

Fallbesprechung im Team

1. „Fälle“:

im Sinne der Fallbesprechungen sind in der Regel Personen (und deren Familien) in bestimmten Situationen im Rahmen einer Institution inklusive der mit dieser gegebenen Aufträge, Rollen und Regeln. „Der Fall“ macht sich an einem Klienten/mehreren Klienten fest. Der Fall ist immer komplexer als seine mögliche Bearbeitung.

Fälle werden entweder anlassbezogen zum Thema (Verhalten, Erleben, Gefühlsausdruck, Erscheinung, Beziehungen) oder werden regelmäßig und systematisch zum Thema gemacht. Da Pflege den Alltag (Abläufe, Routinen, täglich wiederkehrende Verrichtungen) zum Gegenstand hat, kann alles in und um den Alltag des Klienten herum zum Thema werden.

2. Ziel der Fallbesprechung ist es, Situationen und Personen zu verstehen, zu klären, eine gemeinsame Situationseinschätzung zu erarbeiten und daraus personenbezogene, situationsbezogene, organisationsbezogene, aufgabenbezogene Maßnahmen abzuleiten, die für Klienten und Mitarbeiter zumindest zu erträglicheren Bewältigungen des Alltags beitragen oder sogar das Wohlbefinden aller steigern. Fallbesprechungen sind eine Lernsituation für alle Beteiligte.

3. Rahmen: eine Person leitet die Fallbesprechung. Die Person achtet auf den Ablauf und vereinbarte Spielregeln sowie auf die Zeit. In der Regel dauert eine Fallbesprechung 60-90 Minuten.

4. Ablaufschema:

4.1. Auswahl des Falls (Orientierungsphase):

Entweder der Fall ist vorgegeben(1) oder er muss definiert werden(2). Im zweiten Fall benennt jeder im Team, wen/was er gerne zum Fall machen möchte. Jeder präsentiert seinen Fall kurz und prägnant und sagt, warum der Fall für bedeutsam gehalten wird und welche Gefühle damit verbunden sind. Die Leitung fordert nach Beendigung der Sammlung auf, einander auf die vorgetragenen Fälle Resonanz zu geben. Welcher Fall die meiste Resonanz erhält wird bearbeitet. Die Leitung fragt nach, ob dies für alle in Ordnung ist. Falls sie den Eindruck der Fallvermeidung gewinnt, benennt sie diesen Eindruck. Der Fallbringer erläutert, was er/sie erreichen/erzielen möchte.

4.2. Präsentation des Falls/Klärungsphase

Die Bezugspflegekraft(1) oder auch die Fallbringerin(2) stellt den Fall dar und benennt das Ziel, das sie heute in dieser Besprechung erreichen will. (Abschluß Orientierungsphase) Die Fallexploration (Klärungsphase) kann nach unterschiedlichen Logiken entwickelt werden:

- Biographie, familiärer Hintergrund, Lebenssituation [Bezugnahme auf ein Schema sinnvoll]
- Gesundheitsstatus (Diagnosen, Schmerzen, Ernährung, Bewegung und Stürze...)
- Umwelt und Umgebung, das Hier und Jetzt (Angehörige, Mitarbeiter, Mitbewohner, äußeres Milieu, persönliche Dinge, Territorium und Rückzug)
- Psychiatrischer Status (Psychopathologischer Befund: Bewusstsein und Vigilanz, Orientierung, Aufmerksamkeit und Konzentration, Auffassung, Gedächtnis, Intelligenz, formale und inhaltliche Denkstörung, Halluzination, Wahrnehmung, Ich-Störungen, Affektivität, Zwänge, Phobien, Ängste, Antrieb und Psychomotorik, NPI siehe Anhang)
- kognitiver Status [Bezugnahme auf ein Schema, in der Regel Screeninginstrument(MMSE, Dem-Tec, CERAD) sinnvoll]

- Persönlichkeit : Bezugnahme auf ein Schema sinnvoll, z. B. „Five-Factor-Model“ von Digman:
Neurotizismus (Empfindungen/ Gefühle von Angst, Traurigkeit, Ärger, Schuld, Ekel stehen im Vordergrund)
Extraversion (gemeinschaftsbezogen, selbstbehauptend, aktiv, redet gerne)
Offenheit (Phantasien für sich und andere, ästhetisches Empfinden,
Aufmerksamkeit auf eigene Gefühle und Antriebe, Freude an der Abwechslung,
geistige Neugierde, eigenes Urteil)
Verträglichkeit (Vertrauen, Direktheit, Altruismus, Bescheidenheit)
Sorgfalt (Kompetenz, Ordnung, Pflichterfüllung, Leistung, Streben nach Erfolg,
Selbstdisziplin)
- Pflegesituationen: dazu auch Krankheitseinsicht, subjektive Krankheitsauffassung/subjektive Theorien der Klienten (z.B. Phantasien, die Krankheit „verdient“ zu haben), Abwehrverhalten(Cohen-Mansfield), Umgang mit Abhängigkeit/Zulassen von Hilfe. Nutze Barthel-Index, NOSGER, PAS, REPDS
- Aktuelle Gefährdungen: (Herausforderndes Verhalten, Mangelernährung, Zwang, Fixierung, Gewalt, Sturzgefahr aufgrund von Wahrnehmungsstörungen, Depression und Angst, Reizarmut, falsche Reize, Überstimulierung, Beschäftigungsarmut, Apathie, Kontaktlosigkeit, Sprachlosigkeit, Schlafstörungen, Barrieren, Enge, Dunkelheit, irritierende Gerüche)
- Ressourcen, Fähigkeiten, Begabungen

Der/die FallbringerIn schildert abschließend, wie er/sie den/die Klientin erlebt, wie diese auf sie wirkt, wie sich Kontakt und Beziehung gestaltet, wie man selber Verhalten, Erleben und Ausdruck des Klienten interpretiert.

4.3.Blitzlicht:

Jeder in der Gruppe sagt, welche Eindrücke, Gefühle, Phantasien, eigene Erlebnisse er/sie zu dem Fall beizutragen hat. Hier sollen keine Bewertungen, Empfehlungen, Deutungen erfolgen, sondern ein Bereichern des Materials des Fallbringers.

4.4.Verstehenshypothesen

Gemeinsames Durcharbeiten des Materials mit dem Ziel, Verstehenshypothesen zu generieren(Klärungs- und Verstehensphase): Worin besteht das Problem? Wie äußert es sich? Wann, wo, bei wem, wie oft tritt das Problem/Verhalten auf? Unterschiede im Tages- und Wochenverlauf? Bei verschiedenen Personen? Gibt es Unterschiede in der Wahrnehmung und Bewertung des Verhaltens? Bei wem oder in welcher Situation tritt das Verhalten nicht auf? Für wen ist das Thema ein Problem? Und abschließend: Worum geht es hier, was ist das zugrundeliegende Thema/ das Hintergrundthema?

Hierbei hilfreich die Unterscheidung zwischen Fragen zum Erkennen der eigenen Perspektive (Was bedeutet dieses Problem für mich, warum ist es überhaupt ein Problem, wodurch wird es ein Problem für mich) und Fragen zum Erkennen der Perspektive des Klienten (Was bedeutet dies für den Klient? Warum könnte dies für den Klienten relevant sein? Welche Konsequenzen könnte dies für den Gast haben? Was könnte aus Sicht dieser Person das Problem sein?)

Hier ist es wichtig, dass die Leitung unterschiedliche subjektive Deutungen sichtbar macht und den Perspektivenwechsel aktiv anregt, z.B.: Sich hineinversetzen in den Klienten, Regeln, Erwartungen und Annahmen des Versorgungssystems thematisieren, verschiedene Vorstellungsbilder des Klienten im Rahmen der Pflege thematisieren(mit welchem Inneren Vorstellungsbild begegne ich dem anderen?), bei überwertiger biographischer Orientierung das Hier und Jetzt hervorheben (Demente haben eine Gegenwart), legitime Anliegen von Mitarbeitern und Organisation gelten lassen, was geht und was der Klient kann betonen, positive Symptombeschreibung anregen. Bei der Klärung von situativen Gegebenheiten vier

Felder bearbeiten: Ich des Fallbringers, Wir des Teams, die Notwendigkeit der Sachen(Fachlichkeit), Ziele und Intentionalität(wohin führt das Ganze). – Das Team einigt sich auf eine oder mehrere Problemhypothesen.

4.5.Zielentwicklung:

Welche mögliche Entwicklung kann der Klient nehmen? Wie ist die Erwartung zum Krankheitsverlauf? Worauf ist durchgängig zu achten? Das Team entwickelt eine gemeinsame, zweite) Zielformulierung.

4.5.Brainstorming zu Lösungsideen (Veränderungsphase)

Maßnahmen, Interventionen und Konsequenzen:

- klientenbezogen
- angehörigbezogen
- regelbezogen (was man hier darf und nicht darf)
- bezogen auf den Regelkreis der Kommunikation und Interaktion (typische, eskalierende Abläufe und Formen, diese zu unterbrechen)
- bezogen auf die eigene Haltung: den Ressourcenaspekt sehen, zulassen, aushalten, Reframing
- teambezogen (z.B. sich an die Vorgaben einheitlich halten)
- struktur/organisationsbezogen (Flexibilität, Individualität)
- Grenzen des Falls zu anderen Diensten/Abteilungen: z.B. Differentialdiagnose einholen, Regelungen mit Hauswirtschaft, Sozialer Dienst...
- Klärungen, die seitens Vorgesetzter erfolgen müssen

4.6. Abschluß

- Bewerten des Brainstorming durch das Team, wichtige Kernelemente im Umgang mit „dem Fall“ identifizieren. Was, wer, mit wem, womit, bis wann,.....
- Informationsmanagement: Wer informiert wen, wer verändert Planungen, wer gibt wem Rückmeldung, wer überprüft wann die heutigen Vornahmen und Vereinbarungen
- Abschlussblitzlicht: Bewertung der Fallarbeit.

Neuropsychiatrisches Inventar (NPI) nach Cummings

Bitte beurteilen Sie den Zeitraum der *letzten vier* Wochen. Befragen Sie die Bezugspersonen.

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Symptome	Nicht vorhanden	Häufigkeit 1 2 3 4	Schweregrad 1 2 3	H x S	Belastung 0 1 2 3 4 5
A Wahnvorstellungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B Halluzinationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C Erregtheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D Depression/ Dysphorie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E Angst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F Euphorie/Hochstimmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G Apathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H Enthemmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I Reizbarkeit/Labilität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J Abnormes motor. Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L Appetit und Essstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¹ Häufigkeit	1 = Gelegentlich (weniger als 1 pro Woche) 2 = Öfter (etwa 1 x pro Woche) 3 = Häufig (mehrmals pro Woche, aber nicht jeden Tag) 4 = Sehr häufig (jeden Tag, im Grunde genommen ständig vorhanden)
² Schweregrad	1 = Gering (geringe Belastung des Patienten) 2 = Mittel (starke Belastung, aber eine Beeinflussung durch Bezugsperson noch möglich) 3 = Hochgradig (ausgeprägte Belastung, der Patient ist schwierig zu beeinflussen)
³ Emotionale Belastung	0 = Überhaupt nicht belastend 1 = Minimal belastend 2 = Leicht belastend 3 = Mäßig belastend 4 = Schwer belastend 5 = Sehr schwer belastend

Aktivitäten des Täglichen Lebens (ADL): Barthel-Index

Bewohner: _____

Geburtsdatum: _____

Durchgeführt von: _____ Datum: _____

Aktivitäten	Bewertung	Punkte
<i>Stuhlgang</i>		
Kontinent	10	
selten inkontinent	5	
inkontinent oder benötigt Einläufe	0	
<i>Urin</i>		
Kontinent	10	
teilweise inkontinent (max. 1 x pro Tag)	5	
inkontinent oder Katheter, unselbständig	0	
<i>Waschen</i>		
unabhängig (Gesicht, Kämmen, Zähne, Rasieren)	5	
Hilfsbedürftig	0	
<i>Toilette</i>		
unabhängig (gehen, reinigen, Bekleidung)	10	
teilweise selbständig	5	
Hilfsbedürftig	0	
<i>Essen</i>		
unabhängig (Essen wird bereit gestellt)	10	
braucht Hilfe (beim Schneiden, Streichen)	5	
Hilfsbedürftig	0	
<i>Transfer Bett/Stuhl</i>		
unabhängig (gilt auch für Rollstuhlfahrer)	15	
wenig Hilfe oder Supervision	10	
viel Hilfe	5	
völlig hilfsbedürftig, fehlende Sitzbalance	0	
<i>Bewegung</i>		
unabhängiges Gehen über 50m (Hilfsmittel erlaubt, ohne Gehwagen)	15	
gehen möglich mit geringer Hilfe (Hilfsmittel erlaubt)	10	
Gehen nicht selbständig, kann aber Rollstuhl selbständig bedienen	5	
nicht selbständig beim Gehen oder Rollstuhlfahren	0	
<i>Ankleiden</i>		
unabhängig, inkl. Schuhe anziehen	10	
hilfsbedürftig, aber mind. 50% selbständig	5	
Hilfsbedürftig	0	
<i>Treppe</i>		
unabhängig (auch mit Gehhilfen)	10	
braucht Hilfe oder Überwachung beim Treppensteigen	5	
Kann mit Hilfe nicht Treppen steigen	0	
<i>Baden</i>		
Badet oder duscht ohne Hilfe	5	
Badet oder duscht mit Hilfe	0	
Gesamtpunktzahl (von 100 möglichen Punkten)		

Auswertung:

- 100 Punkte = unabhängige basale Alltagskompetenz
- 80-60 Punkte = benötigt Unterstützung
- <60 Punkte = schwere Hilfs- und Pflegebedürftigkeit

Auswertung für Profile:

- 60-100 Punkte = hoch
- 30-60 Punkte = mittel
- 0-30 Punkte = gering

Cohen-Mansfield-Skala – (HH)

Name des Bewohners: _____ Name des Untersuchers: _____

Datum: _____

Nr.	Verhalten	nie	weniger als 1x pro Woche	1x oder 2x pro Woche	mehrm. pro Woche	1x oder 2x täglich	mehrm. täglich	mehrm. in der Stunde
		1	2	3	4	5	6	7
1	Schlagen (auch sich selbst)				Yellow	Yellow	Red	Red
2	Treten				Yellow	Yellow	Red	Red
3	Anfassen anderer (mit schmutzigen Händen)						Red	Red
4	Stossen anderer (mit Gefahr von Stürzen)				Yellow	Red	Red	Red
5	Werfen mit harten Gegenständen				Yellow	Red	Red	Red
6	Beißen						Yellow	Yellow
7	Kratzen/Kneifen						Yellow	Yellow
8	Bespucken anderer						Yellow	Red
9	Sich selbst verletzen (heiße Getränke usw.)					Red	Red	Red
10	Zerreißen von Kleidungsstücken oder Zerstören des eigenen oder fremden Eigentums					Red	Red	Red
11	Sexuelle Annäherungsversuche (körperlich)						Red	Red
12	Eindringen in fremde Räume, Liegen in fremden Betten					Yellow	Red	Red
13	Inadäquates Ausziehen (od. Anziehen)						Red	Red
14	Gefährdung durch Weglaufen			Yellow	Yellow	Red	Red	Red
15	„Absichtliches“ Fallen					Yellow	Red	Red
16	Essen oder trinken ungeeigneter Substanzen					Yellow	Red	Red
17	Nahrungsverweigerung						Red	Red
18	Urinieren/Einkoten in den Wohnräumen (nicht als Folge der Inkontinenz)				Yellow	Red	Red	Red
19	Verstecken/Verlegen und/oder Sammeln von Gegenständen aus fremden Zimmern					Red	Red	Red
20	Ausführen von Manierismen (Klopfen, Klatschen usw.)						Yellow	Red
21	Intensive Beweglichkeit, extrem aufdringlich oder störend, verbal nicht beeinflussbar						Yellow	Red
22	Anhaltendes Schreien						Red	Red
23	Abweichende Vokalisation (Fluchen, verbale Aggressivität, wiederholte Fragen oder Klagen, ungewöhnliche Geräuschproduktion wie Stöhnen oder eigenartiges Lachen usw.)						Yellow	Red
24	Gefährden anderer durch Fehlhandlungen (Zerren aus dem Bett durch die Bettgitter usw.)				Yellow	Red	Red	Red
25	Ständiges, nicht beeinflussbares Suchen nach Zuwendung oder Hilfe						Yellow	Red

Auswertung:

Schwere (stark ausgeprägte) Verhaltensauffälligkeit liegt vor: wenn mindestens der Nachweis einer Verhaltensauffälligkeit im Rot markierten Bereich oder drei Auffälligkeiten im Gelb unterlegten Segment vorhanden sind.

Differentialdiagnostische Tabellen

NOSGER© - SKALA

Demenzdiagnostik

Bitte beachten Sie!

Die NOSGER©-Skala ist durch Urheberrecht geschützt und gebührenpflichtig! Dies gilt insbes. für kommerzielle Anwendungen, d.h. in erster Linie im Fall von Medikamentenstudien, die von pharmazeutischen Firmen bzw. von Auftrags-Instituten unternommen oder induziert werden. Die entsprechenden Kontakte und Gebührenabsprachen können über Herrn Prof.Dr.Rene Spiegel (rene.spiegel@pharma.novartis.com) erfolgen.

<http://www.fwiegleb.de/dddemen1.htm>

Name:	Vorname:	geb.am:	Alter	m/w

	Symptom	nie	ab+zu	oft	meist	immer	Score
1	Kann sich ohne Hilfe rasieren / schminken / kämmen	5	4	3	2	1	A
2	Verfolgt bestimmte Radio-/Fernsehsendungen	5	4	3	2	1	I
3	Sagt, er/sie sei traurig	1	2	3	4	5	E
4	Unruhe in der Nacht	1	2	3	4	5	V
5	Nimmt Anteil an Vorgängen in der Umgebung	5	4	3	2	1	S
6	Bemüht sich um Ordnung im Zimmer	5	4	3	2	1	I
7	Kann Stuhlgang kontrollieren	5	4	3	2	1	A
8	Setzt unterbrochene Unterhaltung richtig fort	5	4	3	2	1	G
9	Kann kleine Besorgungen (Zeitung,Eßwaren) selbst erledigen	5	4	3	2	1	I
10	Sagt, er/sie sei wertlos	1	2	3	4	5	E
11	Pflegt ein Hobby	5	4	3	2	1	I
12	Wiederholt im Gespräch immer den gleichen Punkt	1	2	3	4	5	G
13	Wirkt traurig oder weinerlich	1	2	3	4	5	E
14	Wirkt sauber und ordentlich	1	2	3	4	5	A
15	Läuft davon	1	2	3	4	5	V
16	Kann sich an Namen von engen Freunden erinnern	5	4	3	2	1	G
17	Hilft anderen, soweit dazu imstande	5	4	3	2	1	S
18	Verläßt Haus in ungeeigneter Kleidung	1	2	3	4	5	A

19	Kann sich in gewohnter Umgebung orientieren	5	4	3	2	1	I
20	Ist reizbar u. zänkisch, wenn er/sie gefragt wird	1	2	3	4	5	V
21	Nimmt kontakt zu personen der Umgebung auf	5	4	3	2	1	S
22	Erinnert sich, wo Kleider u. andere Dinge liegen	5	4	3	2	1	G
23	Ist aggressiv in Worten u. Taten	1	2	3	4	5	V
24	Kann Urin kontrollieren	5	4	3	2	1	A
25	Erscheint gutgelaunt	5	4	3	2	1	E
26	Hält Kontakt mit Angehörigen u. Freunden aufrecht	5	4	3	2	1	S
27	Verwechselt Personen	1	2	3	4	5	G
28	Freut sich auf gewisse Ereignisse (Anlässe, Besuch)	5	4	3	2	1	E
29	Wirkt im Kontakt mit Angehörigen/Freunden freundlich und positiv	1	2	3	4	5	S
30	Ist eigensinnig, hält sich nicht an Anweisungen u. Regeln	5	4	3	2	1	V

Score-Werte zusammenzählen für jede Farbe und dabei auf Polung der Items achten!

	A=		S=		G=		I=		V=
--	----	--	----	--	----	--	----	--	----

Auswertung / Interpretation

In den Dimensionen G=Gedächtnis, I=instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens und A=Aktivitäten des täglichen Lebens erreichen Gesunde, die zuhause leben maximal 10 Punkte, Heimbewohner (institutionalisierte kognitiv Gesunde) maximal 15 Punkte!

Zuhause lebender Patient größer 10 Punkte = pathologisch
 im Heim lebender Patient größer 15 Punkte = pathologisch

In den Dimensionen E=Stimmung, S=Sozialverhalten und V=Verhaltensstörung erreichen Gesunde selten mehr als 15 Punkte, d.h.: mehr als 15 Punkte zeigen pathologische Stimmung, auffälliges Sozialverhalten bzw. relevante Verhaltensstörung.

Zusammengefaßt:

gesunde, zuhause wohnende Betagte: Totalwerte unter 60
 gesunde, im Heim wohnende Betagte: Totalwerte unter 75

Wichtiger als der Totalscore ist jedoch die Verteilung in 6 Dimensionen, was ein eigentliches NOSGER-Profil ergibt:

