDB-model (need driven dementia compromised model)« (Kolanowski, 1999) versuchen, die unterschiedlichen Ursachen und Einflussfaktoren zusammenzubringen und zu erklären. Sie beinhalten unterschiedliche Faktorengruppen wie: neurologische Veränderungen, Gesundheitsaspekte, Persönlichkeit/Lebensstil, Demographische Faktoren, physische und psychische Bedürfnisse, soziale und physikalische Umgebung.

Vielen dieser Erklärungsmodelle liegt auch die Idee zur Grunde, dass das Verhalten ein Ausdruck von unerfüllten Bedürfnissen ist und die letzte Form der Kommunikation und der Mitteilung des eigenen Befindens, der Wünsche oder Ausdruck der Persönlichkeit ist. Die Aufgabe der Betreuer ist es, diese Botschaften zu deschiffrieren.

Die Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten (Bartholomeyczik et al. 2007) haben bereits vor mehr als 10 Jahren formuliert, wie diese Analyse des Verhaltens und die Suche nach Erklärungen zu gestalten ist. Der Prozess wurde von Experten aus dem Demenzfeld *Verstehende Diagnostik* genannt, um das Ziel der analytischen Prozesse in den Fokus zu stellen, nämlich zu verstehen, was die Botschaft des Verhalten sein kann, möglichst aus der Perspektive des Menschen mit Demenz. Dies muss ein Kernanliegen in der Betreuung sein. Denn das Verstehen der Emotionen, der Erfahrungen und Erlebnisse und des Verhaltens von Menschen mit Demenz ist das Schlüsselement zur Erhaltung des Personseins im Verlauf der Erkrankung (National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE] und Social Care Institute for Excellence [SCIE], 2016). Respektvoller und anerkennender Umgang mit pflegebedürftigen Menschen ist ein Kernelement der Pflege (ICN-Ethikkodex für Pflegenden¹). Das Ziel ist, unabhängig vom Gesundheitszustand das größtmögliche Wohlbefinden sicherzustellen (ICN Pflegedefinition²).

Verstehende Diagnostik umfasst eine möglichst objektive, also wertfreie Erfassung des Verhaltens und seine Bewertung, die Analyse potentieller bio-psycho-sozialer Auslöser, die Entwicklung von

»Die Verhaltensveränderungen treffen fast jeden Menschen mit Demenz, in unterschiedlicher Häufigkeit und Intensität und in unterschiedlichen Phasen der Erkrankung.«

auf das, was passiert. Zum Beispiel der Begriff Verhaltenssymptom suggeriert, dass es etwas ist, was der Mensch mit Demenz hat und medizinisch betrachtet an ihm behandelbar ist (Symptombehandlung). Als Gegenentwurf dazu wurde der Begriff herausforderndes Verhalten eingeführt. Er sollte die rein symptom- und problemorientierte Betrachtung, welche den Menschen mit Demenz als »Symptomträger« oder »Verursacher« definiert, ablösen. Der Begriff der »Herausforderung« sollte die Perspektive weg von dem einzelnen Individuum hin zu einer zwischenmenschlichen (interpersonellen) Interaktion bewegen (Bartholomeyczik, 2007). Folglich ist das Verhalten ein Ergebnis unterschiedlicher Faktoren, die nicht einzig in dem Menschen mit Demenz selbst zu suchen sind.

Hinzukommt, dass jede herausfordernde Situation von unterschiedlichen Betrachtern unterschiedlich bewertet werden kann. Aus Studien, die das Erleben und Erfahrungen der Pflegenden im Umgang mit Verhalten untersuchen wissen wir, dass nicht jede Person die gleiche Situation als problematisch oder belastend empfindet (Dupuis et al., 2012, Appleton und Pereira, 2017). Die Wahrnehmung des Verhaltens als herausfordernd hängt zunächst davon ab, wie sich das Verhalten zeigt. Unerwartete, persistente, bedrohliche oder sozial inakzeptable Verhaltensformen werden als besonders belastend empfunden. Auch Verhalten in welchem man keinen »Sinn« erkennen kann, wird negativ erlebt. Des Weiteren

Betrachter desto mehr Interpretationen. Eine davon gehört dem Menschen mit Demenz und diese herauszuarbeiten sollte ein wichtiges Anliegen in der Pflege und Versorgung sein. Diese Perspektive ist von besonderer Bedeutung da Verhaltensformen die die Betrachter als nicht problematisch erleben, ein großes Problem für Menschen mit Demenz darstellen können. Weinen, Traurigkeit, Rückzug, Angst der Menschen mit Demenz machen zunächst keine »Arbeit«, haben demnach das Risiko übersehen zu werden, mit negativen Folgen. Sinnvollerweise sollte nicht nur das herausfordernde Verhalten in den Blick geraten, sondern das Verhalten und Erleben des Menschen mit Demenz insgesamt.

Verstehende Diagnostik

Der erste Ansatz im Umgang mit schwierigen Verhaltenssituationen ist die Analyse und Bewertung dessen, was zu sehen ist und was die Situation herbeigerufen hat. Wenn eine Person sichtbar Schlafstörungen nachts hat und das Aufwachen zeitgleich mit dem laut klappernden Versorgungswagen der Nachtwache auftritt, macht es wenig Sinn spezielle Interventionen oder gar Medikamente anzubieten. Die Lösung liegt auf der Hand (und wird doch häufig übersehen). Ist es aber so, dass äußere Umgebungsaspekte schlaffördernd sind, fängt die Detektivarbeit an. Die Gründe können in der pathologisch verursachten Tag- Nachtrhythmusstörung liegen, in Ängsten, die nachts erlebt wer-

Verstehenshypothesen, Festlegung von Maßnahmen und möglichst objektive Evaluation der Erfolge dieser Maßnahmen (Bartholomeyczik et al., 2007). Für diese Prozesse ist die Teilnahme von Menschen notwendig, die am Pflegegeschehen des Menschen mit Demenz intensiv beteiligt sind und diese Person gut kennen. Aufgrund der Multiperspektivität auf das Verhalten ist der gemeinsame Austausch der Informationen und das gemeinsame Ringen um das Verstehen des Verhaltens notwendig. Nur so kann ein gemeinsames Verständnis im (Pflege-, Betreuungs-) Team und Maßnahmenplan entwickelt werden. Nur so gibt es die Chance, dass das Verhalten nicht im individuellen Auge des Betrachters bleibt sondern objektivierbar und verstehbar für alle wird.

Fallbesprechungen bieten sich als eine hilfreiche Methode für diese analytischen und reflektiven Prozesse an. Sie stellen eine Plattform für die Informationssammlung und den Austausch, für Reflexion, Formulierung von Schwierigkeiten, gemeinsame Bewertung der Situation, die Suche nach Erklärungen für das Verhalten und schließlich die gemeinsame Vereinbarungen für den weiteren Umgang mit dem Menschen mit Demenz dar (Abb.1).

Auch wenn augenscheinlich die Sinnhaftigkeit von Fallbesprechungen in diesem Kontext unterstellt werden kann, ist die Wirksamkeit, im Sinne der Evidenzbasierung, kaum nachgewiesen (Reuther et al., 2012). In drei aufeinander aufbauenden Projekten wurden das IdA® (Innovatives demenzbezogenes Assessmentsystem) und zwei Modelle von Fallbesprechungen (WELCOME-IdA und WELCOME-NEO) für stationäre Altenpflege in Deutschland entwickelt und evaluiert. Das IdA® ist ein strukturierter Leitfaden für eine Beschreibung des Verhaltens von Menschen mit Demenz und seiner Folgen sowie für die Suche nach potenziellen Auslösern und Ursachen des Verhaltens, basierend auf dem NDB-Modell (Halek und Bartholomeyczik, 2009, Halek et al., 2017, Kolanowski, 1999). Die Modelle haben die gleiche Struktur, Ablauf, Inhalt und die Rahmenbedingungen (siehe Abb. 1). Der Unterschied liegt in der Nutzung des IdA® Leitfadens, welches als Grundlage für die Diskussions- und Reflexionsprozesse in den Fallbesprechungen genutzt werden kann (WELCOME-IdA). Das narrative Modell (WELCOME-NEO) nutzt wenige diskussionsleitenden Fragen für die Beschreibung des Verhaltens und die Suche

nach Ursachen (Bartholomeyczik et al., 2013, Buscher et al., 2012, Reuther et al., 2014).

Die Wirksamkeit der Fallbesprechungsmodelle konnte in einer randomisiert kontrollierten Studien in zwölf Altenheimen nicht nachgewiesen werden. Der Zielparame- ter der Studie – die Senkung der Prävalenz des herausfordernden Verhaltens – hat sich nicht in die gewünschte Richtung bewegt. Weitere Analysen von sekundären Outcomes konnten eine Reduktion der Apathie um 18 und Essensprobleme um 29% Prozentpunkte in der IdA-Gruppe und in Neo-Gruppe eine Reduktion der Halluzinationen um 27% und Wahnvorstellungen 28% Prozentpunkte zu erkennen sind. Die Lebensqualität blieb in allen Dimensionen auf einem guten Level stabil.

Ein Grund für die eher unbefriedigenden Ergebnisse war methodischer Natur. In der Gruppe der WELCOME-IdA sind aufgrund des Ausscheidens von zwei Altenheimen zu wenig Bewohner geblieben und robuste Aussagen zu den Ergebnissen treffen zu können. Ein anderer wichtiger Grund war die eher mittelmäßige Umsetzung der Fallbesprechungen in den Einrichtungen. Mit der zunehmenden Dauer der Teilnahme an der Studie und der Abnahme der externen Unterstützung des Forschungsteams nahmen auch die Anzahl der Fallbesprechungen ab und damit auch die potentielle Wirkung auf die Bewohner. Hinzukommt,



Abbildung 1 Schritte der Verstehenden Diagnostik

dass sich die Umsetzung der geplanten Maßnahmen als schwierig erwies, da sie als »Extraarbeit« von den Pflegenden empfunden wurden und für diese zusätzliche Arbeit kaum Ressourcen identifiziert wurden. Diese Wahrnehmung muss als kritisch vor dem Hintergrund der Haltung und Einstellung der Pflegenden gegenüber der Pflege von Menschen mit Demenz. Ohne die intensive Auseinandersetzung mit der Person mit Demenz ist eine person-zentrierte nicht möglich. Auch der aktuell Expertenstandard »Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz« hebt die Bedeutung den verstehenden Zugang und Fallbesprechungen hervor (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, 2018).

Als dritten gewichtigen Grund für den fehlenden Wirksamkeitsnachweis lässt sich die Sinnhaftigkeit des Effektparameters

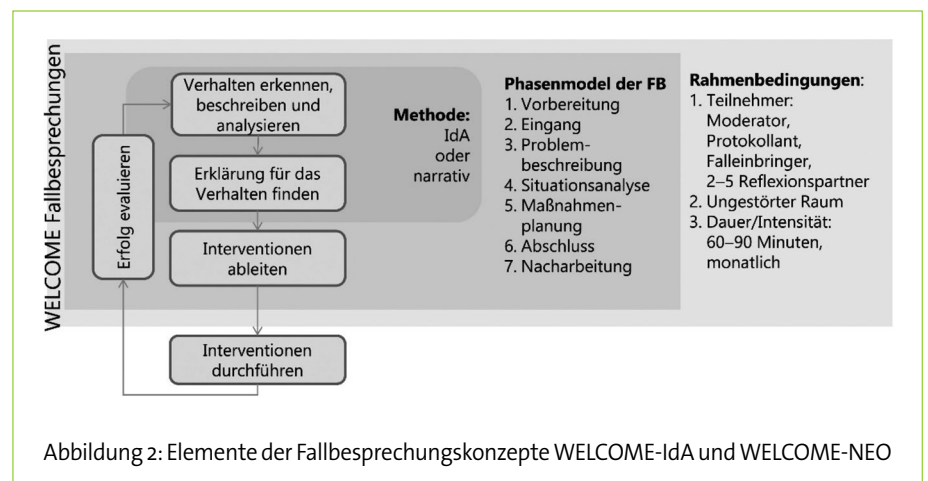


Abbildung 2: Elemente der Fallbesprechungskonzepte WELCOME-IdA und WELCOME-NEO

anführen. Die Minderung der problematischen Verhaltensweisen, entweder als Prävalenz, Intensität, Schwer oder Häufigkeit gemessen, ist ein anerkanntes und meist angewandtes Outcome in Studien in diesem Bereich. Zunächst ist es verständlich, denn das nachvollziehbare Bestreben im Umgang von herausfordernden Situationen ist es, jene abzuschalten, zu mindern, ihre Stärke und Häufigkeit zu reduzieren. Je weniger Menschen mit Demenz mit Verhaltensveränderungen desto besser. Betrachtet

als Mittel zum Zweck, hier Bedürfnismittelung, verstanden werden. In diesem Fall wird das Verhalten vielleicht immer wieder auftreten, der Schmerz, Harndrang, Obstipation usw. können aber adäquat, zeitnah und zielgerecht behandelt werden. Auch das kann als Erfolg gewertet werden.

Deshalb ist ein Paradigmenwechsel in der Wissenschaft und in der (Pfleger-)Praxis notwendig, in dem nicht das Nicht-Vorhandensein des Phänomens als Erfolgsindikator gilt, sondern die Vermeidung

identifizieren, zu erfassen, zu analysieren, Wahrnehmungen und Situationen zu reflektieren, Verstehenshypothesen zu formulieren sowie Kreativität in der Planung von Maßnahmen und Kompetenz in ihrer Durchführung. Pflegende benötigen aber den Freiraum, Sachen selbstverantwortlich auszuprobieren und die Rahmenbedingungen für diese Arbeit mitzugestalten. Freiräume für kreatives Denken und für das Umsetzen »verrückter« Ideen müssen vorhanden sein, sonst erleben die Mitarbeiter eine unüberbrückbare Kluft zwischen den Ergebnissen der Verstehenden Diagnostik und der Realität. Umgang mit herausfordernden Verhalten ist nicht ausschließlich die Aufgabe der Pflegenden, sondern eine Aufgabe die durch die gesamte Organisation (stationär/ambulant) getragen werden sollte. Dazu ist ein wissendes und engagiertes Management notwendig, welches den personenzentrierten Ansatz nicht nur für die Pflegebedürftigen umsetzt sondern auch diesen bei den Mitarbeitern lebt. Demenzversorgung hat viel mit Haltung und Einstellung aller Beteiligten zu tun. Sorgfältige Personalauswahl, -einsatz, -forderung und -förderung sind eine wichtige Managementaufgabe. Natürlich spielt Zeit eine enorme Rolle, Zeit lässt sich nicht strecken. Eine kluge Organisation hat das Potential, Zeiträume für fachlich fundierte Pflege zu schaffen.

»Umgang mit herausfordernden Verhalten ist nicht ausschließlich die Aufgabe der Pflegenden, sondern eine Aufgabe die durch die gesamte Organisation (stationär/ambulant) getragen werden sollte.«

man jedoch die individuellen Situationen einzeln, ist der Anspruch »von allem weniger« nicht wirklich zu halten und ist auch teilweise nicht sinnvoll. In einer Situation kann die Minderung des Zeitpunktes des Auftretens bereits ein Erfolg sein, wenn zum Beispiel das »Weglaufen« nicht mehr nachts passiert, sondern nur tagsüber. In einem anderen Fall ist der Erfolg über die Dauer des Verhaltens definiert, zum Beispiel wenn das monotone Schreien statt einer Stunde nur eine halbe dauert. Oder über die Häufigkeit, wenn zum Beispiel das abwehrende Verhalten nicht bei jeder Morgenpflege stattfindet, sondern nur wenige Male pro Monat. Ist das Verhalten jedoch als eine Kommunikationsform zu verstehen, um auf die eigenen Bedürfnisse aufmerksam zu machen, oder die letzte Möglichkeit, die verbliebene Persönlichkeit auszudrücken, dann könnte möglicherweise auch Erhalt des Verhaltens ein positives Outcome sein. Wenn zum Beispiel als Ursache für die Unruhe einer Person mit Demenz Schmerz, Müdigkeit, Harndrang Toiletengang oder Obstipation gilt. Die Pflegenden finden effektive Maßnahmen gegen diese Ursachen und schaffen es entweder, dass die Unruhe gar nicht auftritt, weil durch angepasste Schmerzmittelgabe, regelmäßige Toiletentrainings oder angepassten Tagesablauf die Probleme erst gar nicht entstehen. Oder, wenn dieses präventive Vorgehen nicht möglich ist, kann Unruhe

durch von negativen Konsequenzen dieser herausfordernden Situationen (wie z.B. Fixierung, Psychopharmaka, Ausgrenzung, emotionale Belastung) und die Stärkung von positiven Folgen (Autonomie, Wohlbefinden, positive Emotionen, Kompetenz). Diese Erfolge zielen auf unterschiedliche Personengruppen ab: den Menschen mit Demenz selbst, die Pflegenden, Betreuer, die Familie. Die Betrachtung der Konsequenzen als klinisch relevanter Erfolgsfaktor bietet viel mehr Möglichkeiten für die Auseinandersetzung mit den Verhaltensveränderungen als die Betrachtung der Veränderungen des Verhaltens selbst. Leider wird es in den Studien selten beachtet, bis auf Aspekte wie Medikation, Fixierung oder Krankenhauseinweisungen.

Fazit

Die verstehende Diagnostik von Verhaltensveränderungen bei Demenz ist eine notwendige Voraussetzung für einen personenzentrierten Umgang mit Menschen mit Demenz. Gleichzeitig ist es eine komplexe und anspruchsvolle Angelegenheit. Einfache wenn-dann-Rezepte funktionieren nicht. Pflegende benötigen vielfältige Kompetenzen: das theoretische Wissen über die Demenz und Ursachen des Verhaltens, systematische Beobachtung und Einschätzung des Verhaltens und der Situation, die Fähigkeit, wichtige Informationen zu

Anmerkungen

- (1) www.dbfk.de/de/veroeffentlichungen/Internationales.php
- (2) www.dbfk.de/de/themen/Bedeutung-professioneller-Pflege.php

Literatur



Appleton K., Pereira A. (2017): Behavioural changes in dementia and their impact on professional caregivers: A grounded theory approach, Dementia (London), 2017: 1471301217714654.

Bartholomeyczik et al. (2007): Bartholomeyczik S., Halek M., Sowinski C., Besselmann K., Dürrmann P., Haupt M., Kuhn C., Müller-Hergl C., Perrar K.M., Riesner C., Rüsing D., Schwerdt R., van der Kooij C., Zegelin A., Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe; [BMG] BfG, editor, Berlin: Bundesministerium für Gesundheit, 2007.

Bartholomeyczik et al. (2013): Bartholomeyczik S., Holle D., Margareta H., Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz verstehen. Die Verbesserung der Versorgung Demenzkranker durch Qualitätsinstrumente; Weinheim, Basel: Beltz, Juventa; 2013.

Buscher et al. (2012): Buscher I., Reuther S., Holle D., Bartholomeyczik S., Vollmar H.C., Halek M., Das kollektive Lernen in Fallbesprechungen. Theoretische Ansätze zur Reduktion herausfordernden Verhaltens bei Menschen mit Demenz im Rahmen des Projektes FallDem, in: Pflegewissenschaft, 2012;03(12):168-78.

Cohen-Mansfield J. (2000): Theoretical Framework for behavioral problems in Dementia, in: Alzheimer's Care Quarterly 2000;1(4):8-21.

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2018): Expertenstandard »Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz«; Onsbabrück: DNQP; 2018.

Dupuis (2012): Dupuis SL, Wiersma E, Loisselle L. Pathologizing behavior. Meanings of behaviors in dementia care, in: Journal of Aging Studies, 2012;26:162-73.

Halek et al. (2009): Halek M., Bartholomeyczik S., Assessmentinstrument für die verstehende Diagnostik bei Demenz: Innovatives demenzorientiertes Assessmentsystem (IdA), in: Bartholomeyczik S., Halek M., editors, Assessmentinstrumente in der Pflege Möglichkeiten und Grenzen, 2. völlig überarbeitete Auflage; Hannover: Schlütersche 2009. p. 94-104.

Halek et al. (2017): Halek M., Holle D., Bartholomeyczik S., Development and evaluation of the content validity, practicability and feasibility of the Innovative dementia-oriented Assessment system for challenging behaviour in residents with dementia, BMC Health Serv Res. 2017;17:554.

Kales et al. (2015): Kales H.C., Gitlin L.N., Lyketsos C.G., Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia, BMJ. 2015;350:h369.

Kolanowski (1999): Kolanowski A.M.: An overview of the Need-Driven Dementia-Compromised Behavior Model, in: Journal of Gerontological Nursing, 1999;25(9):7-9.

National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE], Social Care Institute for Excellence [SCIE] (2016): Dementia. The NICE-SCIE

Guideline on Supporting people with dementia and their carers in health and social care; London: The British Psychological Society and Gaskell, 2016.

Reuther et al. (2012): Reuther S., Dichter M.N., Buscher I., Vollmar H.C., Holle D., Bartholomeyczik S., Halek M., Case conferences as interventions dealing with the challenging behavior of people with dementia in nursing homes: a systematic review, in: International Psychogeriatrics, 2012;24(12):1891-903.

Reuther et al. (2014): Reuther S., Holle D., Buscher I., Dortmann O., Müller R., Bartholomeyczik S., Halek M., Effect evaluation of two types of dementia-specific case conferences in German nursing homes (FallDem) using a stepped-wedge design: study protocol for a randomized controlled trial; Trials, 2014; 15:319.

Selbek et al. (2013): Selbaek G., Engedal K., Bergh S., The prevalence and course of neuropsychiatric symptoms in nursing home patients with dementia: a systematic review. Journal of American Medical Directors Dir Association, 2013; 14(3): 161-9.

Wetzels et al. (2010): Wetzels R., Zuidema S., Jansen I., Verhey F., Koopmans R., Course of neuropsychiatric symptoms in residents with dementia in long-term care institutions: a systematic review. In: International Psychogeriatrics, 2010; 22(7):1040-53.

»Der ideale Einstieg in das neue Recht.«

RA Elmar Laubenheimer, duessellaw.de, zur Voraufgabe



Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II)

Das Sozialleistungsrecht für erwerbsfähige leistungsberechtigte Personen

Von Dr. Heribert Renn, RegDir a.D. Dietrich Schoch,
Prof. Dr. Jens Löcher und Prof. Dr. Carsten Wendtland

4. Auflage 2018, 255 S., brosch., 39,- €

ISBN 978-3-8487-3730-7

nomos-shop.de/28780

Die 4. Auflage des Handbuchs zum Grundsicherungsrecht reagiert mit einer in allen Bereichen aktualisierten Neuauflage und bietet praxisnahe Interpretationshilfen. Egal, ob es um die Zusammensetzung des Regelsatzes, die neuen Berechnungsgrößen oder die zum Teil neuen Voraussetzungen für Leistungsansprüche geht - das Handbuch erläutert detailliert, wie sich diese Neuregelungen in der praktischen Umsetzung auswirken und ob die Vorgaben durch das Bundessozialgericht wie das Bundesverfassungsgericht eingehalten wurden.

Bestellen Sie jetzt telefonisch unter (+49)7221/2104-37.

Portofreie Buch-Bestellungen unter www.nomos-shop.de

Alle Preise inkl. Mehrwertsteuer



Nomos

»Für Wunder muss man beten,
für Veränderungen aber arbeiten.«

Thomas von Aquin

»Wer den bequemsten Weg sucht,
der erreicht keinen Gipfel.«

Fred Ammon

»Je mehr man liebt,
um so tätiger wird man sein.«

Vincent van Gogh

»Wer sich zum Wurm macht,
soll nicht klagen,
wenn er getreten wird.«

Immanuel Kant

»Man sollte nie so viel zu tun haben,
dass man zum Nachdenken keine Zeit mehr hat.«

Hans Christoph Lichtenberg

»Strebe nicht danach, ein Amt zu erlangen,
sondern des Amtes würdig zu werden.«

Konfuzius