

MASTERARBEIT | MASTER'S THESIS

Titel | Title

Biografiearbeit im Pflegeprozess bei Menschen mit Major Neurocognitive Disorders in der Langzeitpflege

verfasst von | submitted by

Michaela Probst BSc

angestrebter akademischer Grad | in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Science (MSc)

Wien | Vienna, 2026

Studienkennzahl lt. Studienblatt |
Degree programme code as it appears on the
student record sheet:

UA 066 330

Studienrichtung lt. Studienblatt | Degree
programme as it appears on the student
record sheet:

Masterstudium Pflegewissenschaft

Betreut von | Supervisor:

Assoz. Prof. Dr. Katharina Heimerl

Inhaltsverzeichnis

1. Mein persönlicher Zugang	1
2. Einleitung.....	2
2.1. Zentrale Begrifflichkeiten	2
2.1.1. Menschen mit Major Neurocognitive Disorders und deren Versorgungssituation in Österreich	3
2.1.2. Biografie	9
2.1.3. Biografiearbeit	10
2.1.4. Pflegeplanung.....	13
2.2. Biografie(arbeit) in unterschiedlichen Pflegemodellen	15
2.2.1. Psychobiografisches Pflegemodell nach Böhm	16
2.2.2. DEMIAN („DEmenz“kranke Menschen in Individuell bedeutsamen Alltagssituationen)-Pflegekonzept	21
2.2.3. Das mäuseutische Pflege- und Betreuungsmodell nach Cora van der Kooij.....	22
2.2.4. Das Modell der fördernden Prozesspflege (ABEDL) nach Monika Krohwinkel	30
2.2.5. Stufenmodell nach Erikson	31
2.3. Praxis der Biografiearbeit.....	34
2.3.1. Biografiebogen	36
2.3.2. Erzählcafé	36
2.3.3. Biography and Life Storybook	37
3. Problemstellung	40
4. Forschungsziel	43
5. Forschungsfragen.....	44
6. Methodik.....	45

6.1. Forschungsethische Überlegungen	45
6.2. Zugang zum Feld	47
6.3. Datenerhebung	47
6.3.1. Inhaltsanalyse der Dokumente	47
6.3.2. Fokusgruppeninterviews	48
6.4. Auswertung	49
7. Ergebnisse aus den Dokumentationen	53
7.1 Beschreibung der Stichprobe	53
7.2. Beschreibung der Dokumente.....	53
7.3 Ergebnisse der Analyse.....	56
7.3.1 Aktuell wichtige Bezugspersonen	56
7.3.2 Kindheit und Jugend	57
7.3.3 Erwachsenenalter.....	60
7.3.4 Prägende und belastende Ereignisse.....	64
7.3.5. Bedürfnisse, Vorlieben und Routinen im Hier und Jetzt	66
7.3.6. Geplante Biografie-spezifische Pflegemaßnahmen	72
8. Ergebnisse der Fokusgruppeninterviews.....	77
8.1. Beschreibung der Interviewsituation und der Teilnehmer:innen ...	77
8.2. Ergebnisse der Analyse der Fokusgruppeninterviews	78
8.2.1. Art der Erhebung biografischer Daten	78
8.2.2. Erfasste biografische Informationen	82
8.2.3. Dokumentation und Weitergabe.....	83
8.2.4. Biografie-spezifische Pflegemaßnahmen in der praktischen Umsetzung	84
9. Zusammenfassende Ergebnisdarstellung	89
10. Diskussion	92

10.1. Dokumentationssysteme und deren theoretische Hintergrund....	93
10.1.1 Biografie und Sensobiografie basierend auf der Basalen Stimulation.....	94
10.1.2. Informationssammlung und Bewohner:innenbesprechung nach dem Mäeutischen Pflege- und Betreuungsmodell	95
10.1.3. Weitere Erfassung und Dokumentation von Biografie(-arbeit)	96
10.1.4. Angehörige.....	97
10.2. Biografische Informationen	98
10.2.1. Kindheit und Jugend	99
10.2.2. Erwachsenenalter	99
10.2.3. Prägende Ereignisse und sensible Themen.....	100
10.2.4. Aktuelle Bedürfnisse, Vorlieben und Routinen	103
10.3. Biografie im Pflegeprozess	104
10.3.1. Antwort auf herausforderndes Verhalten	105
10.3.2. Validation.....	107
10.3.3. Personzentrierter Ansatz in der Pflege.....	110
10.4. Pool-Dienste.....	113
10.5. Kritische Stimmen zur Pflegeplanung und Biografiearbeit	115
11. Limitation und Forschungsdesiderat.....	117
12. Schlussfolgerung	119
Literatur	121
Abkürzungen	129
Abbildungen	130
Tabellen	131
Anhang.....	132

Zusammenfassung

Hintergrund: Biografiearbeit spielt in der Pflege und Betreuung von Menschen mit Major Neurocognitive Disorders („Demenz“) eine bedeutende Rolle (Miehte, 2014; Matolycz, 2011; Van der Kooij, 2012; Böhm, 2018). Das Mäeutische Pflege- und Betreuungsmodell von Van der Kooij (2012) und Enriched Care Planning For People With Dementia (May et al., 2009) haben gemeinsam, dass sie auf Basis von biografischen Informationen einen personenzentrierten Pflegeprozess anstreben. Sie liefern dazu passende Instrumente und sind leitgebend in der pflegerischen Praxis.

Fragestellungen: Wie werden biografische Inhalte erhoben und dokumentiert? Welche Inhalte der Biografie von Menschen mit Major Neurocognitive Disorders („Demenz“) werden in der stationären Langzeitpflege in Österreich erfasst? Wie werden biografische Inhalte in die Pflegeplanung und in den eigentlichen Pflegeprozess integriert?

Methode: Ich analysierte die mir zugänglich gemachten biografiebezogenen Dokumentationen sowie die jeweiligen geplanten pflegerischen Maßnahmen von 22 Bewohner:innen mit Major Neurocognitive Disorders („Demenz“) in zwei Langzeitpflegeeinrichtungen. Ergänzend dazu führte ich pro Einrichtung ein Fokusgruppen-Interview mit betreuenden Pflegekräften durch. Die gewonnenen Daten untersuchte ich qualitativ-deskriptiv. Die Auswertungskategorien wurden von mir an die Theorien der Erhebungsinstrumente deduktiv angelehnt und induktiv mit aus den Interviews gebildeten Kategorien ergänzt. Schlussendlich stellte ich die Ergebnisse der Dokumentenanalyse den Ergebnissen der Interviews gegenüber.

Ergebnisse: Die **Dokumentenanalyse** zeigte, dass Informationen zu zentralen Bezugspersonen, Kindheit und Jugend, Erwachsenenalter, prägenden Lebensereignissen sowie zu aktuellen Bedürfnissen, Vorlieben und Routinen der Bewohner:innen systematisch erfasst werden. Hierfür kommen vor allem die standardisierten Erhebungsinstrumente „*Biografie und Sensobiografie*“ in Haus A sowie die „*Informationssammlung*“ nach dem Mäeutischen Pflege- und Betreuungsmodell von Van der Kooij (2012) in Haus B zum Einsatz. Die erhobenen Daten finden sich insbesondere in jenen geplanten Pflegemaßnahmen wieder, die Bereiche wie Orientierung, Ernährung sowie den Umgang mit herausforderndem Verhalten betreffen.

Die an den **Fokusgruppeninterviews** teilnehmenden Pflegekräfte gaben an, dass sie all das erheben, was die Bewohner:innen von sich preisgeben. Hohe Relevanz haben aktuelle Bedürfnisse, Vorlieben und Routinen für den Pflegeprozess. Die standardisierten Instrumente spielen vor allem beim Aufnahmeprozess zur Informationsgewinnung eine zentrale Rolle. Zugleich zeigt die Praxis, dass im Zuge der alltäglichen Pflegebeziehung entscheidende biografische Inhalte sichtbar werden. Angehörige liefern zusätzliche Informationen, insbesondere dann, wenn die betroffene Person nicht mehr kommunizieren kann. Sensible Themen werden überwiegend subtil und situationsabhängig erhoben. Die Dokumentation und Weitergabe der biografischen Daten erfolgen schriftlich, mündlich und interdisziplinär.

Für die Pflegekräfte erweist sich Wissen aus der Biografie der Bewohner:innen im pflegerischen Alltag als hilfreich, um personenzentriert und individuell betreuen zu können. Sie merken jedoch auch an, dass frühere Vorlieben nicht zwingend den gegenwärtigen entsprechen müssen.

Schlussfolgerung: Biografiearbeit bedeutet in der Praxis viel mehr als das bloße Erfassen der Daten anhand der Erhebungsinstrumente. Jedoch hat die Auswertung der Interviews die Annahme, dass überwiegend implizite - also durchgeführte, aber nicht dokumentierte - biografiebezogene Pflege stattfindet, nur teilweise bestätigt, da die meisten gewonnenen Informationen für alle Zuständigen dokumentiert werden. Es geht darum, ein Vertrauensverhältnis zu den jeweiligen Bewohner:innen aufzubauen, so dass deren Lebensgeschichten authentisch durch die Betreuungspersonen wahrgenommen werden können.

Abstract

Background: Life story work plays a significant role in the care and support of people with major neurocognitive disorders (“dementia”) (Miehte, 2014; Matolycz, 2011; Van der Kooij, 2012; Böhm, 2018). The Maieutic Care Model by Van der Kooij (2012) and Enriched Care Planning for People with Dementia (May et al., 2009) share the goal of striving for a person-centered care process based on biographical information. They provide suitable tools and serve as guiding principles in nursing practice.

Research Questions: How is biographical information collected and documented? What biographical content of people with major neurocognitive disorders (“dementia”) is recorded in inpatient long-term care in Austria? How is biographical content integrated into care planning and the actual care process?

Method: I analyzed the biographical documentation made available to me, as well as the respective planned nursing care measures, for 22 residents with major neurocognitive disorders (“dementia”) in two long-term care facilities. In addition, I conducted a focus group interview with the nursing staff in each facility. I examined the collected data using a qualitative-descriptive approach. The evaluation categories were developed using a combination of deductive and inductive approaches, initially grounded in the theoretical frameworks underlying the data collection instruments, and further refined through themes that emerged from interviews. Finally, I compared the results of the document analysis with the results of the interviews.

Results: The **document analysis** showed that information on key caregivers, childhood and adolescence, adulthood, formative life events, as well as the residents' current needs, preferences, and routines are systematically recorded. The standardized data collection tools “biography and sensory biography” in Haus A and “information collection” according Maieutic Care Model by Van der Kooij (2012) in Haus B are primarily used for this purpose. The collected data are particularly evident in the planned nursing care measures concerning areas such as orientation, nutrition, and managing challenging behavior.

The nursing staff participating in the **focus group interviews** stated that they collect all information that the residents disclose about themselves. Current needs, preferences, and routines are highly relevant to the care process. Standardized instruments play a central role in gathering information, especially during the admission process. At the same time, practice shows that crucial biographical details become apparent in the course of the everyday care relationship. Family members provide additional information, particularly when the person in question is no longer able to communicate. Sensitive topics are predominantly addressed subtly and depending on the circumstance. The documentation and dissemination of biographical data take place in writing, orally, and across disciplines.

For the nursing staff, knowledge of the residents' biographies proves helpful in everyday care, enabling them to provide person-centered and individualized care. However, they also note that past preferences do not necessarily correspond to current ones.

Conclusion: In practice, life story work means much more than simply recording data using assessment tools. However, the analysis of the interviews only partially confirmed the assumption that predominantly implicit – that is, carried out but not documented – biography-based care takes place, since most of the information gathered is documented for all those involved. The aim is to build a relationship of trust with the respective residents so that their life stories can be perceived authentically by the caregivers.

1. Mein persönlicher Zugang

Aus meiner beruflichen Praxis als diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin (DGKP) in der Altenpflege weiß ich, dass bei der Aufnahme neuer Bewohner:innen – sofern es die Situation zulässt – biografische Informationen mithilfe eines standardisierten Fragebogens erhoben werden. Diese Daten dienen in der Regel dem gehobenen Dienst als Grundlage für die individuelle Pflegeplanung. In der praktischen Umsetzung stellt sich für mich jedoch zunehmend die Frage, ob dieses Vorgehen tatsächlich ausreicht, um eine personenzentrierte Pflege zu gewährleisten.

Ich erlebe häufig, dass die standardisierte Erhebung biografischer Daten an ihre Grenzen stößt. Einerseits empfinde ich es als herausfordernd, gleich zu Beginn sehr persönliche oder gar intime Fragen zu stellen, ohne dass bereits eine tragfähige Beziehung oder ein Vertrauensverhältnis entstanden ist. Andererseits wird mir in der täglichen Praxis deutlich, dass gerade im informellen Austausch – etwa während der Pflegetätigkeit oder in Gesprächen, die sich spontan ergeben – häufig biografisch bedeutsame Informationen geteilt werden.

Kolleg:innen, die schon lange auf meiner Station tätig sind, berichten mir regelmäßig detaillierte Geschichten über Bewohner:innen, die sie im Laufe der Zeit kennengelernt haben. Ebenso zeigen Bewohner:innen selbst ein großes Bedürfnis, im Pflegealltag Aspekte ihrer Vergangenheit mitzuteilen, insbesondere dann, wenn ihnen durch gezielte Impulse oder offenes Zuhören Raum dafür gegeben wird.

Diese Beobachtungen führen mich zu der Frage, inwiefern die derzeit praktizierte Form der Biografiearbeit, die meist auf die Erhebung biografischer Daten zu Beginn der Pflegebeziehung reduziert ist, den komplexen Anforderungen einer personenzentrierten Pflege gerecht wird.

2. Einleitung

Biografiearbeit wird als eine Hauptaufgabe der ganzheitlichen geriatrischen Pflege angesehen (Miehte, 2014; Matolycz, 2011). Sie dient als spezielles Instrument der Kommunikation zwischen der zu betreuenden Person und den Pflegekräften (Specht-Tomann, 2009). Der Lebensrückblick, die „Lebensbilanz“ (Bierlein, 1994) ist eine Möglichkeit im Laufe des Alternsprozesses, Erlebtes bewusst zu reflektieren (Perrig-Chiello, 2007). Über sich selbst zu erzählen, kann dabei helfen, das eigene Leben mit all seinen Facetten zu erfassen (Miehte, 2014, S. 21).

Für Menschen mit „dementiellen“ Erkrankungen gibt es in Wien mehrere Stationen mit speziell geschultem Personal unterschiedlicher Trägerorganisationen. Ziel ist es, die bestmögliche Pflege und Betreuung in einem ausgewogenen Verhältnis zwischen umfassender Sicherheit und persönlicher Freiheit anzubieten. Die Förderung von Ressourcen, Handlungsfreiheiten und der Erhalt der Selbständigkeit werden hierbei stets in den Vordergrund gestellt, wobei Biografiearbeit bei der Pflege und Betreuung eine bedeutende Rolle spielt (aus dem aktuellen Internetauftritt der erforschten Häuser). Für eine professionelle Pflege von Menschen mit „Demenz“ benötigt es die Fähigkeit und ein erweitertes Wissen darüber, wie man biografische Informationen in die Planung integriert sowie umfassende Kenntnisse über die Erkrankung selbst (Höfler et al., 2015; Van der Kooij, 2012; Böhm, 2018).

2.1. Zentrale Begrifflichkeiten

Im folgenden Abschnitt erkläre ich, was Major Neurocognitive Disorders bedeuten, gehe auf die Begriffe Biografie und Biografiearbeit ein und beschreibe die Pflegeplanung näher.

2.1.1. Menschen mit Major Neurocognitive Disorders und deren Versorgungssituation in Österreich

Unsere moderne Gesellschaft ist geprägt von hohen Anforderungen an das Individuum, das stets kognitive und soziale Fähigkeiten, Rationalität, Selbstkontrolle und Autonomie zu optimieren hat. Menschen mit Major Neurocognitive Disorders können diesen Leistungsansprüchen nicht mehr gerecht werden und haben dadurch ein erhöhtes Risiko, stigmatisiert zu werden.

Zwei führende US-amerikanische Alzheimer-Experten, der Medizinanthropologe Daniel R. George und der Psychologe Peter J. Whitehouse, charakterisieren die Lage der Betroffenen als ein von Angst geprägtes gesellschaftliches Umfeld, in dem das Thema „Demenz“ häufig gemieden beziehungsweise tabuisiert wird (George & Whitehouse, 2014).

Der Begriff „Demenz“ ist in Europa sowohl umgangssprachlich als auch in Fachbereichen weit verbreitet (Höfler et al., 2014). In einer Studie des Fonds Soziales Wien (FSW) im Jahr 2023 sehen 71 Prozent der befragten Wiener:innen den Begriff „Demenz“ als *„eher neutral“* an (FSW, 2022/23).

Menschen mit „Demenz“ wären demnach aus dem Lateinischen wortwörtlich übersetzt Menschen „Weg vom Geist“ beziehungsweise „geistlos“ (Bundesministerium für Gesundheit, 2025). Auch wenn ihre kognitive Fähigkeit auf diversen Ebenen beeinträchtigt ist, sind sie niemals „geistlos“. Deswegen möchte ich in meiner Arbeit den in den USA im Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 2013 (DSM 5) bereits verwendeten Begriff „Major Neurocognitive Disorders“ nutzen. Der Begriff „Demenz“ wurde im DSM 5 nicht mehr angeführt (Höfler et al., 2015; Emmady et al., 2022). Zum Teil schreibe ich den Begriff „Demenz“ unter Anführungszeichen, wenn es zum besseren Verständnis beiträgt oder ich aus der Literatur direkt zitiere.

Major Neurocognitive Disorders sind durch einen erheblichen Rückgang in mindestens einem der Kognitionsbereiche gekennzeichnet, zu denen

exekutive Funktionen, komplexe Aufmerksamkeit, Sprache, Lernen, Gedächtnis, wahrnehmungsmotorische oder soziale Kognition gehören. Der Rückgang stellt eine Veränderung gegenüber dem vorherigen Niveau der kognitiven Fähigkeiten einer betroffenen Person dar, ist anhaltend und im Laufe der Zeit fortschreitend und nicht ausschließlich mit einer Delir-Episode verbunden (Emmady et al., 2022).

Zu Major Neurocognitive Disorders zählen folgende Erkrankungen: Alzheimer-Erkrankung, Zerebrovaskuläre Erkrankung (vaskuläre neurokognitive Störung), Frontotemporale Lappendegeneration (frontotemporale neurokognitive Störung), Neurokognitive Störung mit Lewy-Körpern, Parkinson-Krankheit, Huntington-Krankheit. Außerdem können Schädel-Hirn-Traumata oder Infektionen beispielsweise mit HIV oder Prionen ursächlich für Major Neurocognitive Disorders sein (Emmady et al., 2022).

Schätzungen aus dem Jahr 2011 zufolge leben in Österreich 130.000 Personen mit Major Neurocognitive Disorders. Durch die stetige Alterung der Bevölkerung wird angenommen, dass sich dieser Anteil bis 2050 verdoppeln wird (Sütterlin et al., 2011). Laut dem Fonds Soziales Wien (FSW) leben aktuell 30 000 Menschen mit „Demenz“ in Wien (FSW, 2025). Für Deutschland werden aktuell 1,6 Millionen Menschen mit „Demenz“ geschätzt und davon ausgegangen, dass sich auch dieser Anteil in den nächsten Jahren erhöht. Zwei Drittel der Betroffenen sind weiblich. Die durchschnittliche Überlebenszeit für Menschen mit Major Neurocognitive Disorders liegt für Frauen bei sieben Jahren und bei Männern bei sechs Jahren (Kastner et al., 2022).

Kastner et al. (2022) fassen zusammen, dass Major Neurocognitive Disorders zu den teuersten Erkrankungen zählen, wobei fast 75 Prozent der direkten Kosten auf die stationäre Pflege fallen.

Major Neurocognitive Disorders gehen mit einer Veränderung der Realitätswahrnehmung einher. Dadurch kann es zu für die Gesellschaft als

„auffällig“ wahrgenommenem Verhalten kommen, was zu Konflikten mit Mitmenschen führen kann. Das Fachwissen über dieses Krankheitsbild ist wesentlich für die Mitarbeitenden in der Pflegeeinrichtung. Kommunikation mit Menschen mit Major Neurocognitive Disorders und der Umgang mit herausforderndem Verhalten muss geschult werden. Um biografieorientiert betreuen zu können, bedarf es zu dem viel Empathie, auch ist ein zeitgeschichtliches Wissen von Vorteil (Höfler et al., 2015).

Für die alltägliche Pflege sind vor allem die Symptome der Betroffenen relevant. Neben Gedächtnisstörungen treten Störungen im Bereich der Orientierung, der Psyche, des Verhaltens sowie der körperlichen Funktionen auf. Die Ursachen für diese Symptome können vielfältig sein. Nicht nur organische, sondern auch biografische, psychische, genetische, soziale und individuelle Probleme sind entscheidend für die Art der Pflege, Betreuung und Therapie (Kastner et al., 2022). Im Folgenden werden die Symptome im Hinblick auf die Relevanz für die Biografiearbeit beschrieben.

Zu den kognitiven Symptomen zählen unter anderem Einschränkungen von Urteilsvermögen, Problemlösungsfähigkeit, des Gedächtnisses sowie der Aufmerksamkeit. Betroffene erkennen Gegenstände nicht mehr (Agnosie) oder wissen nicht mehr, was sie damit anfangen sollen (Apraxie). Außerdem ist die Sprachfähigkeit betroffen (Aphasie). Die Symptome gestalten sich je nach Erkrankungsform in ihrem Auftreten und Verlauf individuell. Zentrales Merkmal ist jedoch der progrediente Verlauf, also dass sich die Symptome mit der Zeit verschlimmern (Kastner et al., 2022).

Aphasien treten zunächst amnestisch mit Wortfindungsstörungen auf. Es werden Oberbegriffe und Ersatzwörter genutzt. Menschen, die bereits vor der Erkrankung einen weitreichenden Wortschatz hatten, können noch länger „die Fassade aufrechterhalten“, als jene mit einem geringeren sprachlichen Umfang. Schreiten die Symptome weiter fort, so tritt eine semantische Aphasie auf, die dadurch gekennzeichnet ist, dass das Sprachverständnis abnimmt, die Sprachmelodie aber vorerst noch bestehen bleibt. Schlussendlich tritt der vollständige Verlust der Sprache auf (globale

Aphasie). Zu beachten ist, dass die Intensität der aphasischen Veränderung nicht automatisch mit einer Beeinträchtigung des Wortverständnisses gleichzusetzen ist (Kastner et al., 2022).

Psychische Störungen und Verhaltensänderungen zählen zu den markantesten Symptomen. Der Symptomkomplex wird im Englischen als Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) bezeichnet. Als psychische Symptome versteht man Angst, Misstrauen, Furcht, Depressivität, Stimmungsschwankungen, Frustrationen und Verkennungen. Für die Lewy-Body-Krankheit hervorstechend sind Halluzinationen (Kastner et al., 2022).

Psychische Störungen können über längere Phasen bestehen und wieder verschwinden. Sie müssen von anderen psychischen Erkrankungen differenzialdiagnostisch abgegrenzt werden. Im deutschsprachigen Raum ist der Begriff „herausforderndes Verhalten“ verbreitet. Die Ursachen sind multifaktoriell und nur teilweise klar erforscht. Störungen des Tagesablaufes können Wandern und Unruhe in der Nacht begünstigen. Akute Notfälle und Krankenhausaufenthalte gehen häufig mit einschneidenden Veränderungen im Leben der Betroffenen einher und können daher herausforderndes Verhalten hervorrufen. Zu den häufigsten zählen Umherlaufen, gestörter Schlaf-Wach-Rhythmus, Rufen und Schreien, Aggressivität, beständiges An- und Ausziehen, sexuelle Enthemmung oder das Sammeln und Verstecken von Gegenständen. Bevor therapeutische oder medikamentöse Interventionen gesetzt werden, muss die eigentliche Ursache identifiziert werden. Die Verhaltensänderungen sind von „*normalen verstehbaren Reaktionen*“ (Kastner & Löbach, 2015, S.16) von primären Symptomen der Erkrankung zu unterscheiden. Vielleicht ist die Person es nicht gewohnt, sich morgens zu duschen, und wehrt sich deswegen gegen die Pflege. Wichtig ist es, die Verhaltensänderungen stets detailliert zu beschreiben und anhand der Biografie die Ursache herauszufinden. Außerdem sollten Verhaltensweisen wie Aggressivität und

sexuelles Verhalten nicht persönlich genommen werden, jedoch im Team thematisiert werden (Kastner et al., 2022).

Körperliche Symptome treten je nach Erkrankungsform früher oder später auf und schreiten langsam voran. Betroffene entwickeln einen gestörten Schlaf-Wach-Rhythmus, Mobilitätseinschränkungen, Schmerzen und Sensibilitätsstörungen, Harninkontinenz sowie Schluck-Esstörungen im Verlauf der Krankheit (Kastner et al., 2022).

Naomi Feil, Sozialarbeiterin und Begründerin der Validation nach Naomi Feil, teilt den Verlauf der Erkrankung in vier Phasen ein: „*Mangelhafte Orientierung*“, „*Zeitverwirrtheit*“, „*sich wiederholende Bewegungen*“, und „*Vegetieren*“ (Feil & de Klerk-Rubin, 2023, S. 12). Diese Begriffe werden jedoch als etikettierend und negativ wertend empfunden. Ab 2023 wurden diese deswegen geändert, sie sollen die Darstellung der Kommunikations- und Erlebniswelt der Betroffenen besser beschreiben (ebd.):

„Person kommuniziert gut“: In der ersten Phase befinden sich Menschen, die noch überwiegend orientiert sind und sich sprachlich gut ausdrücken können. Sie bemerken jedoch den zunehmenden Verlust bestimmter Fähigkeiten und versuchen, diesen zu kompensieren – etwa durch Verleugnung, Ausweichen oder das Ausschmücken von Erinnerungen (Konfabulation). Oft zeigen sie eine starke innere Anspannung, da sie sich bemühen, Kontrolle und Selbstbild aufrechtzuerhalten. Sie möchten noch an dem festhalten, was sie noch nicht verloren haben. Gefühle wie Angst, Scham oder Verzweiflung werden häufig nicht direkt geäußert (Feil & de Klerk-Rubin, 2023, S. 12).

„Person kommuniziert“: In der zweiten Phase leben die Betroffenen zunehmend in ihrer eigenen Realität. Die Orientierung zu Zeit, Ort oder sozialen Rollen kann schwinden, die verbale Kommunikation ist meist noch möglich. Emotionen und Bedürfnisse treten nun offener zutage, oft ungefiltert und wiederholt. Die Menschen tauchen in Rollen und Situationen

aus häufig unverarbeiteten Erfahrungen aus ihrer Vergangenheit ein (Feil & de Klerk-Rubin, 2023, S. 12).

„Person kommuniziert noch“: Die dritte Phase ist gekennzeichnet durch eine reduzierte sprachliche Ausdrucksfähigkeit. Bedürfnisse und Gefühle sind weiterhin vorhanden, werden jedoch vorwiegend über nonverbale Mittel wie Bewegungen, Mimik, Laute oder stereotype Handlungen kommuniziert. Die Kommunikation erfolgt indirekt, ist aber dennoch sinnhaft – sie erfordert achtsames Beobachten und ein tiefes Einfühlungsvermögen durch die begleitenden Personen (Feil & de Klerk-Rubin, 2023, S. 12).

„Kaum wahrnehmbare Kommunikation“: In der vierten Phase schließlich ziehen sich die betroffenen Menschen stark zurück. Sprache wird kaum noch genutzt, die Kommunikation findet oft nur noch über minimale nonverbale Signale oder Reaktionen auf Berührung, Tonfall oder andere Sinnesreize statt. Auch wenn sie nach außen hin kaum noch ansprechbar erscheinen, geht man davon aus, dass sie auf emotionaler Ebene weiterhin mit ihrer Umwelt in Kontakt stehen können – etwa über Musik, vertraute Stimmen oder körperliche Nähe (Feil & de Klerk-Rubin, 2023, S. 12).

Obwohl Major Neurocognitive Disorders nicht heilbar sind, kann durch evidenzbasierte, psychosoziale Interventionen der Krankheitsverlauf verlangsamt und die Lebensqualität verbessert werden. Es ist sehr hilfreich, sich in der Betreuung, Pflege und Unterstützung von Menschen mit Major Neurocognitive Disorders auf ihre Bedürfnisse zu konzentrieren, um ihre Orientierung zu verbessern (Höfler et al., 2015). Starre Tagesabläufe, wie sie in Pflegeeinrichtungen üblich sind, erschweren eine individuelle Betreuung und Pflege von Menschen mit Major Neurocognitive Disorders. Mittlerweile gibt es in allen österreichischen Bundesländern spezielle Betreuungsangebote wie Stationen, Wohngruppen oder Tagesbetreuung für Betroffene. 2007 waren es bundesweit 2.193 Plätze in 70 von 900 Einrichtungen (Pochobradsky et al., 2008).

Es zeigen sich einige Vorteile von Spezialstationen für Menschen mit Major Neurocognitive Disorders. Bewohner:innen haben mehr soziale Kontakte zu den Pflegepersonen. Es gibt mehr Angebote zur Aktivierung und die Biografie der Betroffenen wird vertieft berücksichtigt (Nobili et al., 2008; Weyerer et al., 2010).

Gemäß erster Studienergebnisse haben Menschen mit Major Neurocognitive Disorders in milieuthérapeutisch orientierten Einrichtungen eine höhere Lebensqualität als in Institutionen ohne speziell geschultes Personal (Deufert et al., 2013; Schneider & Wappelshammer, 2010). Es wird ein Milieu, das das tatsächliche Leben der Menschen mit ihrer Biografie und ihren Vorlieben und Routinen berücksichtigt, angestrebt. Dadurch soll die Verbindung zum „bisherigen“ Leben aufrecht erhalten bleiben. Das so entstandene Umfeld hat die Aufgabe, zu stimulieren und einzuladen und – entsprechend den vorhandenen Ressourcen wie gesundheitlichen Beeinträchtigungen – selbst aktiv zu werden (Schneider, 2007).

2.1.2. Biografie

Der Begriff „Biografie“ wird allgegenwärtig verwendet (Sander, 2006). Unter Biografie (aus dem Griechischen wortwörtlich übersetzt mit *„Lebensbeschreibung“* (Pfeifer, 1989)) versteht man *„eine im lebenslangen Prozess erworbene Aufschichtung und Interpretation von Erfahrungen, die bewusst oder unbewusst in unsere Weltdeutung und heutiges Handeln eingehen“* (Gudjons, et al., 2008, S. 21). Es gibt mehrere Kontexte und Fachbereiche, in denen der Begriff Biografie verwendet wird.

Biografie beschreibt die Bedeutung von Lebensereignissen für die erzählende Person (Miethe, 2014). Miethe (2014) fasst Biografien als *„subjektive und bedeutungsstrukturierte Konstruktionen des individuellen Lebens, wie sie sich in der kognitiven, emotionalen und körperlichen Auseinandersetzung zwischen individuellem Erleben und gesellschaftlichen und kulturellen Dimensionen herausbilden“* (S. 11) zusammen.

Sander (2006) beschreibt Biografien als „soziale Konstrukte“, damit meint sie, dass Biografien

„in einem spezifischen gesellschaftlichen strukturierten Sozialraum verortet sind und sich insbesondere aufgrund eines Verständnisses der wechselseitigen Verwobenheit von Gesellschaften und Individuum deutend verstehen lassen.“ (ebd., S. 3)

Biografien sind gesellschaftlich, kulturell und von geschichtlichen Ereignissen geprägt, werden jedoch jeweilig individuell gedeutet. Es empfiehlt sich jede Lebensgeschichte vorurteilsfrei anzunehmen (Sander, 2006).

Die pflegerische Arbeit ist eine „strukturierte Interaktionssituation“, die grundsätzlich auf „biografischen Dimensionen“ beruht. „In biografischen Konstrukten wird deutlich, wie Lebens und Krankheitsgeschichten miteinander verwoben sind.“ (ebd., S. 7)

2.1.3. Biografiearbeit

„Biografiearbeit oder biografische Selbstreflexion ist die bewusste Erinnerung und dialogische, auch (selbst-)kritische Auseinandersetzung mit geschichtlichen Tatsachen und den impliziten Sinndeutungen, die Menschen ihrem Leben geben.“ (Kohn et al., 2010, S. 5)

In der Pflege- und Pflegebildungsliteratur findet Biografiearbeit seit den 1990er-Jahren zunehmende Beachtung. Angestrebt werden mit biografischen Methoden ein ganzheitlicher Ansatz und eine verbesserte Betreuung vor allem von älteren Menschen mit Major Neurocognitive Disorders (Sander, 2006). Sander (2006) sieht Biografiearbeit als „professionelle Handlungsorientierung“ (S. 3) und unterscheidet drei „mit biographischen Perspektiven verbundene methodische Ansätze, welche in der Theorie und Praxis diskutiert werden“ (S. 2):

„Lebensgeschichtliche Daten werden gesammelt und dokumentiert“, beispielsweise anhand von „standardisierten oder individuell entwickelten ‚Biographiebögen‘“ (Sander, 2006, S. 2)

„Durch die Anleitung in Methoden der biographischen Selbstdarstellung und Selbstdeutung soll die Arbeit an den mit lebensgeschichtlichen Ereignissen verbundenen Gefühle und Wertungen unterstützt werden.“ (Sander, 2006, S. 2)

Eine Um- und Neuorientierung der Lebensgeschichte soll so für die betroffene Person ermöglicht werden – beispielsweise dienen *„Lebenslinie“* oder *„Lebensbuch“* dazu (Kerkhoff & Halbach, 2002 in Sander, 2006).

„Durch methodische Anleitung im ‚Reminiszieren‘ sollen kollektiv geteilte Erfahrungen hervorgebracht werden.“ (Sander, 2006, S. 2) Das Erzählen in einer Gruppe, soll die Teilnehmenden miteinander verbinden und ihre wertvollen Erinnerungen von der damaligen Zeit ins Hier und Jetzt bringen. Dafür empfehlen sich z.B. *„Erzählcafés“* oder so genannte *„Erinnerungskoffer“* (Osborn et al., 1997 in Sander, 2006, S. 2).

Sander 2006 plädiert für ein *„weitergehendes, konzeptionelles Verständnis von Pflegerischer Biographiearbeit“* (Sander, 2006, S. 2).

Bei der Biografiearbeit im pflegerischen Setting ist entscheidend, wie die erzählende Person das Erlebte für sich wahrnimmt (Matolycz, 2011; Berendonk & Caine, 2019; Sander, 2006). Diese Wahrnehmung kann sich auch im Laufe der Zeit verändern und neu von der betroffenen Person interpretiert werden. Es geht nicht darum, wahrheitsgetreue Fakten zu sammeln, sondern die Punkte, die für die betroffene Person relevant sind, zusammenzutragen (Miehte, 2014; Sander, 2006).

Durch Biografiearbeit soll *„Biografizität“* erworben werden. Diese essenzielle Fähigkeit der Selbst(neu)deutung von Lebensereignissen wurde von Peter Alheit (1992) als *„Biographizität“* beschrieben.

„Biographizität bedeutet, dass wir unser Leben in den Kontexten, in denen wir es verbringen (müssen), immer wieder neu auslegen können, und dass wir diese Kontexte ihrerseits als ‚bildbar‘ und gestaltbar erfahren“ (Alheit, 1992, S.77 in Sander, 2006, S. 3)

Allgemeine historische Aspekte sind Teil jeder Biografie. Jedoch sind vor allem auch die subjektiven Erfahrungen zu erfragen, da sie widerspiegeln, wie die betreute Person die gesellschaftlichen und lebensweltlichen Bedingungen ihrer Zeit wahrgenommen und verarbeitet hat. Beispielsweise ist eine Person vom Krieg traumatisiert, weil sie an der Front kämpfen musste. Eine andere nahm den Krieg weniger bedrohlich wahr, weil sie im ländlichen Gebiet lebte, war aber besorgt über die Gesundheit ihres Kindes, weil es zu der Zeit schwer krank war (Matolycz, 2011; Berendonk & Caine, 2019).

Die Kenntnis über prägende oder gar traumatische Erlebnisse kann ein Verständnis für etwaiges Verhalten bieten (Matolycz, 2011). Impulse, basierend auf vertrauten Erfahrungen, helfen den zu Betreuenden sich in einer ihnen fremden Umgebung zu orientieren. Eine individuell angepasste Gestaltung der Umgebung sowie das Einbringen von Gewohntem in den Pflegeprozess der zu betreuenden Person vermitteln dieser Sicherheit, Entlastung und Anerkennung. Dabei ist zu bedenken, dass man besonders von emotionalen Erlebnissen aus den ersten drei Lebensjahrzehnten geprägt wird, aber auch Erinnerungshöcker aus späteren Jahren können von Bedeutung werden (Höwler, 2013; Böhm, 2018). Die Menschen werden in ihrer Rolle, mit der sie sich einst identifizierten, bewusst wahrgenommen und darauf angesprochen. Durch diese Erinnerung an die „alte“ Identität soll wieder eine gewisse Motivation geweckt werden. Die Ressourcen, die die Person hat(te), können dadurch aktiviert und erhalten bleiben (Matolycz, 2011; Böhm, 2018).

2.1.4. Pflegeplanung

Mit dem Ziel, einen bestimmten Pflegestandard gewährleisten zu können, strebte die Pflege weg von einer rein intuitiven hin zu einer geplanten Vorgehensweise. Mehrere Pflegewissenschaftler:innen und Lehrende entwickelten im Laufe der Zeit diverse Pflegemodelle, Pflegediagnosen sowie spezielle Pflegeleitbilder für Einrichtungen, die als Orientierung und zur Qualitätssicherung dienen (siehe u.a. Kußmaul & Vater, 2024; Hojdelewicz, 2021).

Der Pflegeprozess wird in mehrere Phasen eingeteilt, gemäß Fiechter und Meier (1993) werden zunächst Informationen anhand der Anamnese gesammelt, daraufhin Probleme und Ressourcen erkannt, Pflegeziele festgelegt, Maßnahmen geplant, Maßnahmen durchgeführt und die Pflege evaluiert. Diese Vorgehensweise ist zyklisch (Fiechter & Meier 1993 in Kußmaul & Vater, 2024). Die strukturierte und zielgerichtete Vorgehensweise von professionellen Pflegekräften bei der Versorgung der zu betreuenden Person wird in der Pflegeplanung zusammengefasst. Diese beinhaltet im Groben **Pflegediagnosen, Pflegeprobleme, Ressourcen** und **Pflegemaßnahmen** sowie deren **Evaluation** (Hojdelewicz, 2021; Kußmaul & Vater, 2024). Eine pflegerische **Zielsetzung** ist nur sinnvoll, wenn das Ziel auch objektiv überprüfbar ist. Wenn es ausschließlich darum geht, dass sich die zu pflegende Person wohlfühlt, kann dies als Grundvoraussetzung angesehen werden und muss nicht extra als Ziel definiert werden (Kußmaul & Vater, 2024). Dabei soll jede Planung individuell gemäß den Bedürfnissen der jeweiligen betroffenen Person angepasst werden, auch wenn sie elektronisch mittels Computersoftware gestützt ist (Kußmaul & Vater, 2024; Völkel & Ehmann, 2021):

Der Begriff **Diagnose** kommt aus dem Griechischen und ist eine

„Entscheidung aufgrund genauer Beobachtung und Untersuchung, abgegebene Feststellung, Beurteilung eines Zustands“ (Völkel & Ehmann, 2021, S. 13).

Um eine passende Diagnose erstellen zu können, benötigt es ausreichend Information und Fachwissen. Eine Pflegediagnose umfasst die Identifikation des spezifischen Pflegeproblems, seiner Ursachen und der beobachtbaren Symptome, um zielgerichtete Pflegeziele und -maßnahmen festzulegen (Völkel & Ehmann, 2021; Kußmaul & Vater, 2024). Mittlerweile sind diverse Klassifikationssysteme für Pflegediagnosen auf Basis von NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) entwickelt worden. Werden neue Diagnosen in der Praxis benötigt, sollen diese wissenschaftlich fundiert erstellt werden (Kußmaul & Vater, 2024).

Pflegeprobleme beziehen sich auf gesundheitliche oder psychosoziale Herausforderungen, die bei einer pflegebedürftigen Person identifiziert werden und die durch pflegerische Interventionen beeinflusst oder gelöst werden können. Diese Probleme können physischer, psychischer oder sozialer Natur sein und reichen von Schmerzen und Mobilitätseinschränkungen über emotionale Belastungen bis hin zu Schwierigkeiten in der Alltagsbewältigung. Das Erkennen und Dokumentieren von Pflegeproblemen ist entscheidend für die Entwicklung eines effektiven Pflegeplans (Hojdelewicz, 2021; Kußmaul & Vater, 2024).

Ressourcen sind die Fähigkeiten, Stärken und Unterstützungssysteme, die eine pflegebedürftige Person und ihr Umfeld einbringen können, um die Pflegeprobleme zu bewältigen oder zu lindern. Diese können sowohl interne Ressourcen wie körperliche Stärke, kognitive Fähigkeiten oder emotionale Resilienz als auch externe Ressourcen wie familiäre Unterstützung, soziale Netzwerke oder Hilfsmittel und Technologien umfassen. Die Identifizierung und Nutzung von Ressourcen sind wichtig, um die Pflege effektiver und individueller zu gestalten (Hojdelewicz, 2021; Kußmaul & Vater, 2024).

Pflegemaßnahmen sind konkrete Handlungen und Interventionen, die von Pflegenden geplant und durchgeführt werden, um die identifizierten Pflegeprobleme zu lösen, zu lindern oder die Gesundheit und Lebensqualität der pflegebedürftigen Person zu verbessern. Diese Maßnahmen können präventiver, therapeutischer oder rehabilitativer Natur sein. Jede

Maßnahme wird basierend auf dem individuellen Pflegeplan ausgewählt und umgesetzt (Hojdelewicz, 2021; Kußmaul & Vater, 2024).

Die **Evaluation** in der Pflege bezieht sich auf die systematische Überprüfung und Bewertung der Wirksamkeit der durchgeführten Pflegemaßnahmen. Sie umfasst die kontinuierliche Beobachtung und Dokumentation des Zustands der pflegebedürftigen Person sowie die Überprüfung, ob die festgelegten Pflegeziele erreicht wurden. Durch die Evaluation können Anpassungen im Pflegeplan vorgenommen werden, um die Pflege stets zu optimieren und sicherzustellen. Eine Evaluation ist erforderlich, wenn sich der Zustand der betroffenen Person plötzlich ändert. Außerdem soll eine Evaluation nach einem sinnvoll festgelegten Zeitabschnitt erfolgen (Hojdelewicz, 2021; Kußmaul & Vater, 2024).

May et al. (2009) liefern mit Enriched Care Planning for People with Dementia eine Anleitung für die Pflege, wobei die Personenzentriertheit stark im Fokus steht. Das Enriched Model of Dementia (Kitwood, 1997) dient als Basis des Enriched Care Planning for People with Dementia. Die Lebensgeschichte spielt neben dem Lebensstil, Zukunftswünschen, Persönlichkeit, Gesundheit, Handlungsfähigkeit, kognitive Fähigkeiten und der aktuellen Lebenssituation eine bedeutende Rolle. Anhand der erhobenen Informationen aus all diesen Themenbereichen wird der Pflegeprozess individuell geplant (May et al., 2009). Enriched Care Planning gestaltet sich in fünf Schritten: „*profiling the person*“, „*identifying needs*“, „*documenting needs*“, „*implementing the plan*“ und „*reviewing the plan*“ (May et al., 2009, S. 19).

2.2. Biografie(arbeit) in unterschiedlichen Pflegemodellen

Im Laufe der Zeit haben sich mehrere pflegerisch relevante Modelle, Konzepte sowie Projekte entwickelt, die Biografiearbeit beinhalten. Sie thematisieren biografische Inhalte von Bewohner:innen einer Pflegeeinrichtung und zeigen deutliche Vorteile für die Lebensqualität und das Wohlbefinden der Bewohner:innen sowie für deren Angehörige und

Betreuende auf (Berendonk & Caine, 2019; Kellett et al., 2010; Guna et al., 2022).

Im folgenden Kapitel beschreibe ich das psychobiografische Pflegemodell nach Böhm und das DEMIAN-Konzept von Berendonk et al., das Mäeutische Pflege- und Betreuungsmodell von van der Kooij, und das Modell der fördernden Prozesspflege nach Krohwinkel.

Zudem erkläre ich auch das Stufenmodell nach Erikson, das eine Basis für das Verständnis der psychologischen Entwicklung eines Menschen liefert. In der Biografiearbeit wurde diese Theorie bereits mehrmals für Projekte wie beispielsweise das Biography & Life Storybook verwendet (siehe Kapitel 2.3.3.).

2.2.1. Psychobiografisches Pflegemodell nach Böhm

Der österreichische Pflegewissenschaftler und diplomierte psychiatrische Krankenpfleger, Erwin Böhm, plädierte bereits 1999 dafür, dass Betagte wieder zu mehr Aktivität motiviert werden sollen. Sie sollen auf psychischer Ebene wieder aufleben, mit der Absicht ihre Fähigkeiten und Potenziale zu fördern. Seine Grundidee zielt auf eine personenzentrierte Pflege durch Anerkennung der psychobiografisch gewachsenen Identität ab. So sieht er es als abwegig, Menschen an einer Therapie teilnehmen zu lassen, die jedoch oft fern der Lebensrealität und Gefühlswelt der Betroffenen in Hinsicht auf die Biografie ist.

Folgendes Beispiel führt er an: Eine Frau, die Kochen verabscheute und dies nur als lästige Pflichterfüllung gesehen hat, wird in einer Koch- und Backgruppe kaum Freude empfinden. Diese biografische Information ist somit relevant für das Betreuungsteam. Außerdem hängt auch das Krankheitserleben von der bisherigen Lebensgeschichte ab (Böhm, 1999).

„Einer der immer viel gelesen hat, wird auf eine Sehbehinderung depressiver reagieren als auf eine Beinlähmung.“ (Böhm, 1999, S. 129-130)

Erwin Böhm wurde 1940 geboren, lernte zuerst Autospengler, absolvierte jedoch 1963 das Krankenpflege-Examen und arbeitete auf psychiatrischen Stationen. Seit 1968 stellte er im Zuge seiner beruflichen Ausübung die gängige Praxis der Altenhilfe in Frage, er formulierte eine neue Ethik und entwickelte das psychobiografische Paradigma. Im Alleingang re-integrierte Böhm 1978 einen Patienten der psychogeriatrischen Station in dessen Wohnung. Zuerst wurde er deswegen scharf von seiner Disziplin kritisiert, 1984 wurde er für sein Modell der Übergangspflege jedoch ausgezeichnet. Das Modell ermöglichte bis zu der Zeit schon tausenden Patient:innen eine Entlassung ins eigene Zuhause. Böhm veröffentlichte im Laufe seiner Karriere mehrere Bücher über pflegerisch gerontopsychiatrische Aspekte. 1999 veröffentlichte er sein zweibändiges Grundlagenwerk zum „Psychobiografischen Pflegemodell nach Böhm“. Er wirkte an mehreren Forschungen mit und verbreitet seine Ideen stetig durch Fortbildungen (ENPP-Böhm, 2025).

Er beschreibt ein emotional-affektives biografisches Verhalten bei hochaltrigen Menschen. Verhaltensauffälligkeiten entstehen demnach durch pathologische Schlüsselreize, die zur Überforderung des Menschen führen. Um diese Schlüsselreize zu verstehen, muss der Zusammenhang mit der individuellen (thymopsychischen) Biografie und der daraus resultierenden „Prägung“ eruiert werden. Folglich ist es entscheidend, die psychobiografische Normalität eines Menschen zu kennen und sie wiederherzustellen. Dem zu Grunde legt er mehrere wissenschaftliche Theorien, unter anderem das Wissen der Anatomie und Physiologie, der Unterscheidung von Noopsyche (für das intellektuelle Denken) und Thymopsyche (die Gefühlswelt). Außerdem bedient er sich Teilen der Tiefenpsychologie von Sigmund Freud sowie der Individualpsychologie von Alfred Adler. Sein Ziel war es, ein besonders praxistaugliches Modell zu entwickeln. Somit steht es zwischen Pflegeforschung und Praxisorientierung und ist kein theoretisches Pflegekonzept per se. Seitens der Pflegewissenschaft wird es dadurch auch kritisch gesehen. Mittlerweile gibt es in Europa jedoch mehrere Häuser, die nach Böhm pflegen und

regelmäßig Rückmeldungen geben. Diese werden von dem Europäischen Netzwerk für psychobiografische Pflegeforschung (ENPP)-Böhm Austria GmbH zertifiziert (Böhm, 2018; ENPP-Böhm, 2025). Pilgerstorfer (2012) zeigte ebenso den positiven Einfluss der Pflege nach Böhm in einem Pflegeheim in St. Pölten auf.

Böhm bezeichnet sein Modell eigentlich als ein psychotherapeutisch und geschichtswissenschaftlich orientiertes Pflegeverfahren, bei dem es um Handlungen geht (Böhm, 2019). Er gibt an, die „*Einfachheit des Lebens*“ anzustreben und fasst seine Idee in folgende „Formel“ zusammen:

*„**Biographische Prägungen** erfolgen über **Schlüsselreize**, welche im **Umkehrphänomen** (positive/negative oder ambivalente) **Emotionen**, **Gefühle**, **Affekte** auslösen können und mit einem **Coping** beantwortet werden.“* (Böhm, 2019, S. 9)

Das psychobiografische Pflegemodell nach Erwin Böhm versteht Verwirrtheit und auffälliges Verhalten alter Menschen in erster Linie als seelisch bedingt und nicht ausschließlich als Folge organischer Prozesse. Es geht davon aus, dass Erfahrungen und Prägungen aus den ersten 25 bis 30 Lebensjahren im Alter wieder an Bedeutung gewinnen und das Verhalten maßgeblich beeinflussen. Pflege soll deshalb an die individuelle Lebensgeschichte, emotionale Prägungen und Bewältigungsstrategien („Copings“) des Menschen anknüpfen, um eine sogenannte „reaktivierende Seelenpflege“ zu ermöglichen. Ziel ist es, die vorhandenen Ressourcen zu stärken und insbesondere die geistige und emotionale Selbstständigkeit der Pflegebedürftigen zu erhalten. Böhm fordert eine Abkehr von reiner Krankenpflege hin zu einer Gesundheitspflege, bei der der Mensch und nicht das Bett im Mittelpunkt steht (Böhm, 1999; 2019).

Böhm unterscheidet in seinem Modell sieben emotionale Erreichbarkeitsstufen zur Kontaktaufnahme, auf denen sich eine betroffene Person befinden kann. Pflegekräfte sollen lernen, die jeweilige Stufe zu erkennen und ihr Handeln darauf abzustimmen, um seelische Erreichbarkeit

und Lebensenergie – den sogenannten „*elan vital*“ – zu fördern. Diese Stufen werden jeweils mit Altersstufen der menschlichen Entwicklung verglichen. Kennt man die einzelnen Erreichbarkeitsstufen und die jeweilige biografische Prägung der Person, lässt sich das Verhalten der Person besser verstehen und angemessen darauf reagieren (Böhm, 2019, Popp, 2002).

Ist eine betroffene Person auf einer bestimmten Stufe – beispielsweise Stufe 1 – nicht mehr erreichbar, kann versucht werden, über die nächstniedrigere Stufe Kontakt aufzunehmen und biografische Impulse aus dem Lebensalter zu setzen.

Stufe 1: „**Sozialisation**“ (Böhm, 2019, S. 71)

Diese Stufe ist mit dem Erwachsenenalter vergleichbar. Lernen, logisches Denken sowie die Anpassung an gesellschaftliche Regeln und Normen sind möglich. Es geht um das Erzählen und Reflektieren der eigenen Lebensgeschichte (Böhm, 2019; Popp, 2002).

Stufe 2: „**Mutterwitz**“ (Böhm, 2019, S. 72)

Diese Stufe entspricht dem Jugendalter. Die Person spricht frei von der Seele, ohne sich stark an Konventionen oder gesellschaftliche Regeln zu halten. Spontaneität und emotionale Offenheit stehen im Vordergrund (Böhm, 2019; Popp, 2002).

Stufe 3: „**emotionales Grundbedürfnis**“ (Nachholbedürfnisse und Copings) (Böhm, 2019, S. 72)

Die Erreichbarkeit entspricht der eines Kindes im Alter von etwa 6 bis 12 Jahren. Viele kognitive Fähigkeiten sind bereits eingeschränkt. Der Zugang erfolgt hauptsächlich über die seelischen und sozialen Grundbedürfnisse wie Nähe, Anerkennung und Zugehörigkeit (Böhm, 2019; Popp, 2002).

Stufe 4: „**Prägungen**“ (Böhm, 2019, S. 74)

Diese Stufe ist dem Entwicklungsalter von 3 bis 6 Jahren zuzuordnen. Erlernte, wiederholte und verinnerlichte Verhaltensweisen prägen das

Handeln. Sicherheit und Orientierung werden vor allem durch Rituale und vertraute Abläufe vermittelt (Böhm, 2019; Popp, 2002).

Stufe 5: „**höhere und niedere Antriebe**“ (Böhm, 2019, S. 75)

Auf dieser Stufe stehen höhere und niedere Antriebe im Vordergrund. Ziel ist es, die Person in dem zu fördern, was ihr noch möglich ist, und vorhandene Fähigkeiten zu unterstützen (Böhm, 2019; Popp, 2002).

Stufe 6: „**Rituale, Glaube, Intuition, Aberglaube**“ (Böhm, 2019, S. 75)

Diese Stufe entspricht dem Säuglings- bzw. Kleinkindalter. Gefühle, Bilder, Märchen, Symbole und auch Aberglaube gewinnen an Bedeutung. Die Kommunikation erfolgt überwiegend intuitiv und emotional (Böhm, 2019; Popp, 2002).

Stufe 7: „**Urkommunikation**“ (Böhm, 2019, S. 77)

In Anlehnung an Bienstein & Fröhlich (2021) beschreibt diese Stufe die Urkommunikation. Sie ist dem Säuglingsalter zuzuordnen. Die Erreichbarkeit ist nahezu ausschließlich emotional, während die körperliche und verbale Kommunikation stark eingeschränkt ist (Böhm, 2019; Popp, 2002).

An mehreren Beispielen in seinen schriftlichen Werken zeigt er anhand von Personen in einem verwirrten Zustand auf, dass mangelndes Verständnis für biografisch bedingtes Verhalten eine zusätzliche Verwirrung erzeugen kann. Böhm betont zudem, dass altersbedingte Auffälligkeiten wie Aggression, Depression oder Vergesslichkeit positiv beeinflussbar und möglicherweise auch reversibel sind. Die Umsetzung seines Ansatzes setzt biografische Arbeit, psychologisches Einfühlungsvermögen und eine veränderte Organisationsstruktur in der Pflege voraus (Böhm, 2018 und 2019; Popp, 2002).

Popp (2002) weist jedoch kritisch darauf hin, dass die derzeitigen Personalressourcen und Ausbildungsbedingungen unzureichend sind, um das Modell flächendeckend anzuwenden. Dennoch bietet das psychobiografische Pflegemodell eine praxisnahe Grundlage für eine

menschenwürdige, aktivierende und emotional verstehende Altenpflege (Popp, 2002).

2.2.2. DEMIAN („DEmenz“kranke Menschen in Individuell bedeutsamen Alltagssituationen)-Pflegekonzept

Dieses Konzept wurde von 2004-2010 im Zuge eines zweiphasigen wissenschaftlichen Projektes entwickelt und erforscht. Das Projekt wurde von Professor Dr. Andreas Kruse geleitet. Er ist als Psychologe und Gerontologe Professor am Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg tätig. Gefördert wurde das Projekt vom Deutschen Bundesministerium für Bildung und Forschung (Stanek et al., 2010).

Das DEMIAN-Pflegekonzept dient zur gezielten emotionalen Förderung des subjektiven Wohlbefindens von Menschen mit „Demenz“ in der stationären Pflege, aber auch im häuslichen Setting. Biografie und Biografiearbeit spielen dabei bedeutende Rollen. Pflegekräfte sollen dabei unterstützt werden, diese in den Pflegeprozess sowie in die Pflegeprozessplanung zu integrieren. Dafür versuchte das Projekt einen Weg aufzuzeigen.

Auf das Langzeitgedächtnis können Menschen mit Major Neurocognitive Disorders auch noch in den fortgeschrittenen Stadien zurückgreifen. Außerdem werden Emotionen noch bis zum Schluss erlebt. Mittels eines ressourcenorientierten Ansatzes sollen die Fähigkeiten, die durch die Erkrankung beeinträchtigt sind, gefördert werden. Dafür sind eine gezielte Beobachtung und ein Austausch mit all den Personen, die im engen Kontakt mit der erkrankten Person stehen, und der erkrankten Person selbst notwendig. Es geht darum, die Vorlieben und Interessen sowie Möglichkeiten der Entspannung für die betroffene Person zusammenzufassen. Die Basis des DEMIAN-Konzeptes ist die Erhebung der Biografie. Dies kann beispielsweise durch Gespräche, Beobachtung der Reaktion der betroffenen Person auf bestimmte Situationen und Stimuli sowie Beobachtung der Verhaltensweisen erfolgen. Individuell sollen auf

diese gesammelten Informationen konkrete Maßnahmen zu positiven Situationen für die Betroffenen überlegt und umgesetzt werden.

Nochmals betont wird vom Projektteam, dass der gemeinsame Austausch zu Erfolg bringenden Interventionen geführt hat. Eine Evaluation der Maßnahmen ist immer erforderlich. Als Indikator für eine gelungene Umsetzung dient das aktuelle Erleben, das sind verbale und nonverbale Hinweise auf die emotionale Befindlichkeit der betroffenen Person (Berendonk et al., 2011).

2.2.3. Das mäeutische Pflege- und Betreuungsmodell nach Cora van der Kooij

Cora van der Kooij schuf mit dem mäeutischen Pflege- und Betreuungsmodell ein Pflegeverständnis, das Empathie, Beziehung und Sinnhaftigkeit ins Zentrum rückt. Das mäeutische Pflegemodell beschäftigt sich mit Intuition, Empathie, Kontakt, Beziehung, Vertrautheit, Erlebensphasen bei Krankheit sowie „Demenz“ und Coping-Strategien, um die erlebensorientierte Professionalität hervorzuheben (Van der Kooij, 2017).

Cora van der Kooij wurde 1946 in Amsterdam geboren. Nach Abschluss ihrer Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegeperson im Jahr 1969 begann sie ihre berufliche Laufbahn in der Pflege. Schon früh empfand sie den Pflegeberuf jedoch als zu stark medizinisch-technisch geprägt; die menschlichen und emotionalen Aspekte des pflegerischen Handelns traten für sie zu sehr in den Hintergrund. Von 1969 bis 1979 studierte sie Geschichte, entschied sich jedoch anschließend, wieder in ihren Pflegeberuf zurückzukehren. Ein zentraler Wendepunkt in ihrem beruflichen Werdegang war ihre Tätigkeit ab 1982 als Praxisbegleiterin in einem Pflegeheim. In dieser Position verlagerte sich ihr Fokus zunehmend auf die Altenpflege und das Pflegepersonal. Ihr erklärtes Ziel war es, die kognitive und emotionale Komplexität des Pflegeberufs in der Gesellschaft sichtbar zu machen. Zwischen 1982 und 1985 arbeitete van der Kooij als pflegewissenschaftliche

Forscherin am Instituut voor Verplegingswetenschap (Institut für Pflegewissenschaft) in den Niederlanden. In diesem Umfeld entstand die Grundlage für die Entwicklung der „mäeutischen, didaktischen Methode“, die später als mäeutisches Pflege- und Betreuungsmodell bekannt wurde. Ein bedeutender Einfluss auf ihre theoretische und praktische Arbeit war die Begegnung mit Naomi Feil, der Begründerin der Validation. Cora van der Kooij war als Mitarbeiterin der „Stichting Validation“ (Stiftung für Validation) in den Niederlanden tätig und entwickelte gemeinsam mit Kolleg:innen verschiedene Kursformate zur Ausbildung von sogenannten „Konsulenten“ (Validation-Berater:innen).

1990 nahm Nicole Richard Kontakt zu Cora van der Kooij auf, um mehr über die Validation und die von Van der Kooij weiterentwickelte Form der erlebensorientierten Pflege zu erfahren. Im Laufe der Jahre wurde Cora van der Kooij auf zahlreiche nationale und internationale Kongresse eingeladen, um ihr mäeutisches Modell vorzustellen. Dieses fand zunehmend auch im deutschsprachigen Raum Verbreitung. 1996 gründete sie gemeinsam mit der Verwaltung der „Stichting Validation“ in den Niederlanden das Instituut voor de Mäeutische Ontwikkeling in de Zorgpraktijk (IMÖZ, deutsch: Institut für die mäeutische Entwicklung in der Pflegepraxis), das bis heute eine zentrale Rolle in der Verbreitung und Weiterentwicklung des mäeutischen Pflegeansatzes spielt.

Zwischen 2003 und 2006 war van der Kooij Mitglied der Expert:innengruppe „Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe“ im Auftrag des Deutschen Bundesministeriums für Gesundheit. Ab 2002 fand das mäeutische Pflegekonzept auch in Österreich zunehmend Anwendung, wo zahlreiche Alten- und Pflegeeinrichtungen die Grundgedanken des Modells in ihre Praxis integrierten. Trotz einer schweren Krebserkrankung, die 2008 diagnostiziert wurde, blieb Cora van der Kooij bis zuletzt wissenschaftlich und beratend tätig. Ihr Wirken war bis in ihre letzten Lebensjahre durch ein

tiefes Bewusstsein für die menschliche Dimension der Pflege geprägt. Im Jahr 2018 verstarb sie in einem Hospiz (afmd, 2019).

Van der Kooij sah ihr mäeutisches Pflege- und Betreuungsmodell eigentlich als „eine Theorie, die ihren Schwerpunkt auf die praktische Umsetzung legt und die Pflegebeziehung in den Mittelpunkt stellt“ (van der Kooij, 2017, S. 19). Der Kern dieses Modells ist die erlebensorientierte Pflege. Dieses enthält die vier Dimensionen Menschsein, Gesundheit und Krankheit, Pflege und Betreuen und Umgebung (van der Kooij, 2017).

Die mäeutische Methodik soll die Pflegekräfte dabei unterstützen die Erlebenswelt der zu betreuenden Person bewusster wahrzunehmen (van der Kooij, 2010, 2012, 2017). Das griechische Wort Mäeutik bedeutet „Hebammenkunst“, mäeutisch steht für „erlösend oder befreiend“. Diese Methode wurde von Sokrates im Gespräch mit Schüler:innen angewandt, damit diese selbst zu ihrer Erkenntnis kommen.

Dr. Cora van der Kooij griff diese Idee für ihr Modell auf. Sie benutzte den Begriff deswegen, weil sie davon überzeugt war, dass Pflegenden Begriffe benötigen, die es ihnen ermöglichen, ihre intuitiven Kompetenzen in einer gemeinsamen Fachsprache auszudrücken. Pflegerisches Handeln erfolgt dabei häufig implizit und intuitiv. Ziel ist es, diese bewusst gestaltete Pflegequalität und ihre Wirkung sichtbar und für die interdisziplinäre Zusammenarbeit nutzbar zu machen (van der Kooij, 2017). Ursprünglich wurde das Modell in der psychogeriatrischen Praxis für Menschen mit „Demenz“ entwickelt. Es lässt sich jedoch – bei entsprechender Anpassung an die jeweilige Zielgruppe – auch in der Betreuung von Menschen mit körperlichen Behinderungen, psychiatrischen Erkrankungen, Multipler Sklerose sowie in der Palliativversorgung anwenden. Sie schreibt selbst, dass ihr Modell für und mit Pflegenden entwickelt wurde (van der Kooij, 2012).

Entscheidend für eine erlebnisorientierte Pflege ist das Herstellen von Kontakt. Pflegekräfte bedienen sich situationsangemessen all ihrer zur

Verfügung stehenden Methoden und Fähigkeiten, um einen positiven Kontakt zu den Betroffenen aufzubauen. In der Mäeutik wird dieses Vorgehen als „suchend reagieren“ bezeichnet und erfordert Zuwendung und Aufgeschlossenheit. Pflegende müssen sich der eigenen Gefühle bewusst sein, Distanz halten, unvoreingenommen wahrnehmen, Bedeutung geben sowie reagieren und alle zur Verfügung stehenden Mittel einsetzen. Sie bewegen sich kontinuierlich im Spannungsfeld zwischen „Mitgehen“ und „Gegensteuern“ sowie zwischen der Förderung der Selbstständigkeit der Betroffenen und der Übernahme pflegerischer Aufgaben (van der Kooij, 2012).

Bei Cora van der Kooij steht nicht nur die zu betreuende Person im Mittelpunkt, auch die Sensibilität des Betreuungsteams gilt als wesentlich. Mit dem Bewusstsein, dass wir alle vulnerabel sind und von unseren Lebensgeschichten geprägt werden, soll eine individuelle Pflege ermöglicht werden, die sich von einer dogmatischen Haltung abwendet. Stattdessen soll die Pflege durch eine Kombination aus Intuition, Lebenserfahrung und evidenzbasiertem Wissen mit der Unterstützung der Mäeutik geleitet werden (van der Kooij, 2012, 2017).

Van der Kooij (2012) betont, dass Pflegende über vielfältige Lebenserfahrungen verfügen, die – sofern sie bewusst reflektiert und verarbeitet wurden – als wertvolle Ressource in der professionellen Pflege angesehen werden können. Die mäeutische Pflegephilosophie richtet ihren Fokus auch auf die Wechselbeziehung zwischen beruflichen Erfahrungen und persönlichen Lebensereignissen. Sie stellt damit einen Gegenentwurf zur klassischen Auffassung professioneller Distanz dar, die eine strikte Trennung zwischen Privatem und Beruflichem fordert. Stattdessen beschreibt van der Kooij eine „*professionelle Nähe*“ (van der Kooij, 2012, S.102-103) als zentralen Bestandteil pflegerischen Handelns. Pflegekräfte sind gefordert, einen konstruktiven Umgang mit den Gefühlen zu entwickeln, die im Rahmen empathischer und sympathiebasierter Pflegebeziehungen entstehen. Emotionen sollen nicht ausgeklammert,

sondern als Bestandteil der professionellen Beziehungsgestaltung verstanden und in den Pflegealltag integriert werden. Hierfür ist ein hohes Maß an emotionaler Intelligenz erforderlich, die es Pflegenden ermöglicht, sich selbst in Beziehungssituationen einzubringen, ohne dadurch ihre eigene psychische Belastungsgrenze zu überschreiten. Dabei unterstreicht van der Kooij, dass diese Fähigkeit nicht als eine angeborene Charaktereigenschaft missverstanden werden darf. Vielmehr handelt es sich um professionelle Kompetenz, die auf fachlichem Wissen und gezielter Schulung basiert (van der Kooij, 2012).

Das individuelle, intuitive Erfahrungswissen der Pflegepersonen soll im Rahmen eines strukturierten Austauschs im Pflgeteam am besten mit der betroffenen Person reflektiert und gebündelt werden. In Verbindung mit aktuellen pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen werden daraus konsensbasierte Handlungsempfehlungen für die Praxis abgeleitet, verbalisiert und systematisch dokumentiert. Es soll ausreichend Zeit für das Verstehen der Bewohner:innen aufgebracht werden (van der Kooij, 2012).

Als Werkzeug für die verbale Kommunikation entwickelt sie die Bewohner:innenbesprechung. Ziel einer mütterlichen Bewohner:innenbesprechung ist es, die Bedürfnisse und Wünsche der Bewohner:innen zu erkennen und ihre Biografie zu berücksichtigen. Die Lebensgeschichte dient dazu, das Verhalten der betroffenen Person besser zu verstehen und gegebenenfalls akzeptieren zu lernen, in dem mit der Zeit Zusammenhänge zwischen Vergangenheit und der Gegenwart gefunden werden können (van der Kooij, 2012).

Basierend auf diesen Erkenntnissen verfasst das interdisziplinäre Team in der Praxis sogenannte „Umgangsempfehlungen“ (van der Kooij, 2012, S. 207). Es empfiehlt sich, soweit möglich die betroffene Person an der Besprechung teilnehmen zu lassen, um zu verdeutlichen, dass genau sie im Zentrum der Aufmerksamkeit steht. Weil eine einmal positive Maßnahme kein allgemeingültiges Rezept für ähnliche Situationen ist, ist es

erforderlich, für jede einzelne Person nach kreativen Lösungen zu suchen. Dabei dürfen Pflegende auf ihre Intuition vertrauen (van der Kooij, 2012).

Der Pflegeprozess soll weg von defizitärem Denken und Versteifung auf Zielsetzung für Betroffene hin zu einer bedürfnisorientierten Pflege und Betreuung gehen (van der Kooij, 2010, 2012, 2017). Ziel ist es, in einem kontinuierlichen Prozess das tatsächliche Erleben der Bewohner:innen nachzuvollziehen. Der Fokus soll auf den Ressourcen und dem situativen, individuellen Betreuen liegen, das prägnant geplant und dokumentiert ist. Gemäß dieser Idee sollen sich die Mitarbeitenden im Team immer wieder über ihre Erfahrungen austauschen und fragen, woher das Verhalten der zu betreuenden Person kommt und was diese benötigt. Es geht darum, positiven Kontakt und Beziehung aufzubauen. Pflegende sollen frei sein, begründet und auf ihre fachliche Kompetenz basierend von diesem Plan abzuweichen, sofern dies auch im Sinne der zu betreuenden Person ist (van der Kooij, 2012).

„Und die Bewohner erhalten die Betreuung, die in diesem Moment zu ihnen passt. Nicht mehr, aber auch nicht weniger.“ (van der Kooij, 2012, S. 54)

Der mäeutische Pflegeprozess legt den Fokus auf die genaue Beschreibung der Betreuung. Eine Zielorientierung sieht van der Kooij nicht als zielführend, wenn den alltäglichen Bedürfnissen der zu Betreuenden entgegengekommen werden soll. In regelmäßigen und systematischen Pflegegesprächen bzw. Pflegefachgesprächen wird mit den Betroffenen und deren Angehörigen über Gewohnheiten, Bedürfnisse und Erfahrungen gesprochen. Diese erfassten Bedürfnisse sind *„die Ziele“* (van der Kooij, 2010, S. 67).

Van der Kooij teilt die Struktur und Phasen des Pflegeprozesses in folgende vier Punkte (van der Kooij, 2010):

- **„Empfang und Einzug“** (ebd., S.118): Van der Kooij (2010) empfiehlt eine Checkliste, um die betroffene Person und ihre Angehörigen situationsgemäß nach den notwendigen Informationen zu fragen. Vorläufige Notizen werden im Laufe der Zeit kontinuierlich ergänzt.
- **„Eingewöhnung“** (ebd., S. 119): In dieser Zeit lernen die Mitarbeitenden die betroffene Person und ihre Angehörigen immer besser kennen. Die Person macht sich vertraut mit der neuen Umgebung und findet Freiräume für die eigene Individualität (van der Kooij, 2010).
- **„Aufenthalt“** (ebd., S.122): Während dieser Zeit findet mindestens einmal im halben Jahr eine Besprechung über die Pflege, wenn möglich mit der betroffenen Person im Team. Das Pflegegespräch gilt als offizieller Fixpunkt, der dokumentiert wird. Es soll evaluiert werden, ob die Charakteristik (siehe unten) mit dem aktuellen Status übereinstimmt (van der Kooij, 2010).
- **„Abrundung oder Abschied“** (ebd., S.123): Dabei wird der Fokus auf die Archivierung der Daten gelegt, um eine adäquate Übergabe zu ermöglichen. Van der Kooij (2010) betont, dass es bislang noch keine passende Pflegeübergabe für Krankenhaus-Transfer etc. im mütterlichen Sinn gibt.

Für jede dieser Phasen ist eine erlebensorientierte Methodik vorgesehen. Van der Kooij entwickelte folgende Instrumente für die Planung und Dokumentation der Betreuung und des Pflegeprozesses (van der Kooij, 2010):

- **„Beobachtungsbogen ‚Erlebensorientierte Pflege‘“** (ebd. S.129) in kurzer und langer Version: dient zur systematischen Erfassung aller Beobachtungen innerhalb der ersten paar Wochen nach der Aufnahme (van der Kooij, 2010).
- **„Gesprächsleitfaden Lebensgeschichte“** (ebd., S. 145): beinhaltet Fragen als Gesprächsthema bzw. Anknüpfungspunkte für

ein Gespräch mit der betroffenen Person und deren Angehörigen über deren Lebensgeschichte. Der Leitfaden ist an die Gesprächsbereitschaft der betroffenen Person anzupassen (van der Kooij, 2010).

- **„Charakteristik“** (ebd., S. 147): In diesem Dokument werden die Beobachtungen zu einem ganzheitlichen Gesamtbild zusammengefasst. Es gibt eine Version für psychogeriatrische Betroffene und für Betroffene mit fortschreitenden somatischen Krankheiten sowie körperlicher Behinderungen (van der Kooij, 2010).
- **„Pflege- und Betreuungsübersicht“** (ebd., S. 153) rund um die Uhr für die Tagespflege oder für die ambulante Pflege: Pflegende formulieren gemeinsam Richtlinien und Schwerpunkte, die sie als wesentlich für die Pflege und Betreuung erachten. Sie dient als Leitfaden bei der täglichen Pflege und im Umgang mit der zu betreuenden Person. Die Aktivitäten des täglichen Lebens werden dabei ähnlich wie in der Pflegeplanung thematisiert. Der Fokus ist dabei jedoch bedürfnis- und nicht problemorientiert (van der Kooij, 2010).

Außerdem entwickelte sie einen **„Stufenplan für herausforderndes Verhalten“** (ebd., S. 191): Basierend auf der Charakteristik wird das genau beobachtete herausfordernde Verhalten der zu betreuenden Person verstanden. In Folge werden Lösungsansätze gemeinsam im Team besprochen und dokumentiert. Der Plan weist neun Stufen auf (van der Kooij, 2010).

Eine Pflegeplanung für Risikofaktoren und Behandlungspflege sah sie vor allem für Betroffene mit einer somatischen Erkrankung oder körperlichen Beeinträchtigung als notwendig an (van der Kooij, 2010).

Van der Kooij verdeutlichte zu dem die Wichtigkeit des stetigen schriftlichen und verbalen Austausches sowohl im multiprofessionellen Team als auch mit den zu Betreuenden und Angehörigen (van der Kooij, 2010).

Die Instrumente des mäuseutischen Pflege- und Betreuungsmodells gibt es auch als Computerprogramme. 2010 gab es zwei EDV-Versionen dieser Methodik (van der Kooij, 2010).

2.2.4. Das Modell der fördernden Prozesspflege (ABEDL) nach Monika Krohwinkel

Monika Krohwinkel ist eine deutsche Gesundheits- und Krankenpflegerin, Hebamme und Professorin für Pflegewissenschaften. Sie entwickelte Anfang der 1990er im Zuge eines Forschungsprojekts das „Theoretische Rahmenkonzept zur ganzheitlichen-(gesundheits)fördernden Prozesspflege“. Dieses ganzheitliche Bedürfnismodell hat pflegetheoretisch eine mittlere Reichweite und hat in Deutschland in der Altenpflege weite Verbreitung gefunden. Mit Krohwinkels holistischem Ansatz, der die zu pflegende Person in ihrer Umwelt wahrnimmt, fokussiert sie in ihrem pflegerische Handlungsprozess die Bedürfnisse, Probleme und Fähigkeiten und nicht den defizitären, medizinischen Befund der zu pflegenden Person. Sie benennt drei Kategorien, die miteinander agieren. Das sind die „Lebensaktivitäten“, „soziale Beziehungen“ und „existenzielle Erfahrungen“ (Kreikenbaum & Lay, 2022; Kastner & Löbach, 2015). Krohwinkel beschreibt folgende 13 Aktivitäten des täglichen Lebens (Kastner et al., 2022).

- I. Kommunizieren können (Kastner et al., S. 144)
- II. Sich bewegen können (ebd., S. 145)
- III. Vitale Funktionen aufrechterhalten (ebd., S. 145)
- IV. Sich pflegen (ebd., S. 146)
- V. Sich kleiden (ebd., S. 146)
- VI. Ausscheiden (ebd., S. 146)
- VII. Essen und Trinken (ebd., S. 147)
- VIII. Ruhen und schlafen (ebd., S. 147)
- IX. Sich beschäftigen, lernen, sich entwickeln (ebd., S. 148)
- X. Die eigene Sexualität leben können (ebd., S. 149)
- XI. Für eine sichere und förderliche Umgebung sorgen (ebd., S. 150)

XII. Soziale Bereiche des Lebens sichern (ebd., S. 150)

XIII. Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen (ebd., S. 151)

Die existentiellen Erfahrungen des Lebens gliedert sie in die Existenz gefährdende (z.B. Angst, Schmerzen), die Existenz fördernde (z.B. Zuversicht, Wohlbefinden) und die Existenz fördernde oder gefährdende Erfahrungen (z.B. Glaube, lebensgeschichtliche Erfahrungen). Krohwinkel sieht als Hauptaufgabe der Pflegenden die jeweilige individuelle Durchführung des Pflegeprozesses im Sinne einer fördernden Prozesspflege und Wahrnehmung der existenziellen Erfahrungen der betroffenen Person. Für Menschen mit Major Neurocognitive Disorders stellen die (langsam) fortschreitenden degenerativen Veränderungen eine elementare Bedrohung dar, was starke Gefühle und abwehrende Reaktionen zur Folge hat (Kastner & Löbach, 2015).

Die Metaparadigma Mensch, Umgebung, Gesundheit und Krankheit sowie Pflege stehen in Wechselbeziehung zueinander (Krohwinkel, 2013 in Kreikenbaum, et al., 2022).

2.2.5. Stufenmodell nach Erikson

Erik Erikson wurde 1902 in Deutschland geboren und verstarb 1994 in den USA. Nach einer Karriere als Künstler und Hauslehrer ließ er sich zum Psychoanalytiker ausbilden, da er durch zahlreiche mittlerweile namhafte Persönlichkeiten wie Anna Freud und ihren Vater inspiriert wurde. Seine Ehefrau und geistige Weggefährtin war Joan Serson, eine kanadische Erzieherin und Tanzwissenschaftlerin (Bloland, 2007).

Gemeinsam entwickelten sie eine Theorie der psychosozialen Entwicklung, in der das menschliche Leben in acht aufeinanderfolgende Phasen eingeteilt ist. In jedem dieser Lebensabschnitte steht der Mensch vor einer bestimmten psychosozialen Aufgabe oder Krise, deren erfolgreiche Bewältigung zu einer gesunden Persönlichkeitsentwicklung beiträgt (Erikson, 2020). Feil sieht diesen Prozess der Aufarbeitung als ein wesentliches Bedürfnis von Hochaltrigen. Besonderes Verhalten, das

sonderlich erscheinen kann, versteht sie als Versuch der betroffenen Person, ihre unerledigten Lebensaufgaben schlussendlich (noch) zu lösen (Feil & de Klerk-Rubin, 2023, S. 24).

Im Säuglingsalter steht die Entwicklung von „**Grundvertrauen versus Grundmisstrauen**“ im Mittelpunkt. Das Kind lernt, ob es seiner Umwelt vertrauen kann – vor allem durch verlässliche Bezugspersonen. Gelingt dies, entsteht ein grundlegendes Vertrauen in sich und andere und die Person hat grundsätzlich Hoffnung. Können sie dieses Vertrauen und diese Hoffnung nicht aufbauen, fühlen sie sich im weiteren Leben stets leer und verlassen. Im hohen Alter, so meint Feil (2023), führt das dazu, dass die Person andere beschuldigt und stets hilflos erscheint (Erikson, 2020, S. 72-73; Feil & de Klerk-Rubin, 2023, S. 26).

In der frühen Kindheit folgt die Phase „**Autonomie versus Scham und Zweifel**“. Hier entwickelt das Kind Selbstständigkeit, etwa durch Laufen oder Sprechen. Wird es dabei unterstützt, wächst Selbstvertrauen; bei Überkontrolle entstehen Scham und Zweifel an den eigenen Fähigkeiten. Wille entwickelt sich. Man traut sich aus Höflichkeit nicht „Nein“ zu sagen, hat Angst die Kontrolle zu verlieren und etwas zu riskieren (Erikson, 2020, S. 72-73; Feil & de Klerk-Rubin, 2023, S. 26).

Im Spielalter steht die Auseinandersetzung mit „**Initiative versus Schuldgefühl**“ an. Kinder wollen handeln, Neues ausprobieren und eigene Ziele verfolgen. Ermutigung fördert Zielstrebigkeit, während übermäßige Kritik Schuldgefühle erzeugen kann. Entschlusskraft entsteht. Nicht adäquates Aufarbeiten dieser Phase kann zu häufigem Weinen, Märtyrerhaftigkeit oder Depressionen bei verwirrten alten Menschen führen (Erikson, 2020, S. 72-73; Feil & de Klerk-Rubin, 2023, S. 26).

Im Schulalter geht es um „**Fleiß versus Inferiorität**“. Kinder vergleichen sich mit anderen und möchten zeigen, was sie können. Erfolgserlebnisse stärken das Gefühl der Kompetenz, während Misserfolge Minderwertigkeitsgefühle hervorrufen können, was – nicht aufgearbeitet im

hohen Alter – zu Beschuldigungen oder die Überzeugung „nichts zu taugen“ führen kann (Erikson, 2020, S. 72-73; Feil & de Klerk-Rubin, 2023, S. 26).

Während der Adoleszenz ist **„Identität versus Identitätskonfusion“** zentral. Jugendliche setzen sich mit der Frage auseinander, wer sie sind und wohin sie gehören. Eine gelungene Identitätsfindung führt zu einem stabilen Selbstbild, während Unsicherheit zu Verwirrung in Bezug auf die eigene Rolle führen kann. Die Fähigkeit zur Treue entwickelt sich. Bleibt diese Aufgabe offen, möchten alte verwirrte Menschen ihre sexuellen Gefühle ausleben. Sie versuchen sich auch der vermeintlichen Wunschvorstellung der anderen anzupassen oder verwenden einen anderen Namen für sich (Erikson, 2020, S. 72-73; Feil & de Klerk-Rubin, 2023, S. 26).

Im jungen Erwachsenenalter folgt die Phase **„Intimität versus Isolation“**. Hier geht es um die Fähigkeit, enge Beziehungen einzugehen. Wer sich emotional binden kann, erlebt Nähe; wer sich abgrenzt oder Angst vor Nähe hat, bleibt eher isoliert. Die Fähigkeit zur Liebe entsteht. Ist das nicht der Fall, ziehen sich Menschen im hohen Alter und in ihrer Desorientiertheit in ihr Inneres zurück – auch eine Abhängigkeit zur beispielsweise der Betreuungsperson entsteht (Erikson, 2020, S. 72-73; Feil & de Klerk-Rubin, 2023, S. 26).

Im Erwachsenenalter steht **„Generativität versus Stagnation“** im Vordergrund. Menschen möchten etwas weitergeben – sei es durch Kinder, berufliches Engagement oder gesellschaftliches Wirken. Gelingt das, entsteht ein Gefühl der Sinnhaftigkeit; wenn nicht, kann Stagnation und Leere erlebt werden. Die Qualifikation für Fürsorge kristallisiert sich heraus. Bleibt diese Phase unbearbeitet, kann das im hohen Alter bei verwirrten Menschen zum Festhalten an alten, bereits abgelegten Rollen führen. Außerdem kann es sein, dass sie anderen Befehle bzw. Anweisungen erteilen, stets effektiv und produktiv sein wollen und Verluste aufgrund des Alters zu verleugnen versuchen (Erikson, 2020, S. 72-73; Feil & de Klerk-Rubin, 2023, S. 26).

Im Alter schließlich geht es um „**Ich-Integrität versus Verzweiflung**“. Der Mensch blickt auf sein Leben zurück. Wer mit seinem Lebensweg im Reinen ist, empfindet Zufriedenheit. Wer jedoch sein Leben als verfehlt betrachtet, erlebt häufig Reue und Verzweiflung. Weisheit resultiert. Gelingt dies nicht, führt das im Weiteren zu Niedergeschlagenheit, Abscheu vor der Welt und Beschuldigungen sowie starken Selbstzweifeln (Erikson, 2020, S. 72-73; Feil & de Klerk-Rubin, 2023, S. 27).

Eriksons Theorie zeigt, dass die Persönlichkeitsentwicklung ein lebenslanger Prozess ist – in jedem Alter gibt es Herausforderungen, deren Bewältigung die Reifung des Ichs beeinflusst (Erikson, 2020).

Iranische Forschende untersuchten Biografiearbeit basierend auf Eriksons Theorie und konnten signifikante Verbesserungen des psychischen Wohlbefindens bei Senior:innen im Pflegeheimen feststellen, wenn Pflegende diese Intervention über die Zeit anwendeten (Abbasi et al., 2025).

2.3. Praxis der Biografiearbeit

Biografiearbeit wird vor allem gesprächs- und aktivitätsorientierend durchgeführt. Wesentlich für ein biografisches Gespräch erweist sich eine gewisse positive Neugierde. Formulierungen wie „*Sie interessieren mich!*“, „*Ihre Geschichte ist wichtig für unsere Zusammenarbeit*“ – zeigen der zu betreuenden Person, dass sie „*nicht der Fall oder die Diagnose XYZ ist, sondern als Person, als Mensch mit Geschichte wahrgenommen wird*“ (Specht-Tomann, 2009, S. 11). Die Lebensereignisse der zu betreuenden Person zu erfassen, kann durchaus belastend für die Pflegenden sein, da auch tragische Inhalte geteilt werden können. Um Biografiearbeit leisten zu können, braucht es Zeit und Raum zum Zuhören und Verstehen sowie Vertrauen. Außerdem muss die Pflegeperson zwischen persönlich Anvertrautem und Inhalten, die über die Dokumentation weitergegeben werden, unterscheiden. Wird zu intensiv und ohne Selektion Biografiearbeit

geleistet, kann dies zu Retraumatisierung von Betroffenen führen (Matolycz, 2011, S. 44 – 46; Berendonk et al., 2011).

Die Praxis der Biografiearbeit kann in vielen Settings informell sowie formell erfolgen. Formell ist sie, wenn es sich sowohl von Seiten der Leitung als auch von Seiten der Teilnehmenden um eine bewusste Auseinandersetzung mit der Biografie handelt. Biografiearbeit kann aber auch im professionellen Kontext informell stattfinden. Das heißt meist, dass die Biografie nicht explizit erfragt wird, aber es in Alltagssituationen zu Erzählungen kommt. Außerdem kann Biografiearbeit individuell oder in der Gruppe stattfinden. Dies ist von der jeweiligen Zielgruppe sowie von finanziellen und zeitlichen Ressourcen abhängig (Miethe, 2014).

Damit Biografiearbeit gelingen kann, soll der Raum einladend sein, ausreichend Zeit eingeplant werden und die Teilnahme ausschließlich freiwillig sein. Durch ein gewisses Abhängigkeitsverhältnis von der Pflege ist zu bedenken, dass sich die zu pflegenden Menschen gezwungen fühlen könnten, „mitzumachen“. Da ist eine gezielte Reflexion, bei wem und wie Biografie stattfinden kann, erforderlich. Eine verständliche Aufklärung der Teilnehmenden über die Biografiearbeit ist unabdingbar. Möglichkeiten und Grenzen sollen von Anfang an aufgezeigt werden. Sie kann auf professioneller Ebene ein besseres Vertrauensverhältnis ermöglichen, ist aber kein Mittel, um tieferliegende Probleme sowie aktuelle Krisen zu therapieren (Miethe, 2014). Pflegepersonen haben nicht die Aufgabe, nachzuhaken, wenn eine Person etwas nicht erzählen möchte oder Unbehagen bei einem Thema verspürt (Matolycz, 2011; Miethe, 2014). Auf die psychische Belastbarkeit der Teilnehmenden ist zu achten.

Es ist von Vorteil, die Struktur von Beginn an klar und transparent zu vermitteln. Gerade in Pflegeheimen passiert es, dass die Biografiearbeit nebenbei wie bei der Körperpflege oder beim Verabreichen von Essen stattfindet – sozusagen „dazwischengeschoben“ wird. Dies allein reicht nicht aus, auch hier empfiehlt es sich, klare und planbare Zeitstrukturen zu finden (Miethe, 2014).

Die Dokumentation erfolgt nur nach Zustimmung und unterliegt dem höchsten Datenschutz. Eine absolute Verschwiegenheitspflicht für alle Teilnehmenden ist Voraussetzung (Miethe, 2014).

Die englischsprachige Literatur beschreibt vor allem Life Story Work also das Erzählen von für die Person relevanten Lebensgeschichten in Pflegeheimen (Guna et al., 2022; Abbasi et al., 2025; Asano et al., 2023).

In der Folge werden exemplarisch einige Methoden der Biografiearbeit beschrieben.

2.3.1. Biografiebogen

Als wesentliche biografische Daten, die auch schriftlich erfasst werden, zählen Angaben zum Lebenslauf und zur Lebens- und Familiensituation, prägende positive sowie negative Erlebnisse, Interessen und Hobbys, individuelle Bedürfnisse (Vorlieben/Abneigungen) sowie Gewohnheiten (Kolozis & Ahrndt, 2018). Diese oder ähnliche Daten werden so gut wie möglich in einem Biografiebogen erfasst. Hierfür gibt es verschiedene manuelle sowie digitale Tools (Kellet et al., 2010; Kolozis, & Ahrndt, 2018; Buhtz et al., 2020). May et al. (2009) empfehlen eine Gliederung der Biografieerhebung in „Early Years“, „Middle Years“, „After Retirement“ und „Now“ mit entsprechenden Unterpunkten. Durch Beispiel-Fragen wie „War Ihr Vater streng“, „Was taten Sie, um sich zu entspannen“, „Was war das Beste, was sie nach Ihrer Pension unternahmen“ soll ein Redefluss in Gang kommen und die Biografieerhebung zu einem angenehmen Erlebnis für die Betroffenen werden. Aus diesen Informationen sollen die Bedürfnisse, die für die aktuelle Pflegeprozessplanung relevant sind, identifiziert werden (May et al., 2009). Biografiebögen können handschriftlich oder EDV-gestützt ausgefüllt werden.

2.3.2. Erzählcafé

In Erzählcafés geht es um das biografische Erzählen in Gruppen, *„ohne dass das Erzählte bewertet, diskutiert oder in Frage gestellt wird“* (Dressel et al.,

2023, S. 13). Bereits seit den 1980ern gibt es zahlreiche institutionalisierte Orte für narrativ orientierte Biografiearbeit. Besonders ältere Menschen haben eine vielbestückte Biografie und möchten auch davon erzählen – es fehlt ihnen im alltäglichen Leben nur oft der Raum dazu (Kohn & Caduff, 2010). Die Methode des Erzählcafés kann auch für Menschen mit Major Neurocognitive Disorders zum Erfolg führen, wenn man biografisch bedeutsame Schlüsselwörter einfließen lässt (Schneberger, Jahn & Marino 2008 in Kohn & Caduff, 2010).

Es soll ein niederschwelliger Zugang möglich sein – beispielsweise bei Gesprächskreisen, in Cafés, bei Biografiegruppen oder Erinnerungsnachmittage in Senior:innenwohnhäusern, Pfarren, Nachbarschaftszentren oder Museen. Das Ziel ist, dabei einen Raum für den informellen Austausch von Erinnerungen und Erfahrungen in einer Gruppe anzubieten. Eine Moderation findet statt, so ist es mehr als eine Plauderei bei Kaffee. Jedoch hat ein Erzählcafé keine psychotherapeutische Intention (Dressel et al., 2023).

„Biografiearbeit ist die Reflexion der Vergangenheit zur Gestaltung der Zukunft.“ (Miehte, 2014, S. 23)

Diesen Gedanken nimmt auch die Methode des Erzählcafés auf. Es werden unter anderem folgende Fragen gestellt „Was habe ich aus (bestimmten Ereignissen/Begebenheiten) der Vergangenheit gelernt?“, „Wie gehe ich jetzt damit um?“ und „Was zeigt mir diese Erkenntnis für die Zukunft?“ (Kohn & Caduff, 2010).

2.3.3. Biography and Life Storybook

Ein Forschungsteam hat mit Hilfe quantitativer Messung die Lebensqualität und die Anfälligkeit für Depression von Menschen mit Major Neurocognitive Disorders in einem Pflegeheim in Singapur erfasst. Sie haben in ihrer quasi-experimentellen Studie festgestellt, dass das Erstellen eines „Biography and Life Storybook“ über mehrere Wochen die Lebensqualität erhöht und die

Depressionswahrscheinlichkeit im Vergleich zur Kontrollgruppe gesenkt hat (Guna et al., 2022).

Beim „Biography and Life Storybook“ geht es darum, die persönlichen Erlebnisse, Interessen und bedeutenden Ereignisse einer Person aus Vergangenheit und Gegenwart in einem einzigen Dokument zusammenzutragen und festzuhalten. Es beinhaltet zudem verschiedene Gegenstände wie Tagebücher, Bücher, Fotos, audiovisuelle Aufnahmen, persönliche Sammlungen und Kunstwerke, die helfen, wichtige Momente oder Erfahrungen der Person zu veranschaulichen. Das Biography and Life Storybook bietet Menschen die Möglichkeit, ihre Lebenserfahrungen zu teilen, Beziehungen zu anderen zu stärken und ein Gefühl von Identität und Kontinuität zu entwickeln. Ursprünglich wurde das Konzept in der Sozialarbeit und im Gesundheitswesen angewendet, um in den späten 1960er Jahren die Lebensgeschichten von Pflegekindern und älteren Menschen besser zu verstehen. Seitdem wurde es auf unterschiedliche Gruppen wie ältere Erwachsene und Menschen mit geistigen Behinderungen ausgeweitet (Guna et al. 2022).

Das Biography and Life Storybook -Interventionsprogramm wurde auf Basis des Stufenmodells nach Erikson von der Singapore Agency for Integrated Care Dementia Resource Kits entwickelt. Es umfasste acht strukturierte Sitzungen über einen Zeitraum von drei Monaten. In den ersten vier Wochen fanden wöchentliche Treffen statt, danach folgten über zwei Monate hinweg vier zweiwöchentliche Sitzungen. Diese Sitzungen fanden zusätzlich zu den üblichen täglichen Aktivitäten der Teilnehmenden statt. Das Protokoll beinhaltete Einzel- oder Gruppensitzungen von 45 bis 90 Minuten, die von einer Pflegekraft geleitet wurden (Guna et al. 2022).

Während der ersten vier Sitzungen ging es um autobiografische Inhalte, Fotoerinnerungen und das Sammeln von Artefakten mit Unterstützung einer Pflegekraft. Am Ende dieser Phase wurde die Lebensgeschichte jedes Teilnehmenden in einem persönlichen Buch festgehalten. Die Teilnehmenden wurden ermutigt, aktiv bei der Gestaltung mitzuarbeiten,

indem sie Fotos bereitstellten, Rückmeldungen gaben und das Design des Buches mitbestimmten. In den weiteren vier Sitzungen teilten sie dann ihre Geschichten mit Mitbewohner:innen, Familienmitgliedern und Freund:innen. Neben der Biography and Life Storybook-Intervention nahmen die Teilnehmenden weiterhin an ihren üblichen täglichen Aktivitäten teil (Guna et al, 2022).

Biography And Life Story Book (Based on Erikson's eight stages of psychosocial development and Singapore's Agency for Integrated Care Dementia Resource Kit)									
Erikson's 8 stages	Stage 1: Infancy-Trust vs. Mistrust	Stage 2: Early Childhood - Autonomy vs. Shame	Stage 3: Play Age- Initiative vs. Guilt	Stage 4: School Age- Industry vs. Inferiority	Stage 5: Adolescence- Identity vs. Role Confusion	Stage 6: Young Adulthood- Intimacy vs. Isolation	Stage 7: Middle Adulthood- Generativity vs. Stagnation	Stage 8: Late Adulthood – Integrity versus Despair	Conclusion
Contents during the interview sessions	Childhood (Week 1)			Teenage (Week 2)		Adulthood (Week 4)		Present (Week 8)	Sharing of compilation (Week 12)
BLSB Contents	Family, education histories, celebration			Friendship, Education		Relationship (Spouse), Parenthood, Career, Language and Cultural		Life Philosophy, Looking Backwards	Summary of life

Abbildung 1 Biography & Life Story Book (Based on Erikson's 8 stages of psychosocial development and Singapore's Agency for Integrated Care Dementia Resource Kit) (Guna et al., 2022)

3. Problemstellung

Sander (2006) fordert, „Biographie“ als zentrale Kategorie professionellen pflegerischen Handelns zu verstehen (S. 2). Biografiearbeit soll demnach ein wesentlicher Bestandteil pflegewissenschaftlicher Forschung und Theoriebildung sein, um sie gezielt weiterzuentwickeln.

Zegelin (2018) kritisiert frühere, schematische Vorgehensweisen der Biografieerhebung, insbesondere das unreflektierte Abfragen standardisierter Biografieformulare. Diese enthalten häufig sehr persönliche und intime Fragen, die Betroffene und Angehörige überfordern und das Vertrauensverhältnis beeinträchtigen können. Zudem haben viele dieser Inhalte laut ihr nur geringe Relevanz für die Pflegepraxis.

Laut Studien des PERLEN-Projekts mangelt es an der nachhaltigen Aufzeichnung von biografischen Daten. Als entscheidendes Problem kristallisiert sich heraus, dass es kein einheitliches System zur Dokumentation der Biografie gibt. Informationen werden nicht niedergeschrieben und gehen somit mit der Zeit verloren (Kolozis & Ahrndt, 2018).

Das Forschungsprojekt PERLEN hat, gestützt auf empirischer Forschung (Interviews mit Fachpersonen und Angehörigen), im ambulanten und stationären Bereich eine Applikation zur Biografiearbeit kreiert. Auf einem Tablet sollen so laufend biografische Daten erfasst und für alle relevanten Betreuungspersonen ersichtlich sein. Bei Veröffentlichung ihrer Studie 2018 ist die App noch im Feldversuch. Eine Herausforderung für die Forschenden stellt dabei der Datenschutz dar. Aus den Beobachtungen im stationären und ambulanten Setting zeigt sich aber, dass der Biografiebogen die Basis der Biografiearbeit ist. Dieser wird den Angehörigen bei der Erstaufnahme der zu betreuenden Person ausgehändigt. Häufig sind diese jedoch nicht zur Gänze ausgefüllt oder werden nicht retourniert. Ebenso bleiben Erinnerungsboxen, die von Betreuungskräften erstellt werden, leer oder sie werden mit Fotos ohne Zusammenhang gefüllt. Das kann daran liegen, dass

es keine Angehörigen mehr gibt, oder diese keine Angaben zu gewissen Themen geben können oder wollen, da es sich um Tabuthemen handelt (Kolozis & Ahrndt, 2018).

Oft mangelt es an Informationen über Bedeutung und Wichtigkeit der Biografiearbeit seitens der Pflege. Das führt dazu, dass auch den Angehörigen nicht klar ist, wie essenziell diese Inhalte (positive Geschichten über Erlebnisse, Lieder, Gedichte oder bestimmte Gesprächsthemen etc.) für den Umgang sowie die Aktivierung der Ressourcen für die Betroffenen sind. Außerdem gibt es Defizite bei der übergreifenden Dokumentation zwischen ambulanten Angeboten wie der Tagespflege und der ambulanten Pflege, sowie bei Übergängen zwischen der ambulanten und stationären Pflege. Bedeutende Informationen werden nicht weitergegeben. Zudem kristallisierte sich bei den Fokusgruppen heraus, dass häufig für das Personal nicht genug Zeit ist, ausführlich zu dokumentieren sowie biografische Daten abrufen zu können. Biografiebögen werden meistens (nur) zu Beginn der Betreuung eingesehen. „Viel erfahren“ die Pflegepersonen im Zuge ihrer täglichen Pflegehandlungen und Gesprächen über die Betroffenen sowie durch Kontakt zu den Angehörigen. Therapeut:innen und Betreuungskräfte anderer Berufsgruppen nutzen gezielter die aktivitätsorientierende Biografiearbeit und greifen auch auf Medien wie Bilder oder Videos zurück, um die Klient:innen zu aktivieren und positive Reaktionen hervorzurufen. Vor allem Rituale und Gewohnheiten der Bewohner:innen werden für die Pflege als relevant gesehen. Sie versuchen, Vorlieben (zum Beispiel Lieblingsgerichte und -getränke) und Gewohnheiten (zum Beispiel Schlafgewohnheiten) zu berücksichtigen und somit Validation und Basale Stimulation anzuwenden. Gespräche über Lebenserfahrungen der zu Betreuenden werden in der Pflegepraxis als weniger bedeutend wahrgenommen (Kolozis & Ahrndt, 2018).

Häufig finden biografische Daten keinen Eingang in die Pflegeplanung und verbleiben in abgehefteten Formularen, ohne die Pflegepraxis zu

beeinflussen. Zegelin und Langner (2020) sprechen in diesem Zusammenhang von „*Fehlentwicklungen der Biografiearbeit*“ (S. 34).

Obwohl die Forschung positive Effekte der Biografiearbeit belegt, bleibt ihre Umsetzung häufig uneinheitlich und unzureichend. Biografiearbeit wird vielfach auf das Ausfüllen standardisierter Bögen reduziert, während Zeit, Struktur und geeignete Instrumente zur systematischen Integration in die Pflege fehlen (Kolzis & Ahrndt, 2018). Dabei kann Biografiearbeit wesentlich zum emotionalen Wohlbefinden pflegebedürftiger Menschen beitragen, wenn sie auf individuell bedeutsamen Informationen basiert und kreativ in pflegerische Maßnahmen integriert wird. Maßgeblich ist zudem das aktuelle Erleben von Menschen mit „Demenz“, auf dessen Grundlage biografische Interventionen kontinuierlich evaluiert und angepasst werden sollten (Berendonk et al., 2011).

Berendonk und Caine (2019) betonen vor diesem Hintergrund den Bedarf an weiterer Forschung zur Implementierung von Life Story Work in Langzeitpflegeeinrichtungen. Insbesondere fehlen bislang standardisierte Anleitungen und einheitliche Instrumente, die Pflegepersonal dabei unterstützen, biografische Informationen systematisch für Pflegeplanung und Pflegepraxis nutzbar zu machen.

4. Forschungsziel

Ziel dieses Forschungsvorhaben ist es, zuerst zu erfassen, welche biografischen Inhalte von Menschen mit Major Neurocognitive Disorders in Langzeitpflegeeinrichtungen wie erhoben werden. Es soll festgestellt werden, wie diese Inhalte in die Pflegeplanung eingebunden und im aktiven Pflegeprozess umgesetzt werden. Zudem ist die Absicht, zu erfahren, wie Biografiearbeit jenseits von formellen Dokumentationen stattfindet. So soll anhand von Beispielen aufgezeigt werden, wie Biografiearbeit in der Pflege dokumentiert und gelebt werden kann.

5. Forschungsfragen

Welche biografischen Inhalte von Menschen mit Major Neurocognitive Disorders werden in der stationären Langzeitpflege in Österreich erfasst?

Wie werden biografische Inhalte erhoben und dokumentiert?

Wie werden biografische Inhalte in die Pflegeplanung und in den eigentlichen Pflegeprozess integriert?

6. Methodik

Um meine Forschungsfragen zu beantworten, analysierte ich die biografiebezogenen Dokumentationen so wie die jeweiligen geplanten pflegerischen Maßnahmen von 22 Bewohner:innen in zwei Einrichtungen der stationären Langzeitpflege in Wien mit Major Neurocognitive Disorders. Ergänzend dazu führte ich zwei Fokusgruppen-Interviews durch. Ich ging nach allgemeinen Regeln deskriptiver Analyseverfahren in der qualitativen Forschung vor (Mayer, 2022, S. 306-307) und hielt mich an die Gütekriterien qualitativer Forschung nach Mayring (Mayring & Fenzl, 2019)

6.1. Forschungsethische Überlegungen

Ich führte meine Forschung in zwei stationären Langzeitpflege-Einrichtungen von jeweils unterschiedlichen Trägerorganisationen in Wien durch. Um die Anonymisierung sicherzustellen, bezeichne ich die Einrichtungen in dieser Arbeit als Haus A und Haus B.

Folgende forschungsethische Maßnahmen für Bewohner:innen und Mitarbeitende in der Pflegeeinrichtung wurden von mir beachtet. Ich stelle sie in folgender Übersicht bezüglich Ethikkommission, Anonymisierung und Informed Consent (siehe Anhang) vor.

Anonymisierung

In der Darstellung vermeide ich jegliche Rückschlüsse auf die Organisation, einzelne Stationen oder Bewohner:innen, indem ich auf die Verwendung von Namen sowie Geburtsdaten verzichte. Nach Unterschreiben einer Verschwiegenheitspflicht erhielt ich Zugang zum Dokumentationssystem. Im Haus B wurde mein Forschungsvorhaben der Ethikerngruppe vorgestellt. Die biografischen Dokumentationen wurden mir anonymisiert zugesendet. Jede bewohner:innenbezogene Dokumentation erhielt einen Buchstaben zugewiesen. In den Fokusgruppeninterviews wurden von den

Pflegekräften keine personenbezogenen Daten von Bewohner:innen erwähnt, auch die teilnehmenden Pflegepersonen wurden anonymisiert.

Die Beschreibung der Teilnehmenden erfolgt aggregiert, das heißt, Eigenschaften der Beteiligten zeige ich gemeinsam und nicht einzeln auf, um nicht durch eine Kombination Rückschlüsse auf eine Person ziehen zu können.

	Eigenschaften der Beteiligten			
	Anzahl	Beruf/Funktion	Alter	Berufserfahrung im Haus
Haus A	5	• DGKP • diplomierte Sozialbetreuung • Fachsozialbetreuung	32-56 Jahre	2-5 Jahre
Haus B	6	• DGKP • Pflegefachassistenz • Pflegeassistenz	40-62	8-20 Jahre

Tabelle 1 Eigenschaften der Beteiligten (eigene Darstellung, 2026)

Die Interviewsituation und die Teilnehmenden werden in Kapitel 8.1. genauer beschrieben.

Informed Consent

Vorab führte ich ein ausführliches Informationsgespräch mit den Leitungen der Stationen und alle Beteiligten erhielten ein leicht verständliches Informationsschreiben über das Forschungsvorhaben. Es war erforderlich, dass die Teilnehmenden der Fokusgruppen ihre freiwillige Zustimmung, die gestützt auf eine genaue Aufklärung über das Forschungsvorhabens ist, also den Informed Consent, zur Teilnahme gaben.

Alle Interviewpartner:innen der Fokusgruppen konnten ihre Teilnahme und somit die Verwendung ihrer Daten bis zum Beginn der Auswertung

zurückziehen. Der Informed Consent wurde schriftlich eingeholt, das Formular dazu ist im Anhang zu finden.

Formales ethisches Einverständnis

Für die Dokumentenanalyse im Haus A holte ich kein Votum einer Ethikkommission ein, da ich die Daten so anonymisiert wie möglich auswertete und beschrieb. Für die Interviews mit den Mitarbeitenden der Organisation von Haus A fragte ich den Betriebsrat um Zustimmung.

Im Haus B wurde mein Anliegen der Ethikerngruppe vorgestellt.

6.2. Zugang zum Feld

Zu Beginn ersuchte ich die jeweilige Pflegedirektion um die Genehmigung zur Durchführung der Studie. Hierzu übermittelte ich sowohl das Exposé als auch ein ausführliches Informationsschreiben. Die Zustimmung wurde zeitnah erteilt. In beiden Einrichtungen übernahm die Pflegedirektion die Gatekeeper-Funktion und ermöglichte mir den Zugang zu den pflegerischen Dokumentationen. Zudem übernahm sie die Kontaktaufnahme mit dem Pflegepersonal, um die Teilnahme an den Fokusgruppeninterviews anzufragen, und unterstützte die Organisation der Interviews, indem sie deren Durchführung während der regulären Dienstzeiten ermöglichte.

6.3. Datenerhebung

Zuerst führte ich die Inhaltsanalyse der Dokumente der beiden Häuser durch, anschließend befragte ich die Pflegepersonen im Zuge eines Fokusgruppeninterviews.

6.3.1. Inhaltsanalyse der Dokumente

Ich analysierte die Pflegedokumentationen der Häuser. Die Pflegedokumentationen sind essenzieller Bestandteil der alltäglichen Kommunikation innerhalb der Berufsgruppe, sie wurden nicht eigens für die Forschung verfasst, sondern sind akzidentelle Dokumente (Mayer, 2022).

In Haus A schaute ich mir die sogenannten „Biografie- und Sensobiografie“-Bögen von 15 zufällig ausgewählten Bewohner:innen der beiden Spezialstationen für Menschen mit „Demenz“ an. Diese wertete ich inhaltlich aus. Dafür erhielt ich einen Computerzugang zu den Pflegedokumentationen, kopierte die relevanten Einträge und speicherte sie anonymisiert und codiert in einem separaten Dokument ab. Ergänzend sichtete ich die pflegerischen Anamnesen und übernahm biografische Angaben, etwa zu Hobbys oder zur Lebenssituation vor dem Einzug in die Pflegeeinrichtung. Anschließend prüfte ich, ob und in welcher Form die im standardisierten Bogen enthaltenen Informationen in die jeweilige Pflegeplanung eingeflossen waren.

Von der Pflegedirektion von Haus B erhielt ich sieben anonymisierte Informationssammlungen. Diese wurden von der zuständigen Gatekeeperin ausgewählt, wobei Voraussetzung war, dass bei den betreffenden Personen Major Neurocognitive Disorders diagnostiziert worden waren. Da Haus B eine deutlich ausführlichere und stärker wörtlich formulierte Dokumentation verwendet als Haus A, übernahm ich die Inhalte für die Auswertung überwiegend in paraphrasierter Form. Direkte Zitate nutzte ich ausschließlich in der Ergebnisdarstellung. Die Informationssammlungen las ich mehrmals durch und analysierte insbesondere die Abschnitte zu Umgangsempfehlungen, Alltagsgestaltung sowie zum mäeutischen Modell „Wohnen und Leben“ beziehungsweise „Pflege und Betreuung“.

6.3.2. Fokusgruppeninterviews

Um mögliche tiefere Erkenntnisse zur Biografiearbeit zu erfassen, befragte ich Pflegekräfte, die in den Langzeitpflegeeinrichtungen tätig sind. Ich führte pro Haus ein Fokusgruppen-Interview mit fünf bis sechs Mitarbeitenden. Die Absicht eines Fokusgruppen-Interviews ist, in der Gruppe die gemeinsame Wahrnehmung der Wirklichkeit zu erheben (Holloway & Wheeler, 1998). Ziel ist es, die Meinungen und Einstellungen sowie Handlungsweisen des ganzen Teams bezüglich Biografiearbeit im Pflegeprozess zu erheben (Mayer, 2022).

Folgende Hauptfragen stellte ich: „Wie wird Biografiearbeit in Ihrem Pflegealltag umgesetzt?“ „Welche biografischen Daten fließen in den Pflegeprozess ein?“ Anhand der vorangegangenen Literaturrecherche entwickelte ich einen Interviewleitfaden angelehnt an das Beispiel von Mayer (2022). Das Interview wird in „*Begrüßung & Vorstellung*“, „*Warming-up*“ und „*thematische Einstiegsphase*“, „*Hauptdiskussions- und Fokussierungsphase*“ sowie „*Abschlussphase und Zusammenfassung*“ gegliedert (Mayer, 2022, S. 249-251). Im Zuge des Redeflusses passte ich die Fragen der Situation an. Der gesamte Interview-Leitfaden ist im Anhang ersichtlich.

Die Interviews transkribierte ich nach den Regeln von Kuckartz (Kuckartz, 2018, S. 167). Ich ließ Füllwörter bei der Transkription weg und verwendete Zitate für das bessere Verständnis grammatikalisch berichtigt in der Ergebnisdarstellung.

6.4. Auswertung

Mit dem Ziel zu eruieren, welche biografischen Informationen in welcher Form angegeben werden, wählte ich ein qualitatives beschreibendes Auswertungsverfahren der Inhalte. Ich fasste die Inhalte reduziert zusammen, paraphrasierte sie und ordnete sie in Kategorien unter, die ich anschließend miteinander verknüpfte und interpretierte. Anhand der vorgegebenen Themen der Erhebungsinstrumente, basierend auf deren pflegetheoretischen Hintergrund, bildete ich vorab Kategorien, die ich dann mit weiteren durch die Dokumentanalyse und Fokusgruppeninterviews gewonnen Kategorien ergänzte. Ich erstellte auch Unterkategorien. So ging ich deduktiv-induktiv vor. Ich hielt mich an folgende allgemeine vier Schritte der qualitativen deskriptiven Analyse (Mayer, 2022, S. 306-307).

„Schritt 1: Vertrautmachen mit dem Material, Erkennen inhaltlich relevanter Stellen“ (ebd., S. 306)

Inhaltsanalyse der Dokumente: Alle in den Häusern erfassten und dokumentierten biografischen Informationen sind für diese Forschung relevant und wurden von mir in die Analyse miteinbezogen. Primär waren diese Informationen in den Biografie- und Sensobiografie-Bögen sowie der Informationssammlung nach dem mäeutischen Pflege- und Betreuungsmodell dokumentiert.

Zudem durchsichtete ich alle geplanten pflegerischen Maßnahmen, nahm jedoch nur jene in die Analyse auf, die auch explizit Bezug auf die vorab durchgegangenen Biografien der Menschen nahmen. Ich fasste sie gesammelt in einem Dokument zusammen.

Fokusgruppeninterviews: Ich transkribierte die Tonaufnahmen der Fokusgruppeninterviews und las sie mehrmals durch. Alle für die Beantwortung meiner Forschungsfragen relevanten Stellen markierte ich mir. Nach der ersten groben Auswertung hörte ich mir nochmals die Interviewaufzeichnungen an.

„Schritt 2: Codierung und Bildung von Kategorien“ (ebd., S. 306)

Inhaltsanalyse der Dokumente: Als Codes der Datenanalyse verstehe ich die angegebenen biografischen Inhalte und biografiebezogenen Pflegemaßnahmen der Bewohner:innen.

Beruhend auf den Inhalten des mäeutischen Pflege- und Betreuungsmodells nach Cora van der Kooij und des Enriched Care Planning for People with Dementia nach May et al. (2009) entwickelte ich vorab Kategorien.

Die Biografie- & Sensobiografie ist ein Bogen mit vorgefertigten theoriebasierten Überschriften. Diese Überschriften ordnete ich den vorab gebildeten Kategorien zu.

Die Informationssammlung nach der Mäeutik gibt mehrere Fragen zu verschiedenen Themen vor. Diese Fragen ordnete ich ebenso den Kategorien zu.

Ich versuchte die Überschriften beider Dokumentationen (Biografie- & Sensobiografie-Bogen und Informationssammlung) zusammenzuführen.

Für Punkte, die ich nicht einordnen konnte, entwickelte ich eine eigene Kategorie. Folgende Darstellung zeigt meine gebildeten Kategorien und Subkategorien mit den verschiedenen Überschriften beziehungsweise Fragen der Erhebungsinstrumente als Beispiel:

(Vorab) gebildete Kategorie	Gebildete Subkategorien	Themen und Unterthemen der Biografie und Sensobiografie	Fragen und Ergänzungsfragen der Informationssammlung
Aktuell wichtige Bezugspersonen	Sozial- und Familienbiografie	❖ Soziale Beziehungen ○ Ehe/Partnerschaft ○ Vertrauenspersonen/Freunde ❖ Raum für Anmerkungen und Ergänzungen	❖ Wie oft bekommt die/der BewohnerIn. Besuch und von wem? Wie fühlt sich die/der BewohnerIn dabei? Können Sie etwas darüber erzählen, wie die/der BewohnerIn sich verhält, wenn Besuch kommt und wenn der Besuch weggeht?

Tabelle 1 Beispiel gebildeter Kategorien aus Dokumentationen (eigene Darstellung, 2025)

Fokusgruppeninterviews: Aus den Fokusgruppeninterviews entstanden induktiv vier Kategorien, die ich anschließend mit denen der Inhaltsanalyse der Dokumente abglich.

Durch das Interview gebildete Kategorie	Gebildete Subkategorien aus den Interviews	Codes aus den Interviews
Art der Erhebung biografischer Daten	Durch Bewohner:innen und Angehörige	Bewohner:innen Angehörige
	Beim Aufnahmeprozess	Erhebungstools Aufnahme
	Alltägliche Pflege	Bei der Pflege Im Gespräch Steckbrief

Tabelle 2 Beispiel gebildeter Kategorien aus Interviews (eigene Darstellung, 2025)

So ging ich deduktiv-induktiv im Wechselspiel vor. Ich nutzte primär Kategorien angelehnt an die Theorien des mäeutischen Pflege- und Betreuungsmodells von van der Kooij (2010; 2012) sowie des Enriched Care Planning for People with dementia von May et al. (2009), ergänzte diese

aber bei der weiteren Analyse mit sinngemäßen aus dem Material gebildeten Kategorien. Um alle Kategorien besser zu beschreiben, bildete ich wiederum Unterkategorien.

„Schritt 3: Synthese aller Codes in ein Kategorienschema“ (ebd., S. 306)

So konnten alle biografiebezogene Informationen, Erhebungsmethoden und Dokumentationen sowie Pflegeinterventionen in Kategorien und Unterkategorien zugeordnet und allgemein beschrieben werden.

„Schritt 4: Herstellen von Zusammenhängen“ (ebd., S. 306)

Die verschiedenen Kategorien stellte ich schlussendlich in einer Matrix gegenüber und verglich die Inhalte miteinander. So schaute ich mir an, welche biografischen Informationen in den Pflegeplanungen enthalten waren, welche Informationen und Pflegeinterventionen von den Pflegekräften in den Interviews erwähnt wurden und welche Arten der Erfassung und Dokumentation von biografischen Informationen sich etablierten (Mayer, 2022, S.306-308).

Einsatz von KI-gestützten Werkzeugen

Im Rahmen der Erstellung dieser Arbeit habe ich punktuell KI-gestützte Werkzeuge zur Unterstützung genutzt. Für Formulierungsvorschläge sowie zur sprachlichen Korrektur einzelner Sätze wurde ChatGPT (OpenAI) in allen Kapiteln herangezogen. Die dort generierten Vorschläge wurden von mir jedoch inhaltlich geprüft und anschließend eigenständig und umfassend überarbeitet. Zur Aufnahme der Interviews kam die Diktiergerät-App von Samsung zum Einsatz; für die Transkription wurde die integrierte Sprache-zu-Text-Funktion verwendet. Dadurch, dass bewusst keine personenbezogenen Daten in den Gesprächen erwähnt wurden, war der Datenschutz auch gewährleistet. Die Zusammenfassung wurde mithilfe von Google Translate ins Englische (Abstract) übersetzt und anschließend von mir und einer Person, die Englisch als Muttersprache spricht, überprüft.

7. Ergebnisse aus den Dokumentationen

Die beiden untersuchten Häuser nutzen jeweils unterschiedliche Dokumentationssysteme. Haus A kreierte selbst die sogenannte „Biografie und Sensobiografie“ und erstellte auch in Anlehnung an die North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA) Pflegediagnosen sowie an das Modell der fördernden Prozesspflege (ABEDL) nach Monika Krohwinkel (2013) die Pflegeplanungen. Das Haus B arbeitet und dokumentiert ganz nach dem Mäeutischen Pflege- und Betreuungsmodell von Cora van der Kooij (2010; 2012).

7.1 Beschreibung der Stichprobe

Die Bewohner:innen, die ich in die Forschung einschloss, leben bereits unterschiedlich lang mit Major Neurocognitive Disorders und befinden sich in unterschiedlichen Phasen ihrer Erkrankung. Alle leben bereits mehrere Monate bis Jahre in der Einrichtung.

Im **Haus A** wählte ich willkürlich die Dokumentationen von 15 Bewohner:innen der beiden Stationen für Menschen mit „Demenz“ aus.

Von der Pflegedirektion von **Haus B** wurden mir sogenannte „Informationssammlungen“ von sieben Bewohner:innen anonymisiert zugeschickt.

7.2. Beschreibung der Dokumente

„Biografie und Sensobiografie“ Haus A

Im Haus A besteht der Bogen „*Biografie & Sensobiografie*“ aus mehreren Abschnitten. Er wurde 2020 für die hausinterne Verwendung vom Team der Pflegeentwicklung erstellt. Es stellte sich bei der Analyse heraus, dass es eine alte und eine neue Version gibt, die sich nur wenig voneinander unterscheiden. Wann genau die Überarbeitung der ersten Version stattgefunden hat, konnte ich nicht herausfinden.

Der „Biografie“-Bogen unterteilt die biografischen Daten in folgende große Überschriften: „Sozial- und Familienbiografie“ – „Kindheit und Jugend“ – „Erwachsenenalter“ sowie „Bedürfnisse, Gewohnheiten und Wahrnehmungen“ (beziehungsweise in älteren Bögen als „Hier und Jetzt“). Die „Sensobiografie“ gibt Aufschluss über die sinnlichen Vorlieben der Bewohner:innen, sie werden als „somatische und taktil/haptische Wahrnehmung“, „olfaktorische Wahrnehmung“, „gustatorische Wahrnehmung“ betitelt.

Am Ende des gesamten „Biografie- und Sensobiografie“-Bogens findet man ein Feld für „Anmerkungen und Ergänzungen“.

Bis auf zwei Ausnahmen wurden alle Biografien ausgefüllt. Die Gründe für die leeren Dokumente waren mir nicht ersichtlich. Die Antworten der ausgefüllten Bögen waren meist stichwortartig. Manche Kategorien wurde ausgelassen oder mit „---“ gefüllt. Nur wenige wurden in ganzen Sätzen ausführlich beantwortet.

„Mama war noch aktiv und immer interessiert neues Wissen zu erfahren, etwas zu erleben – war zu jedem Abenteuer bereit!“ (Bew. D)

Durch die Wortwahl kann interpretiert werden, dass die biografischen Inhalte meist von Angehörigen gegeben wurden:

„Nein, aber Mutti hört gerne Musik“ – „Bew hat lt Tochter nie gefrühstückt“ (Bew. K)

Zusätzlich durchsuchte ich auch die Pflegeanamnesen auf biografische Inhalte, wenn die „Biografie und Sensobiografie“ nicht oder nur kaum ausgefüllt ist, wie es beispielsweise bei Bew. A der Fall ist:

„War verheiratet, Tochter und Sohn, wurde in Deutschland (Hamburg) geboren und aufgewachsen, gelernte

Physiotherapeutin dann selbständig in klinischer Forschung gewesen." (Bew. A aus der Pflegeanamnese)

„Informationssammlung" Haus B

Haus B nutzt eine leicht adaptierte Version der „Informationssammlung" des Mäeutischen Betreuungs- und Pflegemodells von Cora van der Kooij (2010). Van der Kooij gibt zahlreiche vorformulierte Fragen zu zahlreichen Bereichen des Lebens vor. Es besteht die Möglichkeit, zu einer Frage noch weitere vertiefende Fragen zu stellen.

Von wem die Informationen stammen, ist in Haus B im Dokument vermerkt. Von Bew. V haben die Mitarbeitenden die

„Informationen zur LG (Anmerkung Lebensgeschichte) aus dem TZ (Anmerkung Tageszentrum) (von DGKP), weitere Infos durch die beiden Töchter im Rahmen der 1. mäeutischen Bew.-Besprechung erhalten".

Schriftliche Planung des Pflegeprozesses

Als „Geplante Biografie-spezifische Pflegemaßnahmen" fasste ich alle Einträge, die explizit Bezug auf die Biografie der Bewohner:innen nehmen, zusammen.

In **Haus A** wurden die meisten Informationen unter Konkretisierung der Maßnahmen *„Validation anwenden"*, *„Beschäftigung/Tagesstruktur"* und *„Aktivitäten/Alltagsgestaltung fördern"* bei den Pflegeplanungen *„Beeinträchtigte Orientierung"* angeführt. Außerdem wird die Essbiografie bei der Planung zu den Themen Nahrung und Trinken berücksichtigt.

Haus B formuliert gemäß des Mäeutischen Betreuungs- und Pflegemodells sogenannte *„Umgangsempfehlungen"* im Zuge der Bewohner:innenbesprechung, die Teile der Pflegeprozessplanung sind. Pflegerische Maßnahmen werden außerdem auch unter *„Mäeutisches Modell*

Pflege und Betreuung" geplant. Es werden zu verschiedenen pflegerischen (Problem-)Themen wie Toilettengang, Mobilität, Essen etc. jeweils „Bedürfnisse/Ressourcen“, „Erleben/Verhalten" und die daraus resultierende „Betreuung" beschrieben. Zudem wird auch die Biografie der Bewohner:innen im „*Stufenplan Herausforderndes Verhalten*" berücksichtigt.

7.3 Ergebnisse der Analyse

Im Zuge der Analyse fasste ich die von den Häusern vorgegebenen Themen der „*Biografie und Sensobiografie*" sowie die Fragen der „*Informationssammlung*" mit den jeweiligen erhobenen Daten zu folgenden von mir gebildete Kategorien und Unterkategorien zusammen. Außerdem führe ich an, in welchen Themenbereichen der Pflegeplanungen diese biografischen Daten zu finden sind.

7.3.1 Aktuell wichtige Bezugspersonen

Primär werden in beiden Häusern aktuell wichtige Bezugspersonen erfasst. In den meisten Fällen werden die Kinder oder Partner:innen namentlich angegeben. Es wird auch erwähnt, ob Bewohner:innen verheiratet, verwitwet oder geschieden sind.

Haus A fragt dies unter dem Thema „*Sozial- und Familienbiografie*" ab.

In der Pflegeanamnese wird dazu erfasst, wie die Bewohner:innen unmittelbar vor der Aufnahme versorgt waren, beziehungsweise wer für sie wichtig war. In der „*Biografie & Sensobiografie*" gibt es diesbezüglich keine konkrete Information.

„... hat enge Beziehung zur Gattin, diese hat ihn auch bisher zu Hause betreut, zur Tochter besteht kaum Kontakt, war bisher zu Hause mit Gattin versorgt.“ (Bew. B aus der Pflegeanamnese)

Haus B fragt, wie oft Bewohner:innen Besuch bekommen, und wie sie sich danach fühlen: *„Wie oft bekommt der/die BewohnerIn Besuch und von wem? Wie fühlt sich der/die BewohnerIn dabei? Können Sie etwas darüber erzählen, wie der/die BewohnerIn sich verhält, wenn Besuch kommt und wenn der Besuch weggeht?“*

„Regelmäßiger Besuch von Töchtern, Enkelkindern, kommen ab und zu- Bew. freut sich immer, hört mit den Töchtern (in Muttersprache) Musik und witzelt und plaudert, sie möchte oft mit nach Hause gehen, wenn Besuch da ist.“ (Bew. T)

7.3.2 Kindheit und Jugend

„Kindheit und Jugend“ umfasst die Aspekte, die das Aufwachsen und die Prägung in den frühen Lebensjahren einer Person betreffen. Zwei Unterkategorien kristallisieren sich für mich heraus: „Familie & Herkunft“ und „Schul- und Ausbildungszeit“.

7.3.2.1 Familie & Herkunft

Im **Haus A** sind biografische Inhalte diesbezüglich unter *„Sozial- und Familienbiografie“* sowie unter *„Kindheit und Jugend“* angeführt.

Unter dem Thema *„Sozial- und Familienbiografie“* werden Informationen zu *„Geschwistern“* abgefragt. Meist wurde kurz die Anzahl der Geschwister, ob sie verstorben sind, oder ihr Name angegeben.

„Geschwister Bruder u. Schwester, beide schon verstorben, waren 18 bzw. 16 Jahre alt – Halbbruder, aber wie Geschwister aufgewachsen.“ (Bew. M)

Zu den *„Eltern“* wird meist angemerkt, dass sie bereits verstorben sind. Einige geben ausführlichere Informationen, wie beispielsweise den Beruf oder den Bezug zu ihnen an.

„Mutter unbekannt, Vater war von Beruf Straßenbahnschaffner, Vater am (genaues Datum) verstorben. Vater war Soldat und ist in Polen gestorben.“
(Bew. N)

Auch über das Thema *„Wohnorte und Wohnverhältnisse“* konnten Informationen aus der Kindheit und Jugend der Bewohner:innen gesammelt werden. Es wird angegeben, wo sie aufgewachsen sind oder wo sie ihren Sommer verbracht haben.

„Reihenhaus (Bezirk) aufgewachsen im Bezirk Wien, jeden Sommer (im Bundesland) (unterstützend) bei Großeltern verbracht.“ (Bew. J)

Mit dem Thema *„Kindheit und Jugend“* aus der *„Biografie und Sensobiografie“* werden folgende Unterpunkte erfasst:

„Kindheits- und Jugenderinnerungen“ möchte mehr zu beispielsweise *„Familie, Freunden, Traditionen, Erziehung, Aktivitäten, historischen Ereignissen etc.“* erfragen. Die Antworten sind sehr vielfältig. Bewohner:innen haben Strenge durch Eltern erfahren, sind in armen Verhältnissen der Nachkriegszeit aufgewachsen, beschreiben aber auch schöne Erinnerungen wie jene an eine fürsorgliche Mutter ...

„Meine Mutter hat mir das, was wir hatten, zu essen gegeben und hat dann selber nichts gehabt.“ (Bew. G.)

... oder idyllische Momente am Land:

„Kindheit in Dorf am Land – bis zum Tod der Großmutter war dies ein wichtiger Ort für Bew.“ (Bew. M)

Haus B fragt „Wann ist der/die BewohnerIn. geboren und wo?“. Die Frage: „Wann?“ wird mit dem jeweiligen Geburtsdatum beantwortet, „Wo?“ mit dem Geburtsland bzw. dem Ort.

Die Frage *„In welche Familie ist der/die BewohnerIn geboren?“* gibt Informationen über den Beruf des Vaters oder der Mutter. Beispielsweise war der Vater von Bew. Q *„Kraftfahrer“* und die Mutter machte den *„Haushalt“*.

Die Frage: *„Wievieltens Kind der Familie?“* wurde auch von fast allen beantwortet. Bew. P zum Beispiel *„ist das 3. Kind (die erste Tochter) und hat 4 Brüder und 4 Schwestern. Den Namen hat ihre Großmutter ausgesucht.“*

Außerdem wird dokumentiert, ob die Bewohner:innen in Wohlstand oder Armut aufgewachsen sind, so heißt es beispielsweise in der Dokumentation von Bew. R: *„Waren sehr arm, Mutter hatte es sehr schwer Familie zu versorgen.“*

Über die Familie von Bew. V kann man lesen, dass sie im Herkunftsland *„sehr wohlhabend [war], hat aber dann alles nach dem Krieg verloren und musste flüchten (der Bew. war auf der Flucht ca. 13 Jahre alt)“*.

Teilweise werden auch Informationen zur Religion in der Kindheit und Jugend angegeben, zum Beispiel:

Bew. U hatte *„evangelischen Vater, Mutter durch Hochzeit evangelisch, Tante röm. kath., gute Erinnerungen als Kind mit Pfarrer.“*

7.3.2.2 Schulzeit & Ausbildung

Der Unterpunkt der *„Biografie & Sensobiografie“* von Haus A *„Erinnerungen an Schul- und Ausbildungszeit“* gibt Auskunft über die *„Schulausbildung, Talente, oder Interessen“*. Es wird angegeben, welche Schule sie besuchten sowie welche Lehre oder weiterführende Schule sie absolvierten.

Bew. N besuchte der Dokumentation nach *„Volksschule, Hauptschule, Handelsschule“*. Bew. M war *„ab 14 Internat in (ORT)“* und hatte *„Interesse an Inneneinrichtung, Mode, Drang nach der ‚großen weiten Welt‘“*.

Haus B fragt: *„Welchen Beruf hat der/die BewohnerIn gewählt und/oder welche Schulausbildung hat er/sie genossen?“* Diese Frage wird von mir nochmals im folgenden Kapitel „Erwachsenenalter“ aufgegriffen. Es gibt nur vereinzelt Angaben zur Schulausbildung, wie beispielsweise

„Volksschule und 2 Jahre Mittelschule – ...“ (Bew. Q)

7.3.3 Erwachsenenalter

Das „Erwachsenenalter“ gliederte ich in „Beruf und Werdegang“, „Familiengründung & Freunde“ sowie „Freizeit“. Das Erwachsenenalter umfasst den Lebensabschnitt ab der Berufsausbildung bis zum Ruhestand.

7.3.3.1. Beruf und Werdegang

„Beruf und Werdegang“ beschreibt, welche Berufe oder Tätigkeiten die Bewohner:innen in ihrem Leben nachgegangen sind und wie ihre Karriere verlief.

In Haus A beschreibt der Unterpunkt *„Erinnerungen an Beschäftigungen“* mit der Nachfrage zu Ausbildungen, Beruf, Arbeit, Hobbys, Freizeitaktivitäten die diversen Berufskarrieren der Bewohner:innen.

Bew G beispielsweise *„war Einzelhandelskauffrau, ist dann umgestiegen in die Statistik“*.

Bew. M war *„bis 38 Jahre Hausfrau und Mutter, danach beschäftigt bei [einer Bank] (hat dort auch 2. Mann kennengelernt).“*

Haus B fragt: *„Welchen Beruf hat die/der Bewohner:in gewählt und/oder welche Schulausbildung hat er/sie genossen?“* Diese Frage wird mit *„Was*

hält die/der Bewohner:in von dieser Wahl? Hätte er/sie lieber mehr lernen wollen oder weniger, wäre er/sie lieber etwas anderes geworden?" ergänzt.

Bew. R war „zuerst Verkäuferin“ hat „danach eine Ausbildung zur kaufmännischen Angestellten gemacht, da sie auch mehr verdienen wollte“. Bew Q machte eine „Ausbildung als Sozialarbeiterin“ und „ist ganz zufrieden mit ihrem Beruf gewesen“.

7.3.3.2 Familiengründung und Freundschaften

Die Gründung einer Familie und das Pflegen von Freundschaften sind wesentliche Punkte im Erwachsenenalter. Haus A will unter dem Punkt *„Erinnerungen an Familie und Freunde“* dazu mehr von den Bewohner:innen wissen. Die einen lebten sehr familiär mit vielen Freunden wie folgende Bewohnerin:

„Heirat mit Arzt, 2 Töchter, viele Freunde, reges soziales Leben, Haustiere, Scheidung.“ (Bew. E)

Andere lebten eher als Einzelgängerin wie dieser Bewohner:

„Ist ein Einzelgänger, hatte nie Freunde. Hat alles mit seinem Sohn und dem Enkel unternommen.“ (Bew. N)

Aus dem Themenbereich *„Sozial- und Familienbiografie“* geben die Unterpunkte *„Soziale Beziehungen (Ehe, Partnerschaften, Vertrauenspersonen, Freunde, ...)"*, *„Kinder und Enkelkinder“* sowie zum Teil *„Wohnorte und Wohnverhältnisse“* Auskunft über Familiengründung und Freundschaften.

„Mit 18 Jahren im Krieg gewesen in der Gefangenschaft, 1950 von der Gefangenschaft zurückgekommen. Mit Gattin im [Bezirk] in einer 50 Quadratmeter Wohnung gelebt, 1971 in eine größere Wohnung übersiedelt, die Bew. jetzt noch hat. [Bezirk] Wien, in einem Einfamilienhaus.“ (Bew. N)

Haus B fragt detaillierter: *„Falls die/der BewohnerIn nicht in dem Ort geboren ist, in dem er/sie wohnt, fragen Sie, wie es dazu gekommen ist, dass er/sie nun hier wohnt?“* Die Antworten sind sehr individuell.

Bew. T ist beispielsweise *„mit ihrem zweiten Gatten 1972 nach Österreich, Wien gezogen.“*

Weiter Fragen wie *„Wie hat die/der Bewohner:in seinen/ihren Partner kennengelernt?“* und *„Hat die/der Bewohner:in selbst eine Familie gegründet?“* mit mehreren möglichen Detailfragen wie nach Wohlstand oder des Berufes der/des Ehegatten/in etc. geben Aufschluss über die Familiengründung.

Die Frau von Bew. V war *„Schneidermeisterin – hat aber nicht gearbeitet, war bei den Kindern (2 Töchter) zu Hause.“*

„Sie haben ein einfaches Leben in einer Kleingartensiedlung bei ... geführt und sich ein gutes Leben erarbeitet. Der Ehemann habe Tag und Nacht dafür gearbeitet, ein Haus erbauen zu können, er habe die Baupläne selber gezeichnet. ...“ wird der Wohlstand der gegründeten Familie von Bew. U beschrieben.

Bewohner:innen sind auch alleinstehend wie Bew. Q:

„Hat keinen Partner gehabt.“

7.3.3.3. Freizeit

Außerdem wird erhoben, wie die Bewohner:innen ihre „Freizeit“ als Erwachsene verbrachten. So einzigartig die Bewohner:innen sind, so sind es auch ihre Antworten.

„Musik hören und tanzen, Wanderungen, Oper, Operette, Musicals. Viele Besuche in der Oper oder im Theater“ (Bew. J)

...findet man unter anderem in der Dokumentation unter dem Unterpunkt

„Erinnerungen an Beschäftigungen (Ausbildungen, Beruf, Arbeit, Hobbys, Freizeitaktivitäten)“ von Haus A.

Bew. Ks *„Tochter hat ein Pferd und er liebt es mit der Familie Ausflüge zu machen.“*

„Erinnerungen an die Zeit im Ruhestand (Aufgaben, Hobbys, Freizeitaktivitäten)“, nach denen Haus A in diesem Wortlaut fragt, sind folgende zum Beispiel:

Bew. G *„gibt an gerne gearbeitet zu haben, die Arbeit hat ihr in der Pension gefehlt, es war ihr in der Pension eher langweilig.“*

Bew. I ist *„in der Pension gerne schwimmen gegangen und gerne Handarbeiten gemacht.“*

Bei *„Raum für Anmerkungen und Ergänzungen“* erfährt man von Bew. F:

„Machte viele Urlaube besonders USA – sprach relativ gut Englisch.“

Haus B fragt die Freizeitbeschäftigung im Erwachsenenalter nicht explizit ab. Es lassen sich bloß Vorlieben für die Freizeit in anderen Fragen herauslesen, wie beispielsweise bei Bew. Q unter

„Alltagsgestaltung: liest gerne Zeitungen, schaut TV, sitzt gerne im Zimmer in ihren Sessel,“

Diese Antwort gibt jedoch nur Aufschluss über die aktuellen Beschäftigungsvorlieben.

7.3.4 Prägende und belastende Ereignisse

Alle Bewohner:innen haben Erlebnisse, die sie in ihrer Kindheit, Jugend und ihrem Erwachsenenalter geprägt haben. Historisch ist zu erwähnen, dass die meisten im oder unmittelbar nach dem 2. Weltkrieg aufgewachsen sind.

Haus A fragt diesbezüglich jeweils bei den Themen „*Kindheit- und Jugend*“ und „*Erwachsenenalter*“ den Unterpunkt „*Prägende Ereignisse*“ ab.

Einige geben den Krieg direkt an.

„Hat mit 5 Jahren den Krieg miterlebt.“ (Bew. B)

Dazu werden auch viele persönliche Schicksale beschrieben. Vor allem sind es Erkrankung oder der Tod naher Angehörige, die prägend für die Bewohner:innen waren. Bewohner:innen haben Elternteile, Kinder oder Freunde plötzlich oder an Erkrankungen wie Krebs verloren.

„Erkrankung von Ehemann (Parkinson)“ (Bew. D)

„Heimweh im Internat, Tod des Vaters mit 17 Jahren“ (Bew. M)

Es werden auch schöne Ereignisse angegeben.

„Hat sich sehr wohl gefühlt in der Firma. Das Schlimmste war die Pension, Bew. ist sehr gerne arbeiten gegangen.“ (Bew. O)

Die Bewohner:innen von Haus B machten ähnliche Erfahrungen.

Beim Unterpunkt „*Lebensthemen und Kernqualitäten*“ waren am meisten Informationen diesbezüglich herauszufiltern.

Bew. P führte beispielsweise *„ein Leben zwischen 2 Welten“*. Sie ist *„aufgewachsen auf den Philippinen“* und hat *„die meiste Zeit ihres Lebens auch in Österreich gelebt und gearbeitet“*.

Bei Bew. S wird durch die gesamte Dokumentation ein besonders prägendes Ereignis erfasst. Sie hatte eine Gaumenspalte, ihre Mutter lehnte sie ab und

sie ist bei der Großmutter aufgewachsen. Obwohl sie mit 18 operiert wurde, leidet sie heute noch unter der Ausgrenzung, ihre Sprache ist auch noch etwas eingeschränkt. Im Unterpunkt „Lebensthemen“ ist dazu Folgendes dokumentiert:

„Anders zu sein → die Bew. wurde mit einem ‚Wolfsrachen‘ geboren und erst im Alter von 18 Jahren operiert – hat auch jetzt noch das Gefühl von anderen deshalb abgelehnt zu werden.“

Es wird jedoch auch notiert, dass sie eine „glückliche Ehe“ hatte, der „Gatte aber bereits verstorben“ ist. (Bew. S)

Folgende weitere Fragen geben ebenso Aufschluss über prägende Ereignisse in Haus B.

„Ist d. Bew. mit seinem/ihrem Leben zufrieden? Wenn nein, worüber gibt es Kummer, Ärger, Unfrieden?“

Bei dieser Frage gaben viele an, zufrieden zu sein. Bei einigen werden hier auch schwere Schicksalsschläge thematisiert.

„Traumata: Krieg, Hunger, Tod des Vaters 1941 in Russland. Tod des Ehemannes 1997 an Darmkrebs. Sie haben gehofft und alles versucht, aber es habe nichts geholfen. ...“ (Bew. U)

Das Thema Sterben wird im Haus B näher erfragt durch:

„Welche Erfahrungen hat der/die Bewohner:in mit dem Sterben (von Angehörigen)? Wie wurde in der Familie mit Sterben und Tod umgegangen? Hat der/die Bewohner:in (+Angehörige) Vorstellungen, Wünsche über das eigene Sterben?“

Bew. T „hat den Tod ihrer Geschwister sehr schwer verkraftet laut ihrer Tochter. Bei den beiden Ehemännern auf Nachfrage

von mir flucht sie auf (ihre Muttersprache) und sagt: „Die brauch ich nicht“.

Ergänzend war dazu die Frage

„Was würden Sie sonst noch gerne über der/die Bewohner:in wissen wollen? Wie könnten Sie dahinterkommen? Auf welche Weise könnten Sie danach fragen und wen?“.

Die Pflegeperson notierte daraufhin *„wann ihr Vater gestorben ist und ob das Verhältnis so bis zu seinem Tod so war.“* (Bew T)

„Was wissen Sie noch mehr über der/die Bewohner:in?“

Bei dieser Frage sind die gegebenen Antworten bereits auch bei vorherigen Fragen zu finden.

Von Bew. U wird beschrieben, dass sie verschiedene Hobbys hatte und sie

„hätte immer gerne ein Musikinstrument gelernt – bevorzugt Klavier, aber dies war aus finanziellen Gründen leider nicht möglich“.

7.3.5. Bedürfnisse, Vorlieben und Routinen im Hier und Jetzt

Eine bedeutende Rolle in der Biografiearbeit spielen „Bedürfnisse, Vorlieben und Routinen im Hier und Jetzt“ der Bewohner:innen. Es geht darum, wie die Betroffenen aktuell ihren Alltag gestalten und was ihre primären Wünsche und Bedürfnisse für die Betreuung sind. Diese werden genau beschrieben. Die beiden Häuser stellen diesen Punkt jedoch unterschiedlich dar.

7.3.5.1. Gewohnheiten

Haus A erfasst Gewohnheiten unter dem Thema *„Bedürfnisse, Gewohnheiten und Wahrnehmungsbereiche“* mit folgenden Unterpunkten:

Die „Lebensgewohnheiten (Rituale, Beschäftigung, Tagesablauf, Lieblingsfotos und -bilder, Lieblingsobjekte, ...)“ der Bewohner:innen sind durchaus verschieden und werden auch mehr oder weniger detailliert angegeben.

„Steht zwischen 7:00-07:30 Uhr auf, frühstückt, geht dann duschen, legt sich meist danach nochmals ins Bett und schläft bis ca. 11:00 oder 11:30 weiter. Ruht sich auch nach dem Mittagessen nochmals aus. Geht um 20:00 ins Bett.“ (Bew. B)

Bei einer weiteren Person wird dies nicht derart genau mit Uhrzeit angegeben, aber die Regelmäßigkeit betont:

„Regelmäßige Zeiten zum Aufstehen und ins Bett gehen.“ (Bew I)

Im „Raum für Anmerkungen“ wird beispielsweise zu Bew. E notiert:

„Liebt Unterhaltungen, Musik, Kinder und Tiere. Sie möchte den Himmel sehen und ist gern in der Natur. Sie möchte beschäftigt sein und sie möchte immer auch eine Aufgabe haben.“

„Spirituelle Erfahrungen und Bedürfnisse (Hoffnungen, Wünsche, Ängste, Religiosität, Rituale, Kulturelle Prägungen, ...)“ sind sehr vielfältig beschrieben:

„Röm.-katholisch (früher oft bei Gottesdiensten)“ (Bew. C) nimmt Bezug aufs Religionsbekenntnis.

Jedoch gibt es weitreichendere Antworten, was den spirituellen und moralischen Zugang der betroffenen Personen angeht.

„Immer auf die Bedürfnisse der Kinder bedacht.“ (Bew. E)

„Sie ist ein ängstlicher Mensch und ewig zur Hoffnung, dass Probleme von selber vergehen. Die Garantie an einen Sinn im Leben und dass es weitergeht, sind wichtig.“ (Bew. M)

7.3.5.2. Sinnliche Vorlieben (Senosbiografie)

Die **„Sensobiografie“** nutzt das Haus A, um zu eruieren, wie und wodurch die Sinne der Bewohner:innen angesprochen werden.

„Somatische und taktil/haptische Wahrnehmung“ sprechen den Tastsinn an. Unter diesen Punkt fällt jedoch auch die Frage:

„Wie möchten Sie angesprochen werden?“

Diese wird meist mit dem Vornamen beantwortet, manche möchten aber auch mit dem Nachnamen genannt werden.

„In welcher Körperposition fühlen Sie sich wohl?“

Diese Frage beantworteten nur wenige, von denen alle bevorzugt sitzen oder liegen.

„Empfinden Sie Berührung als angenehm? An welchen Körperstellen finden Sie diese als angenehm bzw. unangenehm?“

wird beispielsweise mit

...„wenn Vertrauen da ist, wird Berührung als angenehm empfunden“ (Bew. M) beantwortet.

Dazu wird noch erfragt:

„Bevorzugen Sie Wärme oder Kälte (Wassertemperatur, Raumtemperatur, Kleidung...)?“

... wobei die meisten Wärme genießen.

Es wird auch erfragt:

„Haben Sie bestimmte Pflegeprodukte, die Sie gerne verwenden?“

Manche geben ihre bevorzugte Marke an.

Mit **„Olfaktorischer Wahrnehmung“** werden bevorzugt Gerüche erfasst.

„Sind Sie geruchsempfindlich? Welche Gerüche empfinden Sie als unangenehm?“ wird dazu die Frage gestellt.

„Nicht wirklich, außer bei extremen Gerüchen“ wird für Bew. C angegeben.

„Gibt es Gerüche die Erinnerungen wecken? Was riechen Sie besonders gerne?“

Die meisten mögen Düfte der Natur. Sie mögen *„Flieder, Lavendel“* (Bew. J) oder *„Wald, Natur, Blumen“* (Bew. O).

„Gustatorische Wahrnehmung“ wird auch als Essbiografie bezeichnet. Es wird die Geschmacksrichtung abgefragt. Dabei essen die meisten gerne süß. Bei der Frage

„Welche Rituale und Gewohnheiten haben Sie beim Essen und Trinken?“

werden kurze Antworten gegeben.

„Wenig aber gut“, mag Bew. E

Bei einer Person ist sie etwas ausführlicher:

„Bew hat lt Tochter nie gefrühstückt – mag Leberkäsesemmeln, Schnitzel mit Kartoffelsalat; mag keine Suppe; trinkt am liebsten zum Essen ein helles Bier und isst

gerne nach der Hauptmahlzeit eine Banane oder einen Apfel in Spalten geschnitten. Das Essen muss immer akkurat serviert werden."

Ergänzt wird die Essbiografie auch mit der Frage

„Welche Vorlieben und Abneigungen haben Sie?"

Bew.F: *„Mag nicht angeschrien werden."*

Dabei ist mir nicht klar, ob sich die Antwort ausschließlich auf das Anschreien beim Essen bezieht oder generell gemeint ist.

Bew. J *„... isst gerne Bananen und Bananenschnitten (sehr gerne)."*

„Auditive Wahrnehmung" beschreibt primär die bevorzugte Musik der Bewohner:innen. Folgende Fragen werden dazu gestellt:

„Verbinden Sie Musik mit Ihren täglichen Ritualen (beim Aufstehen, zum Einschlafen, ...)?"

„Zum Einschlafen oft Musik mit Kopfhörern gehört", sagt Bew. J

„Spielen oder spielten Sie ein Musikinstrument?"

ist eine weitere Frage zu dem Thema. Die meisten gaben an, kein Musikinstrument zu beherrschen.

„Welche Musikrichtung, Musikstücke oder Interpreten hören Sie gerne?"

möchte man wissen. Der Großteil mag Volksmusik, klassische Musik, Opern und Operetten.

Bew. G *„hat gerne Radio gehört, aber keine spezielle Musikrichtung".*

„Gibt es Klänge, Geräusche, Musikrichtungen, die Ihnen unangenehm sind?“

wird dazu erhoben.

„Schrill, zu modern“ mag es Bew. E nicht.

7.3.5.3. Aktuelles Erleben

Haus B hat den Schwerpunkt auf das aktuelle Erleben. Folgende drei Fragen ordnete ich diesem unter.

„Äußere Merkmale“ werden zur Wahrung der Anonymität der Bewohner:innen von mir nicht dargestellt. Sie werden jedoch detailliert in der Dokumentation erfasst. Es werden beispielsweise die Körperstatur, Haarfarbe oder auch die noch erhaltene Fähigkeit der Mobilisation beschrieben.

„Das Verhalten auf der Station: Was ist typisch für das Verhalten des/der Bewohner:in?“

wird dokumentiert.

Bew. P beispielsweise

„hält sich viel in ihrem Zimmer auf, wo sie oft zum Ausruhen in ihrem Lehnstuhl sitzt.“ ... „Meist drückt sich Frau (Nachname) in ganzen Sätzen in deutscher Sprache aus, jedoch spricht sie auch gerne Englisch bzw. (ihre Muttersprache).“

„Wie erlebt der/die Bewohner:in die heutige Situation?“

Diese Frage wird meist mit einer Einschätzung durch das Personal beschrieben.

„Bew. scheint zufrieden zu sein und wirkt dann auch entspannt.“ (Bew. R)

7.3.6. Geplante Biografie-spezifische Pflegemaßnahmen

Unter dieser Kategorie verstehe ich alle in schriftlicher Form geplanten pflegerischen Handlungen, die explizit auf biografische Daten, die in der „Biografie und Sensobiografie“, der Pflegeanamnese oder der „Informationssammlung“ erhoben sind, Bezug nehmen. Es ist deutlich zu erkennen, dass nicht alle erhobenen Informationen direkt pflegerische Maßnahmen mit sich ziehen.

7.3.6.1. geplante Pflege Haus A

Häufig werden im Haus A die vorgegeben allgemeinen Formulierungen mit biografischen Informationen ergänzt oder prinzipiell allgemein gültige Ausdrucksweisen verwendet. Wie folgende Beispiele zeigen:

*„Bei Nahrungsaufnahme unterstützen:
Vorlieben/Abneigungen berücksichtigen: Fleischgerichte,
Fisch, Kaffee, Saft, Banane.“ (Bew. L)*

*„Bewohnerin in der akuten Verwirrtheit begleiten und für
sichere Umgebung sorgen.“ (Bew. O)*

Bei Pflegeplanungen wie *„Körperpflege und Kleiden – beeinträchtigt“* oder *„Mobilität beeinträchtigt“* etc. konnte ich keine Pflegemaßnahmen, die explizit auf die Biografie Bezug nehmen, identifizieren und bezog diese somit nicht weiter in die Auswertung mit ein. Die meisten Biografie-spezifischen Pflegemaßnahmen sind unter der Planung *„Beeinträchtigte Orientierung“* und *„Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme – beeinträchtigt“* vermerkt.

Beeinträchtigte Orientierung

Unter dieser Pflegeplanung werden unter anderem Beschäftigung, Motivationsarbeit oder Validation geplant, mit den häufigen Zielen, die Bewohner:innen zu beruhigen oder zu motivieren.

Beispielsweise ist bei Bew. H das Ziel *„kann einfache Informationen nachvollziehen“*. Die Maßnahmen der Pflege sind eine *„verbindliche Tagesstruktur“* zu schaffen. Die Person *„macht bei Therapien mit“* – *„malt gerne, macht Würfelspiele“*. Unter dem Punkt biografische Motivationsarbeit steht *„geht gerne in die Kirche“*.

Bei Bew. D wird die Maßnahme *„Validation“* wie folgt konkretisiert:

„Fragt mehrmals täglich nach dem Verbleiben ihres Mannes, wird dabei unruhig – > möchte eine vertrauensvolle ehrliche Antwort, dass ihr Mann bereits verstorben ist.“

Essen und Trinken – beeinträchtigt

Vorlieben zum Essen werden unter den Pflegeplanungen, die die Nahrungsaufnahme betreffen, notiert. So stehen beispielsweise bei Bew. O

„biografische Aspekte: Süßspeisen, Bew. isst Hausmannskost und kleine Portionen. Bei schlechtem AZ (Anmerkung: Allgemeinzustand) weiche Kost anbieten.“

7.3.6.2. Geplante Pflege Haus B

Umgangsempfehlungen und Alltagsgestaltung

Im Haus B werden unter dem Punkt *„Umgangsempfehlungen“* und *„Alltagsgestaltung“* die meisten Biografie-spezifischen Pflegemaßnahmen dokumentiert. Sie sind die Basis für die anschließende Planung der Pflege und Betreuung.

Es werden Punkte aufgezählt wie:

„Am Abend ist sie länger munter, sitzt aber gerne in Gesellschaft nicht allein, nimmt sich Zeitungen mit in ihr Zimmer“ (Bew. Q)

oder „während der passiven Teilnahme am gesellschaftlichen Leben auf Überforderungszeichen achten“ (Bew T).

Fast immer wird auch die Kontaktaufnahme angeführt, wie zum Beispiel je nach Situation und Beziehungsgestaltung mit Blickkontakt oder Berührung oder mit dem Vor- bzw. Nachnamen.

Mäeutisches Modell Pflege und Betreuung

Unter dem Punkt *„Mäeutisches Modell Pflege und Betreuung“* wird die alltägliche Pflege und Betreuung geplant. So ist beispielsweise bei Bew. T beschrieben:

„Betreuung: Morgentliches Aufstehen: Bew. ausschlafen lassen – benötigt viel Schlaf und Ruhe – Zuwendung geben, Frühstück anbieten ... Mobilisation erst kurz vor dem Mittagessen.“

Biografiebezogene Individualität findet man unter anderem gehäuft beim Essen und Trinken. Bew. R benötigt beim Essen und Trinken *„ausreichend Zeit ..., um sich auf die Situation einstellen zu können“* ... *„klassische Musik aufdrehen, Ansprache mit Vornamen und ihre Hand vorsichtig streicheln, mehrmals wiederholen, ...“* werden als Pflegemaßnahmen angeführt.

Stufenplan Herausforderndes Verhalten

Speziell im Haus B werden im Zuge einer Bewohner:innen-Besprechung im *„Stufenplan Herausforderndes Verhalten“* Verhaltensmuster der Betroffenen, die für das Personal schwierig sind, zuerst beschrieben. Anhand der Biografie werden diese dann analysiert und Lösungen für die Beziehungsgestaltung gesucht. Es gibt sehr viele Fragen, die den

Pflegenden Anreize zur Analyse geben und individuell nach Bedarf beantwortet werden. Ich stelle sie nur auszugsweise dar, da auch nicht in jedem Fall jede Frage beantwortet wird.

Zuerst wird aufgefordert:

„Besprechen Sie miteinander, welches Verhalten jeder als schwierig erfährt.“

Beispielsweise wird angegeben,

„dass sie wiederholt Phasen der massiven Ablehnung hat – dabei werden sämtliche Pflegehandlungen massiv abgelehnt bzw. abgewehrt“... (Bew. T).

Darauf werden Strategien eruiert, die bereits geholfen haben. Folgende Punkte werden beantwortet:

„Tragen Sie alle guten Erfahrungen und guten Herangehensweisen zusammen und formulieren Sie eine Umgangsempfehlung, in der sowohl Ihr Bedürfnis, sich in die/der BewohnerIn hineinzusetzen, als auch die Notwendigkeit des Gegensteuerns einen Raum bekommt.“

Unter dem Punkt *„Anlass für das Verhalten/Gefühl der/des Bewohners:in“* werden wichtige Fakten der Lebensgeschichte aufgezählt. Wie bei Bew. T, die *„bereits als Kind ... viele Verluste ... und auch Gewalt durch ihren Vater und ihre beiden Ehemänner erlebt“* hat.

„Bedürfnisse der/des Bewohners:in und positive Kontaktmomente“ stehen im Fokus. Da wird bei Bew. U notiert:

„Zuwendung zu erleben und körperliche Nähe – positives Feedback zu den Leitungen“.

Bew. T hat das „*Bedürfnis: nach Selbstbestimmung – nach ausreichend Zeit, um sich auf eine Situation einstellen zu können, nach Sicherheit und Orientierung, Geborgenheit*“.

Fragen wie „*Versuchen Sie die Lebensgeschichte, die heutige Situation und das Verhalten der/des Bewohners:in miteinander in Beziehung zu bringen.*“ *Versuchen Sie nun, das herausfordernde Verhalten als Gefühl des Bewohners zu benennen*“ etc. vertiefen das Verständnis und führen zu „*Umgangsempfehlungen*“.

Beispielsweise wurden bei Bew. S, bei der bereits im obigen Kapitel prägende Ereignisse beschrieben wurden, eruiert, dass ihr aggressives Verhalten gegenüber anderen Bewohner:innen dann entsteht, wenn sie zu wenig Aufmerksamkeit durch das Pflegepersonal erhält. Begründet wird das dadurch, dass sie aufgrund ihres „*Wolfsrachsens*“, der erst später operiert wurde, lange Zeit Ablehnung in ihrer Jugend erlebte. Als pflegerische Interventionen wurden beispielsweise geplant, ihr vermehrt positive Aufmerksamkeit zu schenken und ihr ein positives Feedback zu ihrem Äußeren zu geben.

8. Ergebnisse der Fokusgruppeninterviews

Die Fokusgruppeninterviews gaben darüber Aufschluss, wie Biografiearbeit anhand der Dokumente umgesetzt wird und darüber hinaus geht. Die Teilnehmenden berichteten aus ihrer Praxis.

„Biografiearbeit für uns bedeutet, dass wir so viel wie möglich vom Leben eines Bewohners, eines Patienten eigentlich herausfiltern können, Informationen sammeln und die auch umsetzen können für die Zukunft, für die Zeit, wo der Bewohner bei uns noch lebt.“ (Haus A, B1, 2-4)

8.1. Beschreibung der Interviewsituation und der Teilnehmer:innen

Am ersten Interview nahmen Fachkräfte der beiden Stationen für Menschen mit „Demenz“ von Haus A teil, zwei diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerinnen, eine diplomierte Sozialbetreuerin und zwei Fachsozialbetreuerinnen. Sie sind zwischen 32 und 56 Jahre alt und arbeiten zwischen zwei und fünf Jahre bereits auf der Station für Menschen mit „Demenz.“ Das reine Interview dauerte rund 40 Minuten und fand während der Dienstzeiten der Teilnehmenden in einem extra bereitgestellten Raum im Haus statt.

Das zweite Interview wurde mit sechs Fachkräften geführt, davon vier in der Funktion als Pflegeassistent, eine Pflegefachassistentin und eine diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson. Sie sind zwischen 40 und 62 Jahre alt. Die wenigste Berufserfahrung hat eine Person mit 13 Jahren, die meiste mit 37 Jahren. Im Haus arbeiten sie bereits 8 bis 20 Jahre, sie sind tätig auf der allgemeinen gerontologischen Station, auf der Station für Menschen mit „Demenz“ und auf der Hospizstation. Jedoch spielt für alle die Biografiearbeit eine Rolle. Das reine Interview dauerte hier rund 20 Minuten und fand ebenso während der Dienstzeiten der Teilnehmenden in einem extra bereitgestellten Raum im Haus statt.

8.2. Ergebnisse der Analyse der Fokusgruppeninterviews

Aus den Interviews geht hervor, dass biografische Daten nicht nur durch die Erhebungsinstrumente erfasst werden, sondern auch auf anderen Wegen wie beispielsweise im Gespräch bei Pflegehandlungen in Erfahrung gebracht und dokumentiert werden. Der Umgang mit sensiblen Informationen wurde thematisiert und die Umsetzung der geplanten Biografie-spezifischen Maßnahmen in der Praxis wurde beleuchtet.

8.2.1. Art der Erhebung biografischer Daten

Biografische Daten werden vor allem bei der Aufnahme mit den Erhebungsinstrumenten erfasst. Zudem werden im Zuge der alltäglichen Pflege Informationen gewonnen. Die Bewohner:innen selbst erzählen von ihrem Leben, sofern sie noch in der Lage dazu sind. Ist das nicht mehr der Fall, werden die Angehörigen mehr oder weniger ergänzend herangezogen.

8.2.1.1. Informationen, die direkt von Bewohner:innen und Angehörigen erhoben werden

Die Interviewteilnehmer:innen schildern, dass Angehörige bei der Gewinnung von biografischen Informationen eine entscheidende Rolle spielen, da die Bewohner:innen sich zum Großteil nicht mehr dementsprechend äußern können.

Die Pflegekraft von der Station für Menschen mit „Demenz“ erwähnt, dass es „*schwierig*“ (Haus B, B1, 23) ist, ausschließlich von den Bewohner:innen über ihre Biografie etwas in Erfahrung zu bringen. Sie ist dann darauf angewiesen, „was uns die Angehörigen hergeben oder zusammenschreiben oder zu Hause haben, hier herbringen.“ (Haus B, B1, 24-25)

Trotzdem ist das Ziel, Informationen so gut wie möglich durch die Bewohner:innen selbst zu gewinnen.

„Mir persönlich ist es immer lieber, mit dem Bewohner zuerst zu versuchen, so viel wie möglich. Weil jeder von uns seine eigene

Biografie, wie er erzählt, er erzählt das anders ... ich denke, dass diese Person selber kann besser erzählen, wie ihre eigene Geschichte, als wie die das Kinder gesehen haben, Bruder, Gatte oder so." (Haus B, B3, 13-20)

B4 fasst die Erhebung biografischer Daten wie folgt zusammen:

„Ich würde sagen, es ist ein Zusammenspiel zwischen Bewohner und Bewohnerinnen und den Angehörigen. Das fügt sich dann irgendwie zusammen." (Haus B, B4, 27-28)

8.2.1.2. Informationen aus dem Aufnahmeprozess

Der Aufnahmeprozess ist in beiden Häusern entscheidend für die Erfassung sämtlicher wesentlicher Informationen der Bewohner:innen. Dieser ist genau geplant und erstreckt sich über mehrere Wochen. Die Angehörigen füllen in den meisten Fällen den „Biografie- & Sensobiografie“-Bogen aus.

„Die Infos bei der Aufnahme, was ich genommen habe, schreibe ich sie mir natürlich auf. Und ansonsten gebe ich ihnen die Biografie, damit sie zu Hause, weil zu Hause haben die Angehörigen Zeit und können das ausfüllen." (Haus A, B3, 28-30)

Dazu wird die Neuaufnahme durch die Pflege speziell beobachtet. *„Bei der Neuaufnahme besonders, dass die Bewohner werden, diese zwei Wochen intensiv begleitet, damit wir auch wie möglich mehr Informationen herausfinden."* (Haus A, B2, 48-49)

Haus B handhabt die Eingewöhnungsphase von Neuaufnahmen ähnlich. Sechs Wochen nach der Beobachtungsphase erfolgt im Team eine Bewohner:innenbesprechung.

„Ja, das ist eine Beobachtungsbogen bei der Neuaufnahme. Bis sechs Wochen haben wir eine erste Bewohnerbesprechung. Bis dorthin haben wir alle Informationen gesammelt ..." (Haus B, B6, 64-65)

Bezüglich der bloßen Abfrage des „Informationssammlungs“-Bogens meint B2:

„Ja, wir arbeiten eigentlich nicht nach der Liste. Wir schauen, dass wir den Bewohner kennenlernen. Und wenn er reden möchte, dann passt das besser als dieses Abchecken, Abhaken.“ (Haus B, B2, 190-192)

B1 ergänzt, *„wenn man mit ihnen einfach plaudert. Dann erfährt man viel mehr als über den. Ja, das sind die Fragen.“ (Haus B, B1, 195-196)*

8.2.1.3. Alltägliche Pflege mit Bewohner:innen – das „subtile Informationssammeln“

Über den Aufnahmeprozess hinaus wird noch einiges durch die Bewohner:innen selbst in Erfahrung gebracht. Dies erfolgt durch Biografie-Spiele oder Biografie-Gruppen oder durch Gespräche, die sich im Zuge der Pflege ergeben.

„Ich mach immer wieder Beschäftigung. Während dieser Beschäftigung, egal was für Thema, da können wir einiges herausfinden von Bewohnern, was eigentlich die Angehörigen nicht sagen.“ (Haus A, B4, 33-34)

Dabei spielt die sensible Beobachtung der Pflegekräfte eine bedeutende Rolle, um relevante Tabuthemen zu bemerken.

„Und wir sind ja feinfühlig. Und wir sehen ja dann im Laufe der Zeit, wer kommt zu Besuch, wie verhält sich der Bewohner, wenn die Gattin kommt, die Kinder kommen.“ (Haus B, B2, 145-146)

Wobei B4 dies als „subtiles Informationssammeln“ (Haus B, B6, 167) beschreibt.

Zwei Beispiele, bei denen gewisse Details der Biografie erst mit dem nötigen Feingefühl in Erfahrung gebracht werden können, schildert uns Haus B:

B2 beschreibt: *„Wenn der Mann im Pflegeheim ist und die Gattin will uns jetzt nicht großartig berichten, dass er sie jedes Monat betrogen hat und dass er zig Freundinnen gehabt hat. Also das kommt dann nicht von der Gattin. Entweder der Bewohner erzählt von selber oder Freundin taucht auf oder es geht halt unter.“* (Haus B, B2, 159-162)

„Man erzählt ja nur das Schöne“ (Haus B, B2, 164), fasst die Pflegekraft zusammen.

B4 sagt dazu: *„Aber man merkt es halt dann auch an der Art: Es wird niemand erzählen, dass er bei der SS war. Aber man merkt dann die Kriegsdrama und vielleicht eine Tätowierung, dann weiß man, er war bei der SS.“* Haus B, B4, 165-167)

Steckbrief

B2 beschreibt, dass sie einen Steckbrief mit den Bewohner:innen über ihr früheres Ich erstellte. Diesen ergänzt sie mittlerweile mit Fragen zu den aktuellen Vorlieben, da diese mittlerweile mehr Bedeutung für sie haben.

„Ich habe das dann so gemacht, wir haben mit einigen Bewohnerinnen und Bewohnern, die noch was äußern können, haben wir diesen Steckbrief ausgefüllt, über Familie, Kinder, Vorlieben, Hobby, was ich gerne esse, was ich mache gerne, was habe ich früher gemacht. Und jetzt haben wir wieder angefangen mit einer neuen Art von Steckbrief, wo wir dann ein bisschen so umgedacht haben, dass wir einbringen, auch was man war, wer war ich oder so in der Art. Und wer bin ich jetzt? Ja, weil, was mache ich gerne jetzt?“ (Haus A, B2, 87-92)

8.2.2. Erfasste biografische Informationen

Grundsätzlich erfassen die Pflegekräfte die biografischen Daten, *„die wir in Erfahrung bringen können“*. (Haus B, B4, 142) Jede Person hat die Freiheit, das zu erzählen, was ihr wichtig ist.

Als erfasste Informationen werden in den Interviews am häufigsten jene über Bedürfnisse, Vorlieben und Routinen im Hier und Jetzt sowie das Erwachsenenalter genannt.

Die Pflegekräfte möchten unter anderem über aktuell bevorzugte Hobbys, Alltagsgestaltung und Vorlieben etwas wissen. Das Ziel ist, zu eruieren, was den Bewohner:innen an Pflege und Betreuung angeboten werden kann.

Besonderes Augenmerk wird auch auf die Vorlieben beim Essen und Trinken der Bewohner:innen gelegt.

„Auch wichtig bei uns ist die Ernährung. Welche Speise sie bevorzugen. Bei uns gibt es mehrere, die gerne Süßes essen.“

(Haus A, B4, 13-14)

Der Fokus auf aktuelle Vorlieben und Routinen im Haus B kristallisiert sich wie folgt heraus. Es werden die unterschiedlichen Tagesabläufe der einzelnen Bewohner:innen ernst genommen.

„Der eine steht um halb sechs auf und der andere schläft bis um halb zehn. Wir wecken nicht alle um sieben auf.“ (Haus B, B2, 109-110)

Zudem wird auch darauf Rücksicht genommen, wenn eine Person bei der Körperpflege lieber eine weibliche oder männliche Pflegeperson hat.

Die Essbiografie im Haus B wird ebenso mehrmals im Interview von den Teilnehmer:innen erwähnt. Viele Bewohner:innen essen auch dort gerne Süßes.

8.2.3. Dokumentation und Weitergabe

Die Dokumentation und Weitergabe der biografischen Informationen finden in beiden Häusern schriftlich und mündlich statt. Bei der Neuaufnahme ist es üblich, dass auf einem Zettel die wichtigsten Informationen zusammengefasst werden.

Bei der Neuaufnahme in Haus A wird der „Biografie- & Sensobiografie“-Bogen ausgefüllt, den anschließend jede:r berechnigte Mitarbeitende einsehen kann. Nach zwei Wochen findet eine interdisziplinäre Besprechung statt.

Besonders häufig wird erwähnt, dass jegliche biografische Inhalte im pflegerischen Bericht erfasst werden, wobei der mündliche Austausch bei den Dienstübergaben die größte Bedeutung hat.

„Und jede Beobachtung oder jede Kleinigkeit, das wird vor allem auch mündlich bei den Dienstübergaben weitergegeben. Und wenn der Bedarf ist, wird das natürlich auch im Pflegebericht dokumentiert.“ (Haus A, B3, 233-236)

Für externe Mitarbeiter:innen, sogenannte Pooldienste, wird *„eine extra Mappe mit Informationen über alle Bewohner“* (Haus A, B1, 78) angelegt.

Haus B betont, *„wir dokumentieren eigentlich alles“* (Haus B, B5, 73-74). Primär werden die *„eigenen Dokus“* (Haus B6, B, 50) herangezogen. *„Jeder kann auch im Computer schauen“* (Haus B6, B, 50). Bei Neuaufnahmen werden in den ersten ein bis zwei Wochen sehr viele Berichte verfasst. Anschließend findet eine Bewohner:innenbesprechung statt, die auch dokumentiert wird. Außerdem spielen Dienstübergaben eine Rolle bei der Weitergabe von biografischen Informationen.

Sind Informationen besonders belastend, wird die/der klinische Psychologin/-e herangezogen. So beschreibt Haus A: *„Also, wir würden*

auch den klinischen Psychologen in Betracht ziehen, um herauszufinden, was jetzt wirklich, was der Bewohner damit meint..." (Haus A, B3, 255-256)

8.2.4. Biografie-spezifische Pflegemaßnahmen in der praktischen Umsetzung

Alle Interviewteilnehmenden bestätigten mit Überzeugung, dass das Kennen der Bewohner:innen-Biografien ihnen bei der alltäglichen Pflege hilft.

„...und wenn ich die Lebensgeschichte erfahre, wird das Bild vollständiger.“ (Haus B, B4, 177)

Basierend auf den erhobenen Informationen werden Pflegemaßnahmen sowohl geplant als auch in der Praxis umgesetzt. Die Individualität der Bewohner:innen sowie die Intuition der Pflegenden wird betont.

„Weil wir uns an den Bewohnern anpassen müssen. Und wir machen viel, ... , aber manche Sachen sieht man halt nicht. Wir können noch in Pflegebericht alles schreiben.“ (Haus A, B3, 328-330)

Haus A dokumentiert Pflegehandlungen mittels der Pflegeplanung, wobei sie diese *„grob als Beschäftigung, Betreuung in der Pflegeplanung“* (Haus A, B2, 109) erfassen, da sie diese je nach Tagesverfassung individuell an die Betroffenen anpassen möchten.

„Also ich kann jetzt Musikhören miteinbeziehen, aber ich kann diese Pflegeplanung dann nicht jeden Tag nehmen, wenn ich da jetzt nur Musik hören drinnen habe, weil die Bewohner hören nicht jeden Tag Musik, es wird ja individuell beschäftigt. Einmal tun sie Musik hören, am nächsten Tag tun sie Karten spielen oder Quiz, solche Brettspiele. Also wir tun das irgendwie so allgemein (.), ich sage mal so großzügig erfassen in der Pflegeplanung, nicht so ganz exakt genau.“ (Haus A, B3, 121 -125)

Haus A merkt an, dass zu Biografiearbeit auch die persönliche Gestaltung der Bewohner:innenzimmer zählt.

„Es wird sogar schon gleich am Anfang, bevor die Pflege angefangen hat, es wird erstmal das Zimmer, die betreten das Zimmer und das wird schon sehr individuell angerichtet, mit Fotos, mit Kosmetikartikeln.“ (Haus A, B4, 333-335)

Eine Pflegekraft beschreibt bei größter Bemühung auch Grenzen der individuellen Pflege in der Pflegeeinrichtung.

„Wer da zur Biografie arbeitet, denke ich, es ist schön und gut, es ist sehr wichtig, aber wir sind dann schon in einem Rahmen, in so einem institutionellen Rahmen, wo wir nicht alles in dem Sinne anbieten können...“ (Haus A, B2, 92-94)

Haus B hebt hervor, dass bei ihnen die Pflegeplanung durch das mütterliche Betreuungs- und Pflegemodell sehr individuell möglich ist. Sie haben sogenannte Umgangsempfehlungen.

Des Weiteren ist zu erwähnen, dass sie nicht, wie es in anderen Häusern üblich ist, einen Wochen-Dusch/Bade-Plan für die Bewohner:innen erstellen, sondern nach den Vorlieben und der Tagesverfassung der Einzelnen die Körperpflege durchführen.

„Es gibt doch Leute, denen genügt das einmal in der Woche oder einmal in zwei Wochen. Der mag das nicht so oder ängstigt sich. Und der andere mag jeden Tag.“ (Haus B, B2, 88-89)

B4 beschreibt, dass er seine Sprache individuell an die betroffene Person anpasst:

„Wenn ich weiß, das ist ein Wiener oder ein Deutscher mit Familienhintergrund von der Biografie oder auch vom Milieu

her, wenn ich weiß, der hat höhere Bildung, das ist ein Akademiker, rede ich eher Hochdeutsch. Wenn es ein Urwiener ist, dann gehe ich auch gerne in den Wienerdialekt. Das ist für mich ein ganz starkes Mittel, um jemanden abzuholen, dort wo er ist oder war." (Haus B, B4, 35-39)

Umgang mit sensiblen Themen und herausforderndem Verhalten

Mehrere Beispiele zum Umgang mit herausfordernden Verhalten werden genannt. So erzählt unter anderem B2 von einer Person mit Hinlauftendenz:

„Wir haben auch Bewohnerinnen, die dann dauernd nach Hause gehen wollen. Und dann die Biografie, Tochter, Sohn, Kinder, wie sie heißen. Das hilft schon, einfach gleich einen Kontakt aufzunehmen. Oder dann nachfragen, besprechen." (Haus A, B2, 302-304)

Dieses Wissen aus der Biografie nützt die Pflegekraft, um Validation anzuwenden.

„Da steht in der Biografie, dass sie immer um 16 Uhr ist sie nach Hause gekommen und hat auf die Kinder gewartet. Und dann verstehen wir, warum sie will um 16 Uhr von der Station weggehen. Wir versuchen, sie zu validieren im Gespräch." (Haus A, B2, 311-314)

In den Interviews berichten die Pflegekräfte von mehreren Personen, die traumatische Erfahrungen mit Vergewaltigung in jungen Jahren machen mussten. Diese schwerwiegenden Erlebnisse führen zu unerwarteten Reaktionen wie beispielsweise Schreien bei der Körperpflege. Aus Rücksicht auf diese seelische Belastung der Betroffenen wird darauf geachtet, intime Pflegehandlungen nur von Frauen durchzuführen.

„Zum Beispiel bei der Körperpflege. Wenn jemand [...] im Zweiten Weltkrieg als Frau vergewaltigt war, viele mögen dann nicht männliche Personal.“ (Haus B, B5, 113-114)

Ausschließlich weibliches Pflegepersonal wird auch von ehemaligen Ordensschwestern bevorzugt. Um ihre persönlichen und religiösen Grenzen zu wahren, wird dies berücksichtigt.

„Manche möchten nur von weiblichem Pflegepersonal geduscht werden. Die fühlen sich nicht gut, wenn das ein Mann macht. Und wir schauen immer dann so, dass eine Dame zu denen geht.“ (Haus B, B3, 116-118)

Haus A spricht Intimität und Sexualität im Alter an.

„Wir haben Bewohnerinnen und Bewohner, beide sind dement und sie mögen sich. Sie wissen nicht, wer der andere ist oder so. Sie gehen Hand in Hand auf die Station und dann kommt die Frau zu Besuch. Oder der Ehemann. ... Das heißt nicht gleich, dass es ist was Sexuelles, aber sowas kann auch passieren.“ (Haus A, B2, 266-273)

Es kommt auch vor, dass Bewohner:innen masturbieren, womit die Pflegekräfte möglichst diskret umgehen und dies im Team besprechen.

„Da ist auch so sensibel, was du, glaube ich, meinst bei uns so, Selbstbefriedigung. Das passiert auch, da tauschen wir miteinander aus. Da muss auch jede Kollegin, jeder Mitarbeiter darauf achten. Und es ist dann so, soll er machen, was er will, Hauptsache nicht draußen.“ (B2, Haus A, 275-278)

Die Pflegenden kommen dann zu der Lösung:

„Privatsphäre, Zimmertür zu und fertig. Aber das sind dann wichtige Sachen, was wir miteinander bereden oder austauschen.“
(B2, Haus A, 280-283)

9. Zusammenfassende Ergebnisdarstellung

Erhebung und Dokumentation biografischer Informationen

Es werden Informationen aus dem ganzen Leben der Betroffenen auf verschiedenen Wegen von allen Pflegekräften erfasst und dokumentiert. Meist sind es die Angehörigen, die biografische Informationen vor allem bei der Aufnahme den Pflegenden anhand der Erhebungsinstrumente („*Biografie- & Sensobiografie*“-Bogen und „*Informationssammlung*“ nach dem mäeutischen Betreuungs- und Pflegemodell) übermitteln. Neben der schriftlichen Dokumentation ist der stetige persönliche Austausch mit den Bewohner:innen, deren Angehörigen und unter den Mitarbeitenden wesentlich für die Gewinnung entscheidender biografischer Informationen. Basierend darauf können einheitliche Pflegehandlungen durchgeführt und gemeinsam evaluiert werden wie beispielsweise in einer Bewohner:innenbesprechung.

Sensible Informationen

Sensible Informationen werden meist subtil im Laufe der Zeit durch die Pflegenden erhoben. Beispielsweise werden Intimität und Sexualität in den Interviews thematisiert, was nicht explizit in den Erhebungsinstrumenten erfragt wird. Intimität und Sexualität können sehr schambehaftet und Fragen dazu ein Tabu sein. Zu bedenken ist auch, dass Kindheit und Jugend der heute hochbetagten Bewohner:innen von Krieg und Nachkriegszeit geprägt waren. Das damalige Erlebte war möglicherweise sehr traumatisierend und wurde verdrängt.

Nutzung biografischer Informationen in der Pflegepraxis

Die Ergebnisse zeigen deutlich, dass Biografiearbeit in der Praxis durchaus eine bedeutende Rolle spielt, die sowohl dokumentiert als auch alltäglich umgesetzt wird. Das Ziel ist, eine personenzentrierte Pflege zu gewährleisten. Vor allem fließen biografische Informationen in die Pflegeprozessplanung mit ein, wenn es um das bessere Verständnis von (herausforderndem)

Verhalten von Bewohner:innen geht. Im Rahmen der Biografiearbeit werden Bedürfnisse basierend auf der Lebensgeschichte erhoben und entsprechende Maßnahmen gesetzt. Biografiespezifische Pflegehandlungen finden meist mit Hilfe der Kommunikationsmethode der Validation statt. Werden Bedürfnisse wahrgenommen und wertgeschätzt, zeigt sich meist eine spürbare Entlastung im pflegerischen Alltag durch weniger herausforderndes Verhalten.

Bedeutung der Biografiearbeit im Alltag

Deutlich wird von den interviewten Pflegenden hervorgehoben, dass das Wissen aus der Biografie der Bewohner:innen im pflegerischen Alltag sehr hilfreich ist, jedoch auch immer wieder die Person im Hier und Jetzt wahrgenommen werden muss. Was eine Person früher mochte, kann heute anders sein. Außerdem muss die Pflege an die tägliche Verfassung der betroffenen Person, die sich immer wieder ändern kann, angepasst werden.

Fazit: Personenzentrierte Pflege als Ziel

Zusammenfassend ist zu sagen, dass alle Teilnehmenden an den Interviews die Bedeutung des Respekts vor der Individualität der Bewohner:innen sowie der personenzentrierten Pflege betonen, die nicht nur auf der Biografie, sondern auch auf aktuellen Vorlieben und der Tagesverfassung der zu Betreuenden beruht. Die Biografiearbeit im Alltag geht in den beiden teilnehmenden Einrichtungen weit über das bloße Abfragen von Informationen hinaus, wird aktiv in den Pflegealltag integriert, auch wenn sie nicht immer ausführlich dokumentiert wird.

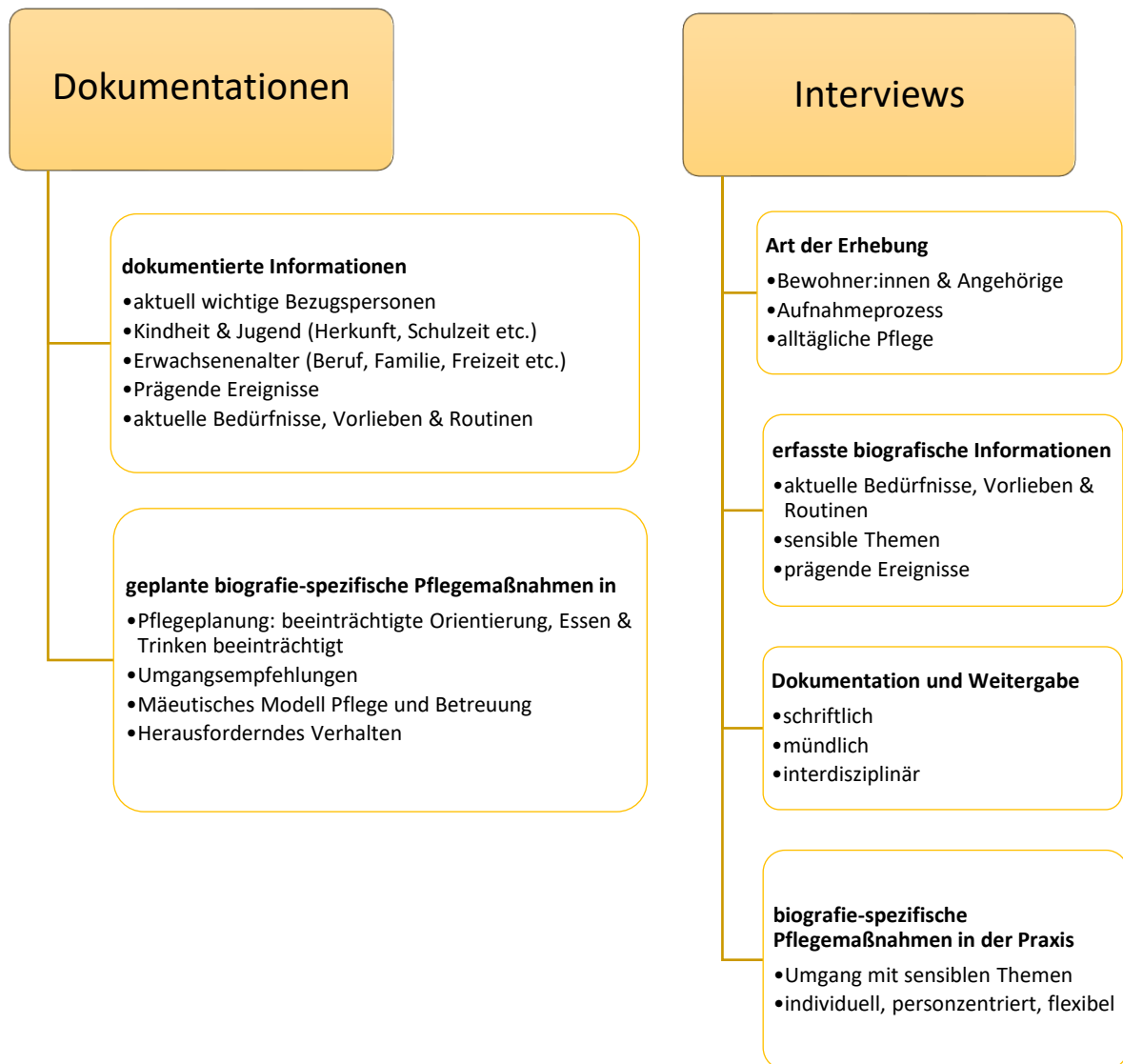


Abbildung 2 zusammenfassender Kategorienbaum (eigene Darstellung, 2025)

10. Diskussion

In diesem Abschnitt gehe ich konkret auf jene Theorien, Modelle und Konzepte ein, die im Zuge der Datenerhebung und -analyse sichtbar wurden und in der gelebten Praxis der untersuchten Einrichtungen Anwendung finden. Das psychobiografische Pflegemodell nach Böhm wurde in den Interviews insofern erwähnt, dass es den Befragten bekannt ist. Es wird jedoch nicht weiter darauf eingegangen. Mir selbst jedoch war vor der Forschung ausschließlich das Modell nach Böhm bekannt, und verband es als einziges mit Biografiearbeit in der Pflege. Das DEMIAN-Konzept fand im Rahmen der Untersuchung keine Erwähnung.

Als Aushängeschild von Haus B gilt das mütterliche Betreuungs- und Pflegemodell nach Cora van der Kooij (2010; 2012). Die Dokumentation in Haus A orientiert sich hingegen an den Empfehlungen des Enriched Care Planning for People with Dementia von May et al. (2009), während sich die Pflegeplanung am Modell der fördernden Prozesspflege nach Krohwinkel (2013) ausrichtet. Das Stufenmodell nach Erikson (2020) stellt eine grundlegende theoretische Basis für zahlreiche Konzepte der Biografiearbeit dar, beispielsweise für das Biography & Life Storybook von Guna et al. (2022). Aus diesem Grund werden diese Theorien, Modelle und Konzepte bereits zu Beginn der Arbeit beschrieben.

Im Zuge meiner Forschung zeigte sich sowohl in der Dokumentation als auch in den Interviews, dass Biografiearbeit einen wesentlichen Bestandteil der Validation darstellt. Die Validation nach Naomi Feil (2023), die dieses Grundverständnis vertritt, wird im folgenden Abschnitt erläutert und der integrativen Validation nach Nicole Richard (2004) gegenübergestellt. Biografiearbeit umfasst dabei nicht nur die vergangene Lebensgeschichte einer Person, sondern auch ihre aktuelle Lebenssituation. Der Fokus liegt insbesondere auf Bedürfnissen, Routinen und Vorlieben, die für die betroffene Person im Hier und Jetzt von Bedeutung sind.

Dies entspricht auch dem Ansatz der Basalen Stimulation nach Bienstein und Fröhlich, die das Konzept der Sensobiografie beschreiben, auf das ebenfalls näher eingegangen wird. Abschließend wird die alltägliche Umsetzung von Biografiearbeit vor dem Hintergrund von Personal- und Zeitknappheit kritisch beleuchtet.

10.1. Dokumentationssysteme und deren theoretische Hintergrund

Beide Häuser haben detailreich erarbeitete Erhebungsinstrumente, die ein systematisches Abfragen basierend auf theoretischen Erkenntnissen wie der Mäeutik (Van der Kooij, 2017) oder des Enriched Care Planning For People With Dementia ermöglichen (May et al., 2009). Die Biografiebögen sind sehr unterschiedlich ausgefüllt. Es ist klar zu erkennen, dass nicht jedes Thema für jede:n Bewohner:in dieselbe Gewichtung hat. Es wird auch von May et al. (2009) und van der Kooij (2017) ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Tools für die Erhebung von biografischen Daten nur Vorschläge für das Ins-Gespräch-Kommen sind. Nicht das starre Abfragen von Informationen bei der Aufnahme, sondern ein feinfühliges Kennenlernen im Vertrauensverhältnis ist das Ziel (van der Kooij, 2017; May et al., 2009; Berendonk & Caine, 2019; Kellet et al., 2010; Guna et al., 2022; Matolycz, 2011). Genau diese Erkenntnis wurde auch in meiner Forschungsarbeit bestätigt.

In beiden Häusern wurden anhand der jeweiligen Fragebögen alle Themenbereiche des Lebens – also von der Kindheit bis zum Rentenalter – der Betroffenen erhoben. Was von der Lebensgeschichte schlussendlich von Bedeutung ist, bestimmt die betroffene Person selbst.

Sensibel ist mit der Lebensgeschichte der Personen umzugehen, da auch emotional belastende Themen aufkommen. Diese Inhalte werden meist nicht direkt bei der Aufnahme erhoben, sondern im Zuge der vertrauensvollen und feinfühligsten Pflegebeziehung in Erfahrung gebracht. Hinzu kommt, dass Angehörige oftmals keine genauen Auskünfte über

bestimmte traumatische Erlebnisse geben können, da diese in den Familien als Tabuthemen gelten oder nicht offen kommuniziert werden (Kolozis & Ahrndt, 2018).

10.1.1 Biografie und Sensobiografie basierend auf der Basalen Stimulation

Das Erhebungsinstrument für „*Biografie und Sensobiografie*“ von Haus A wurde vom hausinternen Pflegeentwicklungsteam erstellt. Der Bogen mit den thematischen Überschriften gibt viel Raum für Antworten. Auffallend ist, dass diese häufig stichwortartig ausgefüllt werden und daher im direkten Vergleich zur „*Informationssammlung*“ des Mäeutischen Pflegemodells weniger an Kenntnissen liefern. Besonders für Haus A ist, dass neben den lebensgeschichtlichen Inhalten auch die Gewohnheiten und Rituale detailreich abgefragt werden. Diese sogenannte „*Sensobiografie*“ (Buchholz & Schürenberg, 2013, S. 26) ist ein Instrument, das gemäß der Basalen Stimulation nach Bienstein & Fröhlich (2021) als Zugangsweg zum Menschen gilt (Buchholz & Schürenberg, 2013).

Basale Stimulation

Das Expert:innenteam für Basale Stimulation im Haus A griff die Idee auf. Die Basale Stimulation fördert Menschen in „*krisenhaften Lebenssituationen*“, deren Fähigkeit zur Interaktion und Selbstregulation reduziert oder ständig eingeschränkt ist. Vor allem zielt sie darauf ab, Wahrnehmung, Kommunikation und Bewegung zu verbessern (Bienstein & Fröhlich, 2021, S. 16). Bienstein und Fröhlich (2021) zeigen auf, wie Pflegende durch gezielte sensorische Angebote Menschen ansprechen, aktivieren, beleben, berühren und beruhigen können. Konkret beschreiben sie Handlungsschwerpunkte der Pflege in Bereichen wie Atmen, Baden, Atemstimulierende Einreibungen (ASE), Ganz- und Teilwaschungen, Kleiden, Mundpflege, Mobilisation, Positionierung, Körperpflege sowie Schluckförderung.

Basale Stimulation umfasst das Angebot körperlichen und ganzheitlichen Lernens, die umfassende Entwicklungsanregung in frühen Lebensphasen, die Orientierung in unklaren Wahrnehmungs-, Kommunikations- und

Bewegungssituationen sowie die Reduzierung von Stress in belastenden Grenz- und Krisensituationen. Zudem unterstützt sie die Begleitung von Menschen in ihrem Sterben (Bienstein & Fröhlich, 2021). Die erhobenen Daten aus der „*Sensobiografie*“ sind eine Basis, um diesen Ansprüchen gerecht zu werden.

10.1.2. Informationssammlung und Bewohner:innenbesprechung nach dem Mäeutischen Pflege- und Betreuungsmodell

Das Mäeutische Pflege- und Betreuungsmodell von Cora van der Kooij (2010; 2012) hat sich in der Praxis bewährt. Dies bestätigen die Pflegenden im Interview. Von Vorteil scheint zu sein, dass das Modell eine umfassende Stütze für den Pflegeprozess liefert und Kommunikation wie beispielsweise durch die Bewohner:innenbesprechung fördert. Nach van der Kooij sollen die Pflegekräfte ausreichend Zeit für die Vorbereitung, Organisation und Auswertung der Bewohner:innenbesprechung zur Verfügung haben (van der Kooij, 2010). Haus B hat eine ausführliche Dokumentation der Biografiearbeit, welche mit hohem Zeitaufwand verbunden ist. Die von Cora van der Kooij empfohlenen Instrumente für die Pflegeprozessplanung wie der „*Gesprächsleitfaden*“, „*Lebensgeschichte*“ oder „*die Charakteristik*“ (van der Kooij, 2010) schlagen zahlreiche bereits vorformulierte Fragen vor, die beantwortet werden können. Zu manchen übergeordneten Fragen können auch Detailfragen herangezogen werden. Dadurch haben die Pflegenden ein großes Repertoire. Zudem beschreiben die Pflegenden die Dokumentation und Planung von Interventionen als einfach.

Van der Kooij kritisiert die gängige Pflegeprozessplanung. Diese beinhaltet Problemfindung, Zielsetzung, Maßnahmenplanung und Durchführung sowie Evaluierung und wurde ab 1960 etabliert. Es ging darum, wie in der Medizin, ein strukturiertes Vorgehen anzustreben. Sie fordert jedoch die Pflege dazu auf, darüber hinaus zu denken und den Pflegeprozess personen- und bedürfnisorientiert zu gestalten (Van der Kooij, 2010). So ein Modell kann der Anforderung einer einheitlichen Dokumentation, wie von Berendonk & Caine (2019) empfohlen, möglicherweise gerecht werden.

10.1.3. Weitere Erfassung und Dokumentation von Biografie(-arbeit)

Van der Kooij plädiert für eine systematische Dokumentation im Zuge einer gemeinsamen systematischen Beobachtung. In der individuellen und solidarischen Reflexion und Kommunikation sollen vor allem die guten Momente und kreativen Einfälle während der Pflege beleuchtet werden (van der Kooij, 2010).

Neben den Erhebungsinstrumenten werden in beiden Häusern auch auf anderen Wegen biografische Informationen erfasst und dokumentiert, beispielsweise im Steckbrief, wie er in Haus A erstellt wird. Dieser gleicht dem Biography and Life Storybook, basierend auf den 8 Stufen der psychologischen Entwicklung nach Erikson und der Singapur's Agency for Integrated Care Dementia Resources Kit wie von Guna et al. (2022) beschrieben. Die Mitarbeiter:innen von Haus A sehen dabei auch die Relevanz der Gegenwart und berichten, dass sie zusätzlich erfragen, wer die Person „jetzt“ ist. Inwieweit dieser Steckbrief mit anderen geteilt wird, wurde nicht erwähnt. In der Studie von Guna et al. (2022) besprachen die Bewohner:innen ihre Geschichten mit Mitarbeitenden, Freund:innen und Angehörigen.

Für Haus A stellt auch der Pflegebericht eine wesentliche Weitergabe von Biografie-relevanten Informationen dar. Ein möglicher Grund könnte meines Erachtens sein, dass jede Berufsgruppe diesen einsehen und bearbeiten können soll. So können auch Pflege(fach)assistent:innen aufzeigen, was sie genau gemacht haben, und sind nicht auf das Computerprogramm für die Pflegeplanung, bei dem nur Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen Änderungen vornehmen können, angewiesen.

Einsatz von EDV

Beide Häuser nutzen jeweils ein anderes Computer-Programm für die Pflegedokumentation.

Zegelin (2018) kritisiert, dass EDV (elektronische Datenverarbeitungs)-Firmen es bevorzugen, einheitliche Datensätze zu verbreiten. Dabei sollte

jedoch der Freiraum, um Besonderheiten zu erfassen, gegeben sein. Das jeweilige Pflegeteam soll selbst entscheiden können, welche biografischen Informationen für die Situation relevant sind (Zegelin, 2018). Außerdem tendieren standardisierte Biografiebögen dazu, biografische Fakten und Ereignisse simpel systematisch „abzufragen“, ohne der betroffenen Person selbst den gewünschten Spielraum für „ihre“ Geschichte zu geben (Zegelin, 2018 und Zegelin & Langner, 2020). Als Alternative beschreibt Zegelin (2018) eine offene, prozesshafte Dokumentation, bei der biografische Informationen in Gesprächen gesammelt und fortlaufend ergänzt werden. Nicht ein vollständig ausgefüllter Biografiebogen, sondern viel mehr das vertrauensvolle Gespräch führen dazu, wesentliche biografische Informationen zu generieren.

Ein positives Beispiel für den Einsatz von EDV zeigen hingegen Buhtz et al. (2020) auf. Sie beschreiben, dass Tablets in Einzel- und Gruppenbetreuung bei Menschen mit Major Neurocognitive Disorders in Pflegeheimen als eine Beschäftigungsmöglichkeit eingesetzt werden. Videos, Bilder oder Musik dienen als Erzählstimulus und biografische Informationen können so gewonnen werden.

10.1.4. Angehörige

Ein weiteres Thema ist die Erfassung der Bewohner:innendaten durch Angehörige. Aus den Interviews geht hervor, dass häufig Bewohner:innen mit einer bereits fortgeschrittenen neurodegenerativen Erkrankung ins Pflegeheim aufgenommen werden, was eine mündliche Anamnese mit ihnen erschwert. Angehörige gelten daher als entscheidende Ressource für die Pflegenden, um wichtige Informationen zu gewinnen und somit einen besseren Zugang zu den Bewohner:innen zu erhalten. Fraglich ist, inwieweit es überhaupt möglich ist, eine Biografie durch andere korrekt zu erfassen, bewegende Ereignisse der Bewohner:innen sind ihnen nicht immer bekannt, da Tabuthemen nicht angesprochen wurden. Prägende Ereignisse, die lange zurückliegen, sind oft nicht mehr präsent, können aber dann im Laufe der Erkrankung wieder aufkommen (Kolozis & Ahrndt, 2018; van der Kooij, 2011).

Australische Forschende eruierten anhand von Fokusgruppeninterviews den Erfolg der Sammlung von biografischen Informationen durch Angehörige. Pflegende Angehörige, Pflegefachpersonen und Pflegeforscher:innen erhoben gemeinsamen die Biografien der betreuten Personen mit „Demenz“. Dazu wurden sechs Sitzungen im wöchentlichen Abstand zu einer Dauer von je zwei Stunden abgehalten. Durch diesen sogenannten „*Family-Biography-Workshop*“ konnten die Familien über die betroffenen Verwandten persönlich mehr erfahren. Sie beschrieben, dass die „Demenz“erkrankungen dadurch in den Hintergrund rücken konnte. Zudem berichteten sie von einer höheren Zufriedenheit, wenn sie ihr Familienwissen einbringen konnten und dieses von den Mitarbeitenden geteilt, anerkannt und wertgeschätzt wurde. Für die Bewohner:innen zeigten es sich als vorteilhaft, dass sie durch das Zusammenwirken von Fachpersonal und Angehörigen sozial unterstützt wurden. Das geteilte Wissen über die individuelle Lebens- und Familienbiografie erwies sich dabei als zentraler Einflussfaktor für die Initiierung und Gestaltung der täglichen Pflege. Den Mitarbeitenden wurde so ermöglicht, mehr Verständnis für die Verhaltensweisen der betroffenen Personen zu entwickeln und ihre Reaktion anzupassen, um in eine erfolgreiche Beziehung zu treten (Kellet et al., 2010).

10.2. Biografische Informationen

Bei der Betrachtung, welche erhobenen Daten von den Erhebungsinstrumenten in die Pflegeprozessplanung fließen, zeigt sich, dass Kindheit und Jugend nur Relevanz haben, wenn prägende Ereignisse von damals die Person heute noch beeinflussen.

May et al. (2009), empfehlen für die betroffene Person wichtige Ereignisse grundsätzlich von der Kindheit bis zum Rentenalter zu erfragen. Darauf basierend sollen die wesentlichen Bedürfnisse für die Gegenwart identifiziert und Pflegehandlungen abgeleitet werden.

10.2.1. Kindheit und Jugend

Während Kindheit und Jugend ausführlich schriftlich dokumentiert wurden, spielten diese Lebensabschnitte in den durchgeführten Interviews zunächst keine erkennbare Rolle für die Praxis. Ihre Bedeutung wurde erst im Zusammenhang mit herausforderndem Verhalten deutlich, wie beispielsweise die Dokumentation einer in der Kindheit gehänselten Person in einem von mir erforschten Pflegewohnhaus aufzeigt.

Böhm (2018) beschreibt, dass jeder Mensch bedeutende Prägungen und Identifikationsmuster im Laufe des Sozialisierungsprozesses erwirbt. Jedoch sind diese überwindbar, so dass sie im Allgemeinen die Person nicht belasten und ihr grundsätzliches Verhalten negativ beeinflussen. Ab einer gewissen Regressionsstufe jedoch können diese Prägungen und Identifikationsmuster nicht mehr transzendiert werden und ein Zugang zur älteren Person ist nur mehr über die frühe Prägungsebene möglich. Als Prägungsphänomenologie versteht Böhm,

„... Schlüsselreize, die auf der Grundlage des jeweilig vorherrschenden Zeitgeistes eine Assoziationskette im Gehirn in Gang setzen“ (Böhm, 2018, S. 176).

Sogenannte „zeitgeistphänomenale Prägungen“ (ebd., S. 176) erfolgen über Schlüsselreize wie Gerüche, Stimmen der Mutter oder erhobener Zeigefinger etc. Diese sind kombiniert mit verschiedenen Gefühlen, die uns in Spannung versetzen und zum Handeln leiten – seien sie positiv, negativ oder ambivalent (Böhm, 2018). Aus diesem Hintergrundwissen lassen sich praxisnahe Ansätze für die Beziehungsgestaltung im Pflegeheim entwickeln.

10.2.2. Erwachsenenalter

Zentrale biografische Themen im Erwachsenenalter werden vom beruflichen Werdegang, der Familiengründung sowie der individuellen Freizeitgestaltung dargestellt. Die in den Dokumentationen erfassten Angaben zeigen auf, wie vielfältig die Bewohner:innen sind. Durch die

Zugehörigkeit zur selben Generation gibt es zwar kollektive historische Erfahrungen, aber sehr individuelle Lebensverläufe. Diese Differenzierung wird ebenfalls von den Pflegefachpersonen in den geführten Interviews hervorgehoben.

Biografien werden von kulturellen Wandlungen, sozialen Normen und gesellschaftlichen Erwartungen mitgeprägt. Gleichzeitig gilt jedoch: Menschen fügen sich nicht einfach vollständig in diese vorgegebenen Muster ein. Vielmehr gestalten sie ihr Leben in ganz eigenen biografischen Entwürfen immer wieder neu und müssen sich dabei ihrer Identität kontinuierlich vergewissern (Dausien, 2005, 6ff in Sander, 2006, S. 3).

10.2.3. Prägende Ereignisse und sensible Themen

In jedem Haus kamen sensible Themen, die auch als Tabuthemen in der damaligen und heutigen Zeit gelten und prägend für die Betroffenen waren, zur Sprache.

10.2.3.1. Historische Ereignisse

Neben dem Wissen über Persönliches der betroffenen Person selbst, ist auch ein generatives Wissen hilfreich, um einen Zugang zu ihr zu erhalten. Als „*generatives Wissen*“ versteht Zegelin (2018) die „*Lebensumstände, die eine ganze Generation prägten*“ (Zegelin, 2018, S. 42).

Viele ältere Bewohner haben traumatische oder prägende Erfahrungen aus der Vergangenheit, die ihr Verhalten im Alter beeinflussen. Die Kriegszeit galt gesellschaftlich lange als Tabuthema, auch individuell verdrängten die Personen diese Zeit in ihrem alltäglichen Leben (Zegelin, 2018). In den Fokusgruppen-Interviews wurde beispielsweise angeführt, dass ein Bewohner in der Zeit des Nationalsozialismus in der SS war, was bei dessen Aufnahme nicht erwähnt wurde. Dem Pflegepersonal fiel dies erst später durch sein Verhalten und eine Tätowierung auf. Historisches Wissen hilft, Verhalten besser einzuordnen und sensibel darauf zu reagieren. Menschen, die in Kriegszeiten aufgewachsen sind, zeigen oft ein starkes Sicherheitsbedürfnis oder horten Essen. Das ist nur verständlich, wenn man

die prägenden Umstände kennt. Jeder Mensch wird von seinem sozialen und historischen Umfeld geprägt. Es ist von Vorteil, sich nicht nur ein Wissen über die individuelle Biografie, sondern auch über die damaligen allgemeinen Lebensumstände der Bewohner:innen anzueignen.

Zegelin (2018) empfiehlt die Verwendung eines Wandbildes, das die deutsche Geschichte und Alltagskultur von 1900 bis 2000 darstellt für deutsche Pflegeheime. Solch eines wurde beispielsweise von Pflege e.V. entwickelt und soll zum Betrachten und Erinnern einladen (Zegelin, 2018).

10.2.3.2 Persönliche Schicksale

Die Analyse der verschiedenen Biografien zeigte die persönlichen Schicksale der einzelnen Bewohner:innen auf. Viele haben Angehörige im Laufe der Zeit verloren und mussten auch ihre Angehörigen pflegen.

Der Umgang mit Tod, Trauer und Verlust wird in den Dokumentationen in Haus B erfragt. Dies ist im Sinne einer professionellen Pflege am Lebensende.

Heimerl & Egger (2021) fragten Betroffene nach dem „guten Sterben“. Unter anderem kamen sie zur Erkenntnis, dass dies bedeutet

„gemeinsam mit anderen oder allein – die ‚Orte im Kopf aufzusuchen‘, die im Leben und in der Biografie von Bedeutung waren. ... Für manche gibt es kein gutes Sterben, es gibt auch die Zornigen, deren Leben voller Entbehrungen war, deren Bilanz bitter ausfällt und deren Lebensende von schwer einstellbaren Schmerzen geprägt ist“ (Heimerl & Egger, 2021, S.224-225).

Viele jedoch ästhetisieren Sterben. Für sie ist es wichtig am Lebensende Genuss zu leben und jeden Tag zu genießen (Heimerl & Egger, 2021).

Biografischer Schmerz

Wenn tragische Ereignisse noch im hohen Alter an der betroffenen Person nagen, kann es zum Phänomen des biografischen Schmerzes kommen. Für die Pflegepraxis bedeutet dies, dass Schmerz nicht nur körperlich zu verstehen ist, sondern auch emotionale, soziale und existenzielle Dimensionen umfasst (Heimerl et al., 2025).

Dadurch wird das Konzept des Total Pain von Cicely Saunders (1964) erweitert. Dieses beschreibt Schmerz als ein ganzheitliches Phänomen, das sich in vier miteinander verflochtenen Dimensionen manifestiert: körperlich, psychisch, sozial und spirituell. Besonders im Alter werden alle diese Dimensionen spürbar, da ältere Menschen im Laufe ihres Lebens vielfältige Schmerzerfahrungen gesammelt haben. Die Linderung körperlichen Schmerzes sollte zunächst fokussiert werden, da anhaltender oder chronischer Schmerz häufig zu sozialem Rückzug, Isolation und einem Verlust von Lebensqualität führt. Daneben kann jedoch die Schmerzerfahrung in Beziehung zur individuellen Biografie stehen. Chronischer Schmerz kann als biografische Disruption verstanden werden, die den Lebenslauf unterbricht und zu einem Bruch im Selbstverständnis führt. Mit zunehmendem Alter, nachlassenden Kräften und dem Bewusstsein begrenzter Lebenszeit rücken Fragen nach Sinn, Schuld, Versöhnung und unerfüllten Lebensanteilen in den Vordergrund. Das Leiden an der eigenen Lebensgeschichte oder am nicht gelebten Leben wird in diesem Zusammenhang als biografischer Schmerz bezeichnet. Biografiearbeit bietet hier einen zentralen Ansatz, um biografischen Schmerz zu erkennen, zu verstehen und zu lindern. In dem Pflegekräfte den Betroffenen ermöglichen, ihre Lebensgeschichte zu teilen, können diese Sinnzusammenhänge wiederherstellen und emotionale Entlastung finden (Heimerl et al., 2025).

Gerade „*sichere, interessierte Fremde*“ (Johnson 2024, S. 140 in Heimerl et al., 2025), wie sie Pflegepersonen häufig darstellen, können wichtige Resonanzpartner:innen im Prozess des biografischen Erzählens sein. Kreative und künstlerische Methoden wie Malen, Musik oder

Erinnerungskisten können die biografische Arbeit in der Pflege unterstützen. Sie fördern Ausdrucksmöglichkeiten jenseits der Sprache und helfen, biografischen Schmerz sichtbar und bearbeitbar zu machen. Zur interprofessionellen Zusammenarbeit wird geraten. Damit wird Biografiearbeit zu einem wesentlichen Bestandteil ganzheitlicher Pflege, die das Ziel verfolgt, nicht nur körperliches, sondern auch seelisches und existenzielles Leid zu lindern (Heimerl et al., 2025).

Schmerzproblematiken wurden im Zuge meiner Erhebung nicht thematisiert. Dies könnte jedoch in weiteren Forschungen zu dem Thema Biografiearbeit in der gelebten Praxis zu bedeutenden Ergebnissen führen.

10.2.4. Aktuelle Bedürfnisse, Vorlieben und Routinen

Aktuelle Bedürfnisse, insbesondere in Bezug auf Vorlieben und Routinen im Alltag standen besonders im Fokus.

Kastner & Löbach (2015) sehen die Biografiearbeit als wesentlichen Bestandteil der Basalen Stimulation, die von Andreas Fröhlich und Christel Bienstein entwickelt wurde. Durch das gezielte Einsetzen von vertrauten Dingen, wie beispielsweise Düfte oder Gegenstände, kann die Wahrnehmung, Bewegung und Kommunikation der zu betreuenden Person gefördert werden.

Naomi Feil beschreibt in ihrer Methode der Validation, dass

„persönliche Symbole, die von mangelhaft orientierten oder desorientierten älteren Menschen benutzt werden, in der Gegenwart vorhandene Menschen oder Gegenstände, die mit Emotionen beladene Menschen, Gegenstände oder Konzepte aus der Vergangenheit repräsentieren“ (Feil & de Klerk-Rubin, 2023, S. 21).

In meiner Forschung zeigte sich, dass Essen und Trinken am meisten sowohl in den Dokumentationen als auch in den Interviews thematisiert wurden.

Zu den fundiertesten Erfahrungen eines Menschen zählt die Nahrungsaufnahme. Sie befriedigt nicht nur grundlegende Bedürfnisse, sondern ruft auch Erinnerungen an frühere Lebensphasen wach und fördert emotionale Stabilität. Die Einnahme der Mahlzeiten gehört zu den Hauptereignissen eines Pflegeheim-Alltages und ist daher von großer Bedeutung. Menschen mit Major Neurocognitive Disorders haben aus physischen und psychischen Gründen oft Schwierigkeiten bei der Nahrungsaufnahme. Physische Beeinträchtigungen können zum Beispiel Medikamentennebenwirkungen, Sehbeeinträchtigungen oder Apraxie sein. Psychische Ursachen sind beispielsweise innere oder äußere Unruhe. Das Wohlbefinden von Menschen mit Major Neurocognitive Disorders kann durch biografieorientierte Ernährung wesentlich gefördert werden. Essensgerüche und vertraute Geschmäcker wecken emotionale Erinnerungen und können trotz nachlassender Sinne als sensuelle Reize wirken. Die Erfassung von Essgewohnheiten und -biografien, einschließlich kultureller und familiärer Rituale, ist die Basis für eine individuell abgestimmte Versorgung. Lieblingsspeisen aus der Kindheit und zu besonderen Anlässen spielen dabei eine zentrale Rolle. Vertraute Speisen oder Essgewohnheiten fungieren als biografische Ankerpunkte, die gezielt genutzt wurden, um das Wohlbefinden zu steigern und Orientierung zu geben (Riechert, 2022).

Zu bedenken ist, dass diese Gewohnheiten sich auch mit der Zeit ändern können (Buchholz et al., 2013), was auch in den Fokusgruppeninterviews von den Pflegepersonen häufig betont wird. Eine Evaluation der aktuellen Vorlieben und Bedürfnisse ist somit erforderlich.

10.3. Biografie im Pflegeprozess

Biografiearbeit ermöglicht ein tieferes Verständnis für das individuelle Erleben, die Bedürfnisse und das Verhalten von Pflegebedürftigen. Im Rahmen des Pflegeprozesses bildet die Biografie somit eine wesentliche Grundlage für die Pflegeplanung und -durchführung.

König (2017) ist der Ansicht, dass das Wissen über biografische Ereignisse nicht bei jeder Pflegehandlung per se notwendig sei. Menschen mit Major Neurocognitive Disorders sind jedoch öfters mit ihrer Wahrnehmung in der Vergangenheit. Dann ist es durchaus von Vorteil, wenn man weiß, was die jeweilige Person damals bewegte und was sie im Moment möglicherweise wieder erlebt. Ihr tiefes Inneres kommt mehr oder weniger gewollt zum Vorschein (König, 2017; van der Kooij, 2012). Mit diesem Wissen beleuchte ich die praktische Umsetzung der Biografiearbeit als Antwort auf herausforderndes Verhalten, bei der Anwendung von Validation oder zur Sicherstellung einer personenzentrierten Pflege.

10.3.1. Antwort auf herausforderndes Verhalten

May et al. (2011) spricht sich dafür aus, herausforderndes Verhalten nicht als solches zu sehen, sondern jedem Verhalten Bedeutung zuzumessen und es im Sinn der Personenzentriertheit als „*Ausdruck körperlichen oder emotionalen Missbehagens*“ zu interpretieren (May et al., 2011, S. 20). Die Analyse der Pflegeprozessplanungen und der Interviews zeigt auf, dadurch, dass Pflegende die Bewohner:innen mittels Biografie vertieft kennenlernen, verstehen sie ihr Verhalten besser und können darauf professionell reagieren.

Gemäß dem Modell der fördernden Prozesspflege nach Krohwinkel (2013) kann herausforderndes Verhalten bei pflegebedürftigen Menschen als Ausdruck einer existenziellen Bedrohung verstanden werden. Herausforderndes Verhalten entsteht in Reaktion auf als bedrohlich oder irritierend empfundene Pflegehandlungen oder -umgebungen oder ein durch Zeitgitterstörungen verursachtes Verharren in belastenden Erlebnissen der Vergangenheit. Auch unbefriedigte physische oder psychische Bedürfnisse können ursächlich für das herausfordernde Verhalten sein. Um den komplexen Ausdrucksformen von Missbehagen adäquat begegnen zu können, ist es notwendig, das Verhalten zunächst wertfrei zu beobachten und zu dokumentieren. Darauf basierend lassen sich

die individuellen Ursachen identifizieren und entsprechende pflegerische Maßnahmen ableiten (Kastner & Löbach, 2015).

Das mäeutische Modell nach Cora van der Kooij erkennt die Vulnerabilität pflegebedürftiger Menschen und deren Betreuer:innen an und nimmt diese als zentralen Bestandteil des Pflegeprozesses wahr. Menschen mit Major Neurocognitive Disorders haben oft weniger Hemmungen und geben die Dinge preis, die sie sonst nicht mitgeteilt hätten (van der Kooij, 2011). Im Fokus steht dabei nicht primär der objektiv erhobene Verlust bestimmter Fähigkeiten, sondern wie die betroffene Person ihre Einschränkungen im Alltag wahrnimmt. Unterschiedliche Reaktionen können die Folge sein. Gerade im Kontext herausfordernden Verhaltens ist es für Pflegekräfte wichtig zu wissen, dass beispielsweise Aggression, Ablehnung, Unruhe oder Rückzug ein Ausdruck der Trauer über den Verlust bestimmter Fähigkeiten oder Möglichkeiten der Betroffenen sein kann. Die Verletzlichkeit der Pflegenden entsteht dadurch, dass von ihnen erwartet wird, auf das Verhalten der Bewohner:innen mit Empathie, Akzeptanz, gezielter Stimulation sowie gegebenenfalls angemessener Autorität zu reagieren.

Van der Kooij bietet mit ihrem Modell einen theoretischen und praktischen Rahmen, um herausforderndes Verhalten als Teil des individuellen Erlebensprozesses zu verstehen und pflegerisch angemessen zu begleiten. Herausforderndes Verhalten ist dabei nicht vorrangig als persönlicher Angriff gegen das Personal zu interpretieren, sondern als kommunikative Ausdrucksform unerfüllter Bedürfnisse, emotionaler Belastung oder situativer Überforderung. Durch diese Haltung können Pflegenden die Pflegebeziehung stärken und zum Wohlbefinden der pflegebedürftigen Person beitragen (van der Kooij, 2010).

Intimität und Sexualität

In beiden Fokusgruppen-Interviews wurden die Themen Intimität und Sexualität angesprochen, vor allem die Selbstbefriedigung von Bewohner:innen wurde erwähnt. Die befragten Pflegepersonen konnten es

als legitimes Bedürfnis ansehen und versuchten, in adäquaten Rahmen der zu pflegenden Personen den Raum dazu zu lassen. Zum Beispiel, indem sie die Zimmertüre schließen und später wiederkommen. Im Team tauschen sich die Mitarbeitenden über dieses Phänomen mündlich aus. In den ausgewerteten Pflegeplanungen war diese Form der Intimität und Sexualität kein Thema.

Nicht selten werden sexuelle Bedürfnisse bei Menschen in Pflegeeinrichtungen als Tabuthema angesehen und als herausforderndes Verhalten, das es zu therapieren gilt, eingestuft. In den Biografien werden sexuelle Bedürfnisse der Betroffenen nicht explizit erfasst. May et al. (2011) empfehlen dagegen, das sexuelle Verhalten, das ein grundlegendes Bedürfnis darstellt, im Profil Lebensgewohnheiten und Zukunftswünsche zu dokumentieren. Vorausgesetzt wird für die Dokumentation das Einverständnis der betroffenen Person beziehungsweise deren Fürsprecher:in (May et al., 2011).

Richard (2013) empfiehlt die Gefühle und Bedürfnisse nach Erotik, Liebe und Sexualität der Betroffenen anzunehmen und auch der Situation entsprechend zu benennen. Dies gelingt beispielsweise durch Sprichwörter. Nicht nur die Bewohner:innen sind individuell geprägt, was Sexualität angeht, auch die Pflegenden haben einen unterschiedlich offenen Zugang zu dem Thema. Gleichzeitig darf und muss sich die Pflegeperson abgrenzen. Dazu soll eine institutionelle Arbeitsatmosphäre geschaffen werden, so dass das Personal geschult und bestärkt wird, mit Sexualität umzugehen. Vor allem im hohen Alter steht das Flirten deutlich mehr im Vordergrund als körperlich Sex zu haben. Ist die moralische Kontrollfunktion des Stirnhirns zunehmend beeinträchtigt, können Emotionen und Triebe verstärkt wahrgenommen werden. Tatsächliche sexuelle Übergriffe gegen das Personal oder Mitbewohner:innen seien eher die Seltenheit (Richard, 2013).

10.3.2. Validation

Sowohl in der Dokumentenanalyse als auch in den Interviews wird deutlich, dass Biografiearbeit und Validation sich gegenseitig ergänzen und

verstärken. Validation ist eine spezielle Kommunikationsmethode für ältere Menschen mit Verwirrtheit. Naomi Feil entwickelte diese erstmals 1967 von ihr beschriebene Methode. Schon früh machte die Tochter eines Psychologen, der ein Altersheim leitete, Erfahrungen mit Menschen mit herausforderndem Verhalten. Nachdem sie Soziale-Arbeit studiert hatte, nahm sie sich deren Betreuung an. Mit der Zeit hielt ihre Methode weltweit Einzug in die Pflege, Menschen wurden zu Validationsanwender:innen ausgebildet. Bereits mehrere Studien zeigen positive Effekte auf das Wohlbefinden von Betroffenen und Betreuende durch ihre Methode auf, auch wenn noch mehr unterstützte Forschung in dem Bereich von Vorteil wäre, wie Feil und de Klerk-Rubin in ihrem Buch beschreiben (Feil & de Klerk-Rubin, 2023). Validation nach Feil erhielt von mehreren Seiten Kritik, welche die Vertreter:innen der Methode nutzten, um sie zu optimieren. Auch die kontinuierliche Erfahrung, die die Praxis liefert, ist förderlich für die Weiterentwicklung der Validation nach Feil (Feil & de Klerk-Rubin, 2023).

Validation nach Feil bedeutet, die Gefühle der betroffenen Person anzuerkennen und den Menschen wertzuschätzen. Das Ziel ist, die Lebensqualität zu steigern. Die physischen und psychischen Fähigkeiten der Menschen mit Major Neurocognitive Disorders sollen dadurch so lange wie möglich erhalten bleiben und der innere Rückzug verhindert werden (Feil & de Klerk-Rubin, 2023, S. 16).

Eine koreanische quantitative Studie mit 33 Teilnehmenden kam zum Ergebnis, dass ihr Validation-Therapieprogramm innerhalb von 10 Wochen zu einer signifikanten Reduktion von Depressionen und Verhaltensproblemen sowie Verbesserung der Lebensqualität führte, jedoch keine Besserung der kognitiven Funktionen dadurch erzielt wurden (Sung & Lee, 2016). Um Validation nach Feil im pflegerischen Setting korrekt anzuwenden, benötigt es ein grundlegendes Einfühlungsvermögen, das theoretische Verständnis von der Entwicklung und des Verhaltens von älteren Menschen mit kognitiven Verlusten sowie das Wissen über diese

spezifische Technik. Sie basiert auf mehreren psychologischen Theorien. So wurde auch Feil beispielsweise vom Stufenmodell nach Erikson inspiriert. Sie griff die Idee auf, dass jedem Lebensalter eine gewisse Aufgabe, die es zu erfüllen gilt, bestimmt ist. Bleiben Lebensaufgaben unerfüllt, melden sie sich zu einem späteren Zeitpunkt wieder (Feil & de Klerk-Rubin, 2023).

Ausgehend von den Theorien kombiniert mit der Praxiserfahrung wurden die Prinzipien der Validation erarbeitet. Beispielsweise:

„Sehr alte desorientierte Menschen befinden sich im letzten Stadium ihres Lebens und versuchen nun, am Ende ihres Lebens, unerledigte Lebensaufgaben, Krisen oder andere Angelegenheiten zu lösen“. (Feil & de Klerk-Rubin, 2023, S. 16).

Feil sieht zu diesem Stufenmodell nach Erikson eine weitere Stufe, und zwar das hohe Alter mit dem Ziel, friedlich zu sterben. Sehr alte Menschen brauchen Menschen, die ihnen zuhören und ihre Emotionen validieren, um früher Erlebtes aufarbeiten zu können. Schaffen sie das nicht, ziehen sie sich ganz zurück. Das Verhalten der Betroffenen führt nach Feil & De Klerk Rubin zu *„mangelhafter Orientierung“*, *„Zeitverwirrtheit“* und *„sich wiederholende Bewegungen“* (Feil & de Klerk Rubin, 2016, S. 34). Diese obengenannten Begriffe sind die zentralen Phasen im Prozess der inneren Aufarbeitung nach Feil, die Menschen mit Major Neurocognitive Disorders im Prozess der inneren Aufarbeitung häufig durchlaufen. Seit 2022 hat sich die Terminologie verändert (siehe Einleitung).

Zu dem liefert die Validation nach Feil konkrete Techniken der Kommunikation, die in zahlreichen Schriften mit Beispielen aus der Praxis untermauert werden. Aus diesen geht hervor, dass ein biografisches Wissen über die zu betreuende Person praktisch unerlässlich ist, um das Verhalten zu verstehen und adäquat darauf zu reagieren (Feil & de Klerk-Rubin, 2023).

Feil & de Klerk-Rubin betonen: *„Manche desorientierte Menschen ziehen sich nicht mehr in die Vergangenheit zurück, wenn sie sich in der Gegenwart als stark, geliebt und nützlich erfahren. Andere bleiben lieber in der Vergangenheit. Es gibt keine Universalformel, aber alle fühlen sich glücklicher, wenn sie anerkannt werden.“* (Feil, 1972 in Feil & de Klerk-Rubin, 2023, S. 16)

Nicole Richard, eine deutsche Gerontologin, die von 1957 bis 2014 lebte, entwickelte auf Basis der Validation von Naomi Feil eigene Techniken der Validation. Diese bezeichnet sie als Integrative Validation. Im Gegensatz zu Feil ging sie nicht davon aus, dass unbearbeitete Konflikte aus der Vergangenheit der Betroffenen das herausfordernde Verhalten verursachen, sondern hirnorganische Abbauprozesse ursächlich dafür sind. Sie stellte die aktuellen Ressourcen und die Erfahrungswelt der Betroffenen in den Mittelpunkt (Richard, 2004; Kastner et al., 2015). Richard (2004) sieht „Antriebe“ und „Gefühle“ als „Ressourcen“ (S. 14). Zu den Aspekten der Integrativen Validation zählen für Richard (2004) „Kommunikation“ (S. 14), also verbale, paraverbale sowie die Körper-Sprache, das „Milleu“ (S. 14); eine auf die Bedürfnisse der Betroffenen angepasste Umgebung (Milleuthérapie) sowie auf das Eingehen der „Lebensthemen“ (S. 15), beispielsweise der Beruf oder das Hobby.

„Mit dem Lebensthema kann reagierend und agierend kommuniziert werden“ (ebd., S. 15)

Es geht darum, dass Pflegende immer wieder Impulse für die Betroffenen setzen und die Personen im aktuell erlebten Moment begleitet werden.

„Je häufiger ich im Vorübergehen validiere, desto weniger oft geschieht die Krise“ (ebd., S. 16).

10.3.3. Personenzentrierter Ansatz in der Pflege

Mehrere Modelle bzw. Konzepte stellen den individuellen Menschen in den Mittelpunkt der Pflege. Respektvolle Zuwendung, Einbeziehung,

Wahrnehmung, Förderung von Identität und Autonomie sind hier zentrale Elemente. Pflege sollte nicht ausschließlich als medizinische oder technische Leistung verstanden werden, sondern auch als Beziehungsarbeit, die psychische Bedürfnisse wie Bindung, Trost, Identität und Selbstwirksamkeit trifft. Personzentrierte Pflege zielt nicht nur auf das Wohlbefinden der zu Betreuenden ab, sondern berücksichtigt auch die Bedürfnisse der Betreuenden (McCormack & McCance, 2006; Van der Kooij, 2010, 2012, 2017; Kitwood, 1997).

Der Rahmen der personzentrierten Pflege nach McCormack & McCance (2006) umfasst vier zentrale Konstrukte: „**Voraussetzungen, Pflegeumgebung, Prozesse, Ergebnisse.**“ (S. 472). Die Beziehung zwischen den Konstrukten zeigt, dass personzentrierte Ergebnisse nur dann erreicht werden können, wenn die notwendigen Voraussetzungen und das Pflegeumfeld beachtet werden, die eine wirksame Umsetzung der Pflegeprozesse unterstützen. McCormack & McCance (2006) untersuchten ihr Rahmenmodell im Akutkrankenhaus.

Ein konkretes Konzept für personzentrierte Pflege für Menschen mit „Demenz“ lieferte Tom Kitwood (1997).

Das Konzept konzentriert sich auf die Bedürfnisse und das Wohlbefinden von Menschen mit „Demenz“. Es soll die Person hinter der Erkrankung gesehen und deren individuellen Stärken und Fähigkeiten gefördert werden. Die Erfüllung des Bedürfnisses nach „*Personsein*“ durch die Mitmenschen führt demnach zu individuellem Wohlbefinden. Menschen mit Major Neurocognitive Disorders fehlt es an der Fähigkeit „*nährende*“ Kontakte zu anderen herzustellen, was sie auf Pflege angewiesen macht (Kitwood, 2000 in Kastner & Löbach, 2015, S. 102).

Der personzentrierte Pflegeansatz nach Tom Kitwood (1997) betont die Erhaltung des Personseins („*Personhood*“) von Menschen mit „Demenz“ durch respektvolle, wertschätzende und auf ihre individuellen Bedürfnisse ausgerichtete Interaktion. Kitwood beschreibt zwölf positive

Interaktionsformen, die gezielt dazu beitragen, zentrale psychische Bedürfnisse wie Trost, Bindung, Einbeziehung, Beschäftigung und Identität zu fördern und somit das Wohlbefinden und die Identität der Betroffenen zu stärken (Kitwood & Bredin, 1999).

Zu diesen Interaktionsformen zählen das **„Anerkennen“**, das die Wahrnehmung der Person als eigenständiges Individuum ausdrückt. **„Verhandeln“** hat das Ziel, der betroffenen Person ein Stück Kontrolle über ihre Pflege zu geben, indem Wünsche und Bedürfnisse berücksichtigt werden. **„Zusammenarbeiten“** bedeutet, Aktivitäten gemeinsam mit der betroffenen Person zu gestalten, um Teilhabe und Selbstwirksamkeit zu ermöglichen. **„Spielen“** und **„Schöpferisch-Sein“** fördern Spontaneität, Kreativität und Selbstaussdruck, während **„Timalation“** über sinnliche Reize (z. B. Berührung, Musik, Düfte) emotionale Resonanz und Nähe schafft. Durch **„Feiern“** werden soziale Grenzen zwischen Pflegenden und Betreuten aufgehoben, was Gemeinschaft und Gleichwertigkeit stärkt. **„Entspannen“** können Betroffene meist mit einem ruhigen Gegenüber. Mit **„Geben/Annehmen“** ist gemeint, dass Pflegende und Betreuungspersonen auch zu einem gewissen Maße Freundlichkeit, Unterstützung und Trost von der zu betreuenden Person annehmen können. Folgende drei Interaktionen sind eher psychotherapeutischer Natur: **„Halten“** schafft Sicherheit, Geborgenheit und emotionale Stabilität. **„Validation“** betont das empathische Eingehen auf Gefühle und Emotionen, während **„Erleichtern“** die aktive Beteiligung der Person unterstützt, indem Interaktionen verständlich und bedeutungsvoll gestaltet werden (Kitwood, 2000 in Kastner & Löbach, 2015, S. 164-165).

All diese Interaktionsformen können durch biografische Informationen genährt werden.

McKeown et al., (2010) untersuchten die Rolle der Biografiearbeit für eine personenzentrierte Pflege. Biografiearbeit stellt ein zentrales Instrument dar, um die Individualität und Lebensgeschichte einer Person zu verstehen und damit eine authentisch personenzentrierte Pflege zu ermöglichen. Durch die

Auseinandersetzung mit der Biografie gewinnen Pflegekräfte wertvolle Einblicke in die bisherigen Erfahrungen, Gewohnheiten, Werte und Beziehungen der Pflegebedürftigen. Dieses Wissen schafft die Grundlage für ein tiefes Verständnis der individuellen Bedürfnisse und Reaktionsweisen, insbesondere bei Menschen mit Major Neurocognitive Disorders und eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit.

Mehrmals verdeutlichen die Pflegenden in den Interviews meiner Forschung genau diese Erkenntnisse. Indem Biografiearbeit dazu beiträgt, die persönliche Geschichte und Identität einer Person zu bewahren und in den Pflegealltag zu integrieren, wird die Beziehung zwischen Pflegeperson und Bewohner:in gestärkt und das Gefühl von Wertschätzung und Zugehörigkeit gefördert. Somit verbindet die Biografiearbeit den theoretischen Anspruch personenzentrierter Pflege mit der gelebten Praxis im Pflegealltag. Demnach empfiehlt es sich stark, den Pflegenden den Rahmen zur ganzheitlichen einfühlsamen Pflege, bei der stets die Individualität und Lebensgeschichte der Betroffenen wahrgenommen werden, zu schaffen.

10.4. Pool-Dienste

Ein zentrales Element gelingender Biografiearbeit in der Pflege ist das Vertrauensverhältnis zwischen Pflegekraft und der zu pflegenden Person, wie aus den Ergebnissen herausgeht. Dieses Vertrauen entsteht nicht über Nacht, sondern entwickelt sich im Laufe einer kontinuierlichen Beziehungspflege, empathischer Kommunikation und das aufmerksame Eingehen auf die individuelle Lebensgeschichte, wie die Pflegenden in den Interviews betonen. Biografiearbeit lebt davon, dass Pflegenden die persönliche Geschichte, Gewohnheiten, Werte und Prägungen einer Person kennen und in die pflegerische Betreuung einfließen lassen.

Durch den gewonnenen Einblick in die Biografiearbeit komme ich zu dem Schluss, dass der vermehrte Einsatz von Leasing-Mitarbeitenden zur Kompensation personeller Engpässe Auswirkungen auf die Qualität biografieorientierter Pflege haben kann. Da diese Mitarbeitenden in der

Regel nur für begrenzte Zeiträume in einer Einrichtung tätig sind, sehe ich die Gefahr, dass keine tragfähigen und vertrauensvollen Beziehungen zu den Pflegebedürftigen entstehen. Für mich ist daher plausibel, dass biografieorientierte Pflegeansätze unter diesen Bedingungen häufig nur oberflächlich umgesetzt oder vollständig vernachlässigt werden könnten. Die mangelnde Kontinuität sowie die eingeschränkte emotionale Bindung erschweren es, die notwendige Tiefe für eine sinnstiftende Biografiearbeit zu entwickeln. Zudem geh ich davon aus, dass Leasing-Mitarbeitenden oft die Zeit und das institutionelle Wissen fehlen, um vorhandene biografische Informationen in den Pflegealltag zu integrieren. Diese Umstände könnten nicht nur die Qualität der pflegerischen Beziehung beeinträchtigen, sondern auch das Erleben von Sicherheit, Wertschätzung und Identität der betreuten Personen negativ beeinflussen.

Riedlinger et al. (2020) beschreiben für Deutschland einen Anteil von rund zwei Prozent an Leasingmitarbeitenden in der Pflege. Gleichzeitig weisen sie auf die wachsende Bedeutung der Zeitarbeit in dieser Branche hin. In qualitativen, fokussierten und multiperspektivischen Betriebsfallstudien aus den Jahren 2018 bis 2019 identifizierten die Autor:innen als zentrale Beweggründe für den Wechsel in die Zeitarbeit vor allem die größere Flexibilität bei der Arbeitszeitgestaltung sowie die Möglichkeit, sich dem hohen organisatorischen Druck der Einrichtungen zu entziehen. Dieses Phänomen bezeichnen Riedlinger et al. kritisch als einen „*stummen Streik*“ gegenüber den vorherrschenden Arbeitsbedingungen. Das befragte Stammpersonal war jedoch nicht sehr zufrieden mit der Arbeit der Leasingmitarbeitenden, da diese nicht die erforderliche Arbeitsleistung erbrachten. Die Teamzusammenarbeit und Solidarität würde fehlen. Jedoch sind Leasingmitarbeitende für die Unternehmen oft der einzige Weg, um die notwendige Tagespräsenz an Fachkräften zu gewährleisten (Riedlinger et al., 2020).

Haus B äußert große Erleichterung, keine Leasingmitarbeitende zu haben. Haus A erstellt eigens ein Info-Blatt für externe Kräfte, um diesem Problem entgegenzuwirken.

10.5. Kritische Stimmen zur Pflegeplanung und Biografiearbeit

Jutta König ist Altenpflegerin, Sachverständige bei verschiedenen Sozialgerichten sowie in Haftungsfragen. Sie fordert in ihrem Buch eine effizientere Pflegedokumentation. Es sollten nur jene Informationen gesammelt werden, die auch für die Pflege relevant sind. Basierend auf ihren Erfahrungen aus ihrer Tätigkeit merkt sie an, dass der Großteil der erhobenen Patient:innen-Daten nur erfasst werden, aber im weiteren Prozess keine Bedeutung mehr finden. Bezogen auf die Biografie meint sie beispielsweise, dass man für einen Klienten, der nur einmal pro Woche zu Hause geduscht werden möchte, nicht die gesamte Lebensgeschichte erfassen muss (König, 2017).

Meine Dokumentenanalyse zeigt ein ähnliches Bild. Viele Informationen vor allem aus der Kindheit und Jugend finden keinen Platz in der anschließenden Pflegeplanung. Primär stehen die aktuellen Bedürfnisse und Routinen im Fokus. Jedoch wird in den Interviews von den Pflegenden immer wieder betont, dass Informationen über die Bewohner:innen ein besseres Verständnis für ihr Verhalten liefern. Vor allem im mütterlichen Pflege- und Betreuungsmodell finden immer wieder Informationen aus der Biografie Relevanz für die sogenannten „Umgangsempfehlungen“ (van der Kooij, 2017).

Das Enriched Care Planning for People with Dementia von May et al. (2009) identifiziert ebenso anhand der lebensgeschichtlichen Informationen, die eingangs erfasst wurden, Bedürfnisse.

„Bedürfnisse anhand der Lebensgeschichte identifizieren, bedeutet Ereignisse und Menschen, die für die Person früher wichtig gewesen sind, mit der aktuellen Lage zu verknüpfen.“
(May et al., 2011, S. 40)

Daraus soll der Pflegeplan erstellt werden.

Sander (2006) beschreibt, dass Biografiearbeit ein „*wechselseitiges Vertrauensverhältnis*“ (ebd., S. 5) voraussetzt und spricht von der Notwendigkeit einer reflexiven Biografiearbeit. Es soll nicht vorschnell aufgrund einiger gesammelter Daten aus der Lebensgeschichte über die Person geurteilt werden, sondern das Individuum in der Interaktion gesehen werden. Sie zeigt das Abhängigkeitsverhältnis der zu betreuenden Person zu den Betreuenden auf und warnt davor, dass Interaktionsbeziehungen „*immer auch eine biografische Differenzierung sozialer Ungleichheit*“ (ebd., S. 5) mit sich bringen. Das spiegelt sich im Appell wider, dass Pflegende die Verletzlichkeit der betroffenen Person wahrnehmen und sehr sensibel und vertraulich mit den anvertrauten Lebensgeschichten umgehen sollen (Sander, 2006).

11. Limitation und Forschungsdesiderat

Durch die Verknüpfung der Analyse von Pflegedokumentationen mit anschließenden Fokusgruppeninterviews mit Fachpersonen erhielt ich einen umfassenden Einblick in die gängige Praxis. Dabei wurde deutlich, welche Inhalte der Dokumentation im Berufsalltag tatsächlich Bedeutung haben. Damit hebt sich diese Masterarbeit von Studien ab, die ausschließlich ein zeitlich begrenztes Projekt untersuchten.

Die folgenden Ausführungen beleuchten sowohl die Limitationen dieser Arbeit als auch die sich daraus ergebenden Forschungsdesiderate.

Was nicht in die Analyse geflossen ist

Die Arbeit der Sozialbetreuer:innen sowie anderer Berufsgruppen ist nicht in die Analyse eingeflossen. Jedoch ist zu erwähnen, dass vor allem die Sozialbetreuer:innen verschiedene Spiele und Programme, die biografisches Erinnern fördern, planen und durchführen. Diese finden meistens in der (Klein-)gruppe statt und müssen sehr flexibel an die Tagessituation angepasst werden. Hier findet Biografiearbeit statt, die nicht in der (täglichen) Pflegedokumentation erfasst ist. Auch das Erarbeiten eines Steckbriefes, wie oben bereits beschrieben, hat mehr das Ziel, Erinnerungen zu wecken und aktuelle Vorlieben und Routinen anzusprechen, als biografische Daten offiziell zu erfassen und zu dokumentieren.

Zwei Häuser – zwei unterschiedliche Modelle

In dieser Masterarbeit beleuchtete ich das mäuseutische Pflege- und Betreuungsmodell von van der Kooij und die von hausinternen Pflegeexpert:innen entwickelten Biografiebögen. Andere Modelle wurde nicht erfasst, was in weiterer Forschung durchaus interessant wäre. Ob für die Zukunft ein allgemein gültiges Vorgehen bei der Biografiearbeit zu empfehlen ist, konnte ich in dieser Forschungsarbeit nicht beantworten.

Was könnte man noch basierend darauf erforschen (Forschungsdesiderat)?

Für zukünftige Forschungsarbeiten bietet es sich an, zu untersuchen, inwiefern es für die Pflegeprozessplanung eine Rolle spielt, ob diese Informationen von der betroffenen Person selbst oder von Angehörigen erhoben wurden. Darüber hinaus wäre es sinnvoll zu erforschen, ob für die aktuelle pflegerische Einschätzung eher jene Daten relevant sind, die bereits bei der Aufnahme erfasst wurden, oder jene, die sich erst im Verlauf der Pflegebeziehung ergeben.

12. Schlussfolgerung

Bereits mehrere quantitative Studien kommen international zum Ergebnis, dass Life Story Work das psychische Wohlbefinden älterer Menschen steigert. Dabei wird der Erfolg der Interventionen, die das Erinnern fördern, mit verschiedenen psychologischen Messinstrumenten erfasst. Außerdem betonen alle oben angeführten Modelle und Theorien die Wichtigkeit der Berücksichtigung der Lebensgeschichte für eine holistische Pflege und Betreuung, was sich auch in dieser Forschung widerspiegelt.

Die Auswertung der Interviews hat die Annahme, dass überwiegend implizite – also durchgeführte aber nicht dokumentierte – biografie-bezogene Pflege stattfindet, nur teilweise bestätigt, da die meisten erhobenen Informationen durchaus dokumentiert werden und für alle Betreuungspersonen ersichtlich gemacht werden – auch für externe Mitarbeitende.

Haus B gab an, dass sämtliche Biografie-bezogenen Informationen und die passenden Handlungen dazu im Laufe der Pflegebeziehung dokumentiert werden. Haus A erklärte hingegen, dass nicht alle biografischen Aspekte explizit in der Pflegeplanung festgehalten werden. Die Biografiebögen als auch die Pflegeberichte haben jedoch hohe Relevanz für die tägliche Praxis. Biografiearbeit geht weit über das bloße Sammeln von Informationen hinaus, sie ist ein wesentlicher Baustein der personenzentrierten Pflege.

Es geht im Pflegealltag um das immer wieder neu Erleben der Lebensgeschichte und der betroffenen Person an sich, nicht um das starre Abfragen von Daten! Es kristallisiert sich jedoch heraus, dass ein praxistauglicher Leitfaden, der von der Erhebung bis zur Planung reicht, von Vorteil ist.

Ich appelliere für einen reflektierten Einsatz der Erhebungsinstrumente und eine Schulung zu Biografiearbeit für alle Pflegekräfte, die Menschen mit Major Neurocognitive Disorders betreuen. Es empfiehlt sich, biografische

Daten in den Pflegeprozess zu integrieren, um auf die Bewohner:innen besser eingehen zu können. Eine genaue Dokumentation macht die wertvolle Arbeit transparent. Die Mitarbeitenden erzählen mit Stolz von der biografie-bezogenen Pflege der Bewohner:innen.

Literatur

- Abbasi, M., Radfar, M., Jafarizadeh, H., & Khalkhali, H. (2025). *Does life story work based on Erikson's theory enhance psychological well-being in elderly residents of nursing homes? A randomized controlled trial*. *Geriatric Nursing*, 61, 140-148.
- AFMD Akademie für Mäeutik Deutschland). (2019). *Dr. Cora van der Kooij – Leben – Wirken – Abschied*. <https://afmd.de/wp-content/uploads/2019/08/Dr.-Cora-van-der-Kooij.pdf> (zuletzt aufgerufen am 10.10.2025)
- Alheit, P. (1992). *Leben lernen? Bildungspolitische und bildungstheoretische Perspektiven biographischer Ansätze. Werkstattbericht des Forschungsschwerpunkts, Arbeit und Bildung*, Bd. 4. Bremen: Universität Bremen.
- Asano, T., Wang, C. W., Tsugaruya, M., & Ishikawa, T. (2023). *Effectiveness of life story book intervention on apathy and verbal fluency in people with dementia*. *Clinical Gerontologist*, 46(3), 389-399.
- Berendonk, C., Caine, V. (2019). *Life story work with persons with dementia in nursing homes: A Grounded Theory study of the perspectives of care staff*. *Dementia (London)*. 2019 Jan;18(1):282-302.
- Berendonk, C., Stanek, S., Schönit, M., Kaspar, R., Bär, M., & Kruse, A. (2011). *Biografiearbeit in der stationären Langzeitpflege von Menschen mit Demenz*. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 44(1), 13-18.
- Bienstein, C., Fröhlich, A. (2021). *Basale Stimulation® in der Pflege. Die Grundlagen* (9. Aufl.). Hogrefe.
- Bierlein, K. H. (1994). *Lebensbilanz: Krisen des Älterwerdens meistern; kreativ auf das Leben zurückblicken; Zukunftspotentiale ausschöpfen*. Claudius-Verlag.
- Bloland, S. E. (2007). *Im Schatten des Ruhms: Erinnerungen an meinen Vater Erik H. Erikson*. Psychosozial-Verlag.
- Böhm, E. (1999). *Verwirrt nicht die Verwirrten – Neue Ansätze geriatrischer Krankenpflege*, (10. Aufl.). Psychiatrie – Verlag, Bonn
- Böhm, E. (2018). *Psychobiografisches Pflegemodell nach Böhm: Band I: Grundlagen* (5. Aufl.) maudrich.

- Böhm, E. (2019). *Psychobiografisches Pflegemodell nach Böhm: Band II: Arbeitsbuch* (5. Aufl.). maudrich
- Buchholz, T., & Schürenberg, A. (2013). *Basale Stimulation® in der Pflege alter Menschen: Anregungen zur Lebensbegleitung*. Hogrefe AG.
- Buhtz, C., Paulicke, D., Wolf, M., Hofstetter, S., & Schwarz, K. (2020). *Durch ein Tablet gestützte Biografiearbeit bei älteren Menschen im Pflegeheim: Eine Interview-Studie mit Pflegenden*. HeilberufeSCIENCE, 11(3-4), 35-43.
- Bundesministerium für Gesundheit. (2025) *Demenz*.
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/d/demenz.html> (zuletzt aufgerufen am 12. 10. 2025)
- Dausien, B. (2005). *Biografieorientierung in der Sozialen Arbeit*. sozial extra, 29(11), 6-11.
- Deufert, D., Mantovan, F., Huber, S., Knitel-Grabher, E., & Fritz, E. (2013). „Wohnen mit Anleitung“ – Evaluierung einer speziellen Betreuungseinheit für Menschen mit Demenz in Südtirol. *Pflegewissenschaft* 15, 145-151.
- Dressel, G., Kohn, J., & Schnelle, J. (Hrsg.). (2023). *Erzählcafés. Einblicke in Praktiken und Theorie*. Beltz Juventa
- Emmady PD., Schoo C., Tadi, P. (2022). *Major Neurocognitive Disorder (Dementia*. StatPearls [Internet]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557444/> (zuletzt aufgerufen am 14.01.2026)
- ENPP-Böhm (Europäische Netzwerk für psychobiographische Pflegeforschung). (2025). *Wichtige Stationen auf seinem bisherigen beruflichen Lebensweg*.
<https://www.enpp-boehm.com/werdegang.htm> (zuletzt aufgerufen am 12.10.2025)
- Erikson, E. H. (2020). *Der vollständige Lebenszyklus* (11. Aufl.). Suhrkamp Taschenbuch Verlag.
- Feil, N., & de Klerk-Rubin, V. (2016). *Validation: ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen* (Vol. 16) (11. Aufl.). Ernst Reinhardt.
- Feil, N., & de Klerk-Rubin, V. (2023). *Validation: ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen* (Vol. 16) (12. Aufl.). Ernst Reinhardt Verlag.
- Fiechter, V., & Meier, M. (1993). *Pflegeplanung: eine Anleitung für die Praxis*. Recom.

- Fonds Soziales Wien (FSW). (2022/23). *Quantitative Befragung der Wiener Bevölkerung zu Demensthemen*. https://www.fsw.at/downloads/kundinnenbefragung/Teil-C_Quantitative-Studie-Infoblatt.1744110135.pdf (zuletzt aufgerufen am 05.08.2025)
- Fonds Soziales Wien (FSW). (2025). *Demenzfreundliche Stadt: Neue FSW-Studie liefert wichtige Erkenntnisse*. <https://www.fsw.at/n/demenzfreundliche-stadt-neue-fsw-studie-liefert-wichtige-erkenntnisse> (zuletzt aufgerufen am 05.08.2025)
- George, DR., Whitehouse, PJ. (2014). *The War (on Terror) on Alzheimer's*. Dementia (London)1, 120-130.
- Gudjons, H., Wagener-Gudjons, B., & Pieper, M. (2008). *Auf meinen Spuren: Übungen zur Biografiearbeit* (4. Aufl.). Klinkhardt.
- Guna, D., Milburn-Curtis, C., Zhang, H., Goh, HS. (2022). *Effectiveness of the Biography and Life Storybook for Nursing Home Residents: A Quasi-Experimental Study*. International Journal of Environmental Research and Public Health. 19(8), 4749.
- Heimerl, K. & Egger, B. (2021). Sterben ist schön und auch nicht schön. Erzählungen der Betroffenen zum „guten Sterben“. In: Heimerl, K., Egger, B., Schuchter, P., & Wegleitner, K. (2021). *Sterbewelten: Die Perspektive der Betroffenen auf ‚gutes Sterben‘*. der hospiz verlag.
- Heimerl, K., Egger, B., Schuchter, P., & Wegleitner, K. (2021). *Sterbewelten: Die Perspektive der Betroffenen auf ‚gutes Sterben‘*. der hospiz verlag.
- Heimerl, K., Millius, S., & Kojer, M. (2025). *Wenn das gelebte Leben schmerzt. Biografischer Schmerz als Ausdruck von existenziellem Leid im Alter (n)*. Spiritual Care, (0).
- Hojdelewicz, B. M. (2021). *Der Pflegeprozess: Prozesshafte Pflegebeziehung* (3. Aufl.). facultas.
- Holloway, I., & Wheeler, S. (1998). *Qualitative Pflegeforschung: Grundlagen qualitativer Ansätze in der Pflege*. Elsevier, Urban&FischerVerlag.
- Höfler, S., Bengough, T., Winkler, P., & Griebler, R. (2015). *Österreichischer Demenzbericht 2014*. <https://broschuerenservice.sozialministerium.gv.at/Home/Download?publicationId=277> (zuletzt aufgerufen am 15.01.2026)

- Höwler, E. (2013). *Erinnern und vergessen: Biografiearbeit in der Altenpflege*. ProCare, 18(10), 36-38.
- Johnson, M. (2024). *Spiritualität, biografischer Rückblick und biografischer Schmerz alter Menschen am Lebensende*. In Heimerl K, Millius S (Hg.) Total Pain in der Palliativen Geriatrie. Vom Umgang mit dem existenziellen Schmerz im hohen Alter. Bern: Hogrefe. 135–144.
- Kastner, U., & Löbach, R. (2015). *Handbuch Demenz: Fachwissen für Pflege und Betreuung (3.Aufl.)*. Elsevier Health Sciences.
- Kastner, U., Schraut, V., & Löbach, R. (2022). *Handbuch Demenz: Fachwissen für Pflege und Betreuung (5. Aufl.)*. Elsevier Health Sciences.
- Kellett, U., Moyle, W., McAllister, M., King, C., & Gallagher, F. (2010). *Life stories and biography: a means of connecting family and staff to people with dementia*. Journal of Clinical Nursing. 19(11-12), 1707-15.
- Kerkhoff, B., Halbach, A. (2002). *Biografisches Arbeiten. Beispiele für die praktische Umsetzung*. Vincentz.
- Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered: The person comes first*. Buckingham: Open University Press.
- Kitwood, T. (2000). *Demenz Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit erwirrten Menschen*. Verlag Hans Huber, Bern.
- Kitwood, T., & Bredin, K. (1999). *A New Approach to the Evaluation of Well-being in Dementia*. Journal of Mental Health, 8(3), 333–344.
- Krohwinkel, M. (2013). *Fördernde Prozesspflege mit integrierten ABEDLs: Forschung, Theorie und Praxis*. Verlag Hans Huber.
- Kohn, J., Caduff, U., Hauptert, B., Schilling, S., & Maurer, S. (2010). *Erzählcafés leiten: Biografiearbeit mit alten Menschen*. In: Hauptert, B.; Sigrid, M.; Maurer, S. (Hg.). Biografiearbeit und Biografieforschung in der Sozialen Arbeit. Beiträge zu einer rekonstruktiven Perspektive sozialer Professionen, 193-216.

- Kolozis, A., & Ahrndt, S. (2018). *Biografiearbeit zur aktivierenden Pflege von Menschen mit Demenz im ambulanten und stationären Setting*. Zukunft der Pflege - Innovative Technologien für die Pflege. 221-226
<https://www.pflegeinnovationszentrum.de/wp-content/uploads/2018/12/42.-Biografiearbeit-zur-aktivierenden-Pflege-von-Menschen-mit-Demenz-im-ambulanten-und-station%C3%A4ren-Setting.pdf> (zuletzt (zuletzt aufgerufen am 25.10.2025)
- König, J. (2017). *Dokumentationswahnsinn in der Pflege: Es geht auch anders* (3. Aufl.). Schlütersche.
- Kreikenbaum, J., & Lay, R. (2022). *Pflegeplanung leicht gemacht: Arbeitshilfe für Ausbildung und Pflegealltag*. Elsevier Health Sciences.
- Kuckartz, U. (2018). *Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (4. Aufl.). Beltz Juventa.
- Kußmaul, J. & Vater, A. (2024): *Pflegeplanung. Formulierung für Altenheim – Ambulante Pflege – Krankenhaus* (3. Aufl.). Thieme.
- Matolycz, E. (2011). *Pflege von alten Menschen* (Vol. 2). Springer.
- May, H., Edwards, P., & Brooker, D. (2009). *Enriched care planning for people with Dementia: A good practice guide to delivering person-centred care*. Jessica Kingsley Publishers.
- May, H., Edwards, P., & Brooker, D. (2011). *Professionelle Pflegeprozessplanung: Personzentrierte Pflegeplanung für Menschen mit Demenz*. Verlag Hans Huber.
- Mayer, H. (2022). *Pflegeforschung anwenden: Elemente und Basiswissen für das Studium* (6. Aufl.). facultas.
- Mayring, P., & Fenzl, T. (2019). *Qualitative Inhaltsanalyse*. Springer Fachmedien.
- McKeown, J., Clarke, A., Ingleton, C., Ryan, T., & Repper, J. (2010), *The use of life story work with people with dementia to enhance person-centred care*. International Journal of Older People Nursing, 5: 148-158.
- McCormack, B., & McCance, T.V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. Journal of Advanced Nursing 56(5), 472–479

- Miethe, I. (2014). *Biografiearbeit. Lehr- und Handbuch für Studium und Praxis* (2. Aufl.) Beltz Juventa.
- Nobili, A., Piana, I., Balossi, L., Pasina, L., Matucci, M., Tarantola, M., Trevisan, S., Riva, E., Lucca, U., & Tettamanti, M. (2008). *Alzheimer special care units compared with traditional nursing home for dementia care: are there differences at admission and in clinical outcomes?*. *Alzheimer Disease and Associated Disorders* 22/4, 352-361.
- Osborn, C.; Schweitzer P. & Trilling, A. (1997). *Erinnern. Eine Anleitung zur Biografiearbeit mit alten Menschen*. Lambertus.
- Perrig-Chiello, P. (2007). *Bedeutung und Funktion des Lebensrückblicks in der zweiten Lebenshälfte, Psychotherapie im Alter* 4(2), 35-46.
- Pfeifer, W. (1989). *Etymologisches Wörterbuch des Deutschen*. Akademie-Verlag.
- Pilgerstorfer, A. K. (2012). *Social work with biography the care concept of Böhm presented by the example of Haus St. Elisabeth, a retirement home from caritas St. Pölten*. *RevistaeSalud*. 8(31), 28-4.
- Pochobradsky, E., Bergmann, F., Nemeth, C., & Preninger, B. (2008). *Betreuungsangebote für demenziell erkrankte Menschen - Demenzhandbuch*. Bundesministeriums für Soziales und Konsumentenschutz, Wien
- Popp, I. (2002). *Verwirrt nicht die Verwirrten! Was bedeutet Pflege nach Böhm?*. *Heilberufe* 7/2002. 36 – 37
- Richard, N. (2004). *Kommunikation und Körpersprache mit Menschen mit Demenz–die Integrative Validation (IVA)*. *Unterricht Pflege*, 9(5), 13-16.
- Richard, N. (2013). *Sexualität, Demenz und die Integrative Validation: „Schwester, rubble etwas fester!“*. <https://www.e-periodica.ch/digbib/view?pid=cuv-008%3A2013%3A84%3A%3A230> (Zuletzt aufgerufen am 15.01.2026)
- Riechert, I. (2022) *Was kommt bei Demenz auf uns zu?*. Springer-Verlag GmbH Deutschland, ein Teil von Springer Nature 2022.
- Riedlinger, I., Fischer, G., Lämmel, N., & Höß, T. (2020). *"Leasing ist wie ein stummer Streik" - Zeitarbeit in der Pflege*. *AIS-Studien*, 13(2), 142-157.
- Sander, K. (2006). *Biografiearbeit – Erste Überlegungen für ein konzeptionelles Verständnis*. Prodos Verlag. *Unterricht Pflege*. Heft 1, März 2006, 2-7

- Saunders, C. (1964). *Care of patients suffering from terminal illness at St. Joseph's Hospice*, Hackney, London. *Nursing Mirror*, 14(2).
- Schneberger, M; Jahn, S. & Marino, E. (2008) „Mutti lässt grüssen...“: *Biografiearbeit und Schlüsselwörter in der Pflege von Menschen mit Demenz*. Hannover, Schlütersche.
- Schneider, C. (2007). *Pflege und Betreuung bei psychischen Alterserkrankungen: Eine gerontosoziologisch-pflegewissenschaftliche Analyse*. Facultas
- Schneider, C., & Wappelshammer, E. (2010). *Ein neues Wohnkonzept für Demenzkranke*. Österreichische Pflegezeitschrift 8-9, 13-11.
- Specht-Tomann, M. (2009). *Auf den Spuren meines Lebens*. Heilberufe, 61(11), 21-23.
- Stanek, S., Berendonk, C., Schönit, M., Kaspar, R., & Kruse, A. (2010). *Individuelle Erlebnissräume für Menschen mit Demenz gestalten*. PPH, 16(06), 304-312.
- Sung, M. R., & Lee, D. Y. (2016). *Effects of community based group validation therapy on depression, quality of life, behavioral problems, and cognitive function in patients with dementia*. *Journal of Korean Gerontological Nursing*, 18(1), 22-31.
- Sütterlin, S., Hoßmann, I., & Klingholz, R. (2011).: *Demenz-Report: Wie sich die Regionen in Deutschland, Österreich und der Schweiz auf die Alterung der Gesellschaft vorbereiten können*. Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/32148/ssoar-2011-sutterlin_et_al-Demenz-Report_wie_sich_die_Regionen.pdf?sequence=1&isAllowed=y&lnkname=ssoar-2011-sutterlin_et_al-Demenz-Report_wie_sich_die_Regionen.pdf (zuletzt aufgerufen am 25.10.2025)
- Van der Kooij, C. (2010). *Das mäeutische Pflege- und Betreuungsmodell*. Hans Huber Verlag. Hogrefe AG
- Van der Kooij, C. (2011). *Wenn die Zeit nicht mehr zählt ... Lebensgeschichte aus dem Blickwinkel der Mäeutik*. In: *Biografiearbeit – Segen und Fluch*. Thema Pro Senecture. Nr. 10, 30-43.
- Van der Kooij, C. (2012). *'Ein Lächeln im Vorübergehen': Erlebensorientierte Altenpflege mit Hilfe der Mäeutik*. Hogrefe AG.
- Van der Kooij, C. (2017). *Das mäeutische Pflege- und Betreuungsmodell* (2. Aufl.). Hogrefe Verlag

- Völkel, I., & Ehmann, M. (2021). *Pflegeplanung in der Altenpflege: Pflegeprozessgestaltung als Vorbehaltsaufgabe gut meistern*. Elsevier Health Sciences.
- Weyerer, S., Schäufele, M., & Hendlmeier, I. (2010). *Evaluation of special and traditional dementia care in nursing homes: results from a cross-sectional study in Germany*. International Journal of Geriatric Psychiatry 25/11, 1159-1167.
- Zegelin, A. (2018). *Die Biografie im Blick*. Die Schwester/Der Pfleger, 57(2), 40-43.
- Zegelin, A., & Langner, B. (2020). *Mehr Biografie-Arbeit, bitte!*. Heilberufe, 72(2), 34-36.

Abkürzungen

Aufl.	Auflage
Bew.	Bewohner beziehungsweise Bewohnerin
bzw.	beziehungsweise
ebd.	ebenda
etc.	et cetera
et al.	et alii, et alia oder et aliae
HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
p.	page
S.	Seite
u. a.	unter anderem
z.B.	zum Beispiel

Abbildungen

Abbildung 1 Biography & Life Story Book (Based on Erikson's 8 stages of psychosocial development and Singapore's Agency for Integrated Care Dementia Resource Kit) (Guna et al., 2022)	39
Abbildung 2 Zusammenfassender Kategorienbaum (eigene Darstellung, 2025)	91

Tabellen

Tabelle 1 Eigenschaften der Beteiligten (eigene Darstellung, 2026)**Fehler! Textmarke nicht definiert.**

Tabelle 2 Beispiel gebildete Kategorien Dokumentationen (eigene Darstellung, 2025) ...51

Tabelle 3 Beispiel gebildeter Kategorien Interviews (eigene Darstellung, 2025)51

Anhang

Leitfaden für die Fokusgruppen

Fokusgruppe: „Biografiearbeit im Pflegeprozess bei Menschen mit Major Neurocognitive Disorders in der Langzeitpflege“

Forschungsfragen: Welche biografischen Inhalte von Menschen mit „Demenz“ werden in der stationären Langzeitpflege in Österreich erfasst? Wie werden biografische Inhalte in die Pflegeplanung integriert?

„Wie wird Biografiearbeit in Ihrem Pflegealltag umgesetzt?“ „Welche biografischen Daten fließen in den Pflegeprozess ein?“

Moderatorin: Ich

Materialien:

- ✓ Aufnahmegerät
- ✓ Aufwandsentschädigung: Schokolade pro Person
- ✓ Namenskartchen
- ✓ Kernfragen der Diskussion auf je eine Karte geschrieben
- ✓ Einverständniserklärung zum Unterschreiben
- ✓ Stifte und Zettel
- ✓ Wasser + Gläser
- ✓ 2 Tische mit 6-7 Stühlen im Kreis aufgestellt

Vorbereitung mit den Teilnehmenden (10 Minuten)

- Klären, ob „du“ oder „Sie“ gewünscht wird
- Über Rahmenbedingungen informieren
 - Ziel dieser Fokusgruppe ist es herauszufinden, ob und wie Biografiearbeit in der alltäglichen Pflege stattfindet. (implizit oder in der Pflegeplanung erfasst)
 - Es geht um Sie und Ihre Vorgehensweise, ich will mehr davon wissen
 - 1 Stunde insgesamt geplant, essen und trinken erlaubt.

- Fokusgruppe wird auf Tonträger aufgezeichnet und vom Band wörtlich transkribiert, dabei werden alle Informationen anonymisiert, so dass keine Rückschlüsse auf Sie als Person möglich sind. In der Masterarbeit werde ich einzelne anonymisierte Aussagen wörtlich zitieren.
 - Ich werde nicht mitdiskutieren, nur den Gesprächsfluss, wenn notwendig, auf die Forschungsfrage lenken und zum Verständnis nachfragen.
 - Bitte lassen Sie alle zu Wort kommen und diskutieren Sie wertschätzend miteinander. Mehrere Meinungen haben ihren Platz.
- Einverständniserklärung pro Person unterschreiben lassen, und nochmals mündlich erklären.
 - Rückfragen erbitten: Haben Sie dazu noch Fragen?

Vorstellen (5-10 Minuten)

- Kurzes Vorstellen der TN (mit dem Hinweis, die wichtigsten demografischen Daten hinterher zu erfassen.)
 - Alter
 - Berufsjahre und Berufsjahre im Pflegewohnheim
 - Berufserfahrung in der Pflege (z.B. auf der Chirurgie oder schon immer im PH gearbeitet)
 - Funktion in der Pflege (DGKP, PFA, Wohnbereichsleitung)
- Namen, wie sie im Interview angesprochen werden, auf Namenskartchen schreiben lassen.

Eröffnung 10 Minuten:

Kurze Einleitung zum Thema

Biografiearbeit kann als eine Hauptaufgabe der ganzheitlichen geriatrischen Pflege angesehen werden. (Miehte, 2014, S. 23 und Matolycz, 2011, S. 44). Sie dient als spezielles Instrument der Kommunikation zwischen der zu betreuenden Person und den Pflegekräften (Specht-Tomann, 2009, S. 11).

Eisbrecher-Frage: Was bedeutet Biografiearbeit für Sie?

Hauptfragen (30-60 Minuten):

- ❖ Wie und bei welcher Gelegenheit erfahren Sie wichtige Dinge aus der Biografie Ihrer Bewohner:innen?
- ❖ Wie lassen Sie biografisches Wissen, das Sie von den Bewohner:innen haben, in Ihre Arbeit miteinfließen?
Beispiel: Frau Y liebte Schlager-Musik - wird ihr während der Pflege vorgespielt, damit sie Körperpflege zu lässt oder im Tagraum, damit sie nicht ständig ruft.
- ❖ Wie häufig nutzen Sie biografisches Wissen für die alltägliche Pflege?
- ❖ Wie werden biografische Informationen im Team weitergeben? (nur mündlich oder im Bericht, nur Stammpersonal/Bezugspersonal oder auch Pooldienst oder Praktikant:innen)
- ❖ Was davon ist in der Pflegedokumentation geplant? (Seht ihr Maßnahmen direkt im Durchführungsnachweis?)
- ❖ Was braucht ihr, um gute Biografiearbeit zu leisten?
- ❖ Ist Ihnen noch etwas wichtig, anzumerken?

Abschluss (10 Minuten)

- × Kurze Zusammenfassung meinerseits
- × Info über weiteres Vorgehen.
- × Ggf. Schokolade verteilen

(angelehnt an das Beispiel von Mayer, H. (2022). Das Interview mit Gruppen als Sonderform der mündlichen Befragung. Pflegeforschung anwenden: Elemente und Basiswissen für das Studium. facultas. 6. Auflage. S. 249-251)

Informed Consent für die Interviews

Einverständniserklärung zur Teilnahme am Fokusgruppen-Interview

Im Rahmen meiner Masterarbeit an der Universität Wien führe ich ein Fokusgruppen-Interview durch. Die gesammelten Daten dienen ausschließlich wissenschaftlichen Zwecken und werden vertraulich behandelt.

Mit der Teilnahme erklären Sie sich mit folgenden Punkten einverstanden:

Tonaufnahme: Das Fokusgruppen-Interview wird auf Tonträger aufgenommen und wörtlich abgeschrieben (transkribiert).

Anonymisierung: Ihre persönlichen Daten und Aussagen werden anonymisiert. Das bedeutet, dass alle Informationen so aufbereitet werden, dass keine Rückschlüsse auf Ihre Person möglich sind. Ich werde in meiner Masterarbeit wörtliche anonyme Aussagen aus den Interviews verwenden und analysieren.

Rückzug der Teilnahme/Daten: Sie haben das Recht, Ihre Teilnahme jederzeit ohne Angabe von Gründen zu beenden. Sie können zudem verlangen, dass Ihre bis zu diesem Zeitpunkt erhobenen Daten gelöscht werden, **solange die Datenauswertung noch nicht begonnen** hat. Das wird bis 7 Tage nach dem Interview möglich sein.

Zweck der Erhebung: Die erhobenen Daten werden ausschließlich für die Masterarbeit an der Universität Wien verwendet. Eine Weitergabe an Dritte oder die Nutzung für andere Zwecke erfolgt nicht.

Falls Sie Fragen haben oder sich zu einem späteren Zeitpunkt vom Interview zurückziehen möchten, können Sie mich unter [*meinen Kontaktdaten*] erreichen.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie, dass Sie über den Zweck und den Ablauf des Fokusgruppen-Interviews informiert wurden, Fragen stellen konnten und freiwillig daran teilnehmen.

Name der teilnehmenden Person: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Michaela Probst