

**Dialog- und Transferzentrum Demenz (DZD)**  
(Landesinitiative Demenz-Service NRW)

Newsletter und Forschungsmonitoring 1/2010

© Landesinitiative Demenz-Service NRW 2010  
Private Universität Witten/Herdecke gGmbH, Institut für Pflegewissenschaft,  
Dialog- und Transferzentrum Demenz (DZD)  
Stockumer Str. 10 • 58453 Witten  
Telefon +49 (2302) 926306 • Fax +49 (2302) 926310  
dialogzentrum@uni-wh.de  
www.dialogzentrum-demenz.de || www.demenz-service-nrw.de

## Newsletter DZD 1/2010

Willkommen zum achten Newsletter des Dialog- und Transferzentrums Demenz (DZD). Im Newsletter wollen wir Sie regelmäßig

- über den Stand unserer Arbeit und unserer Aktivitäten informieren,
- rechtzeitig auf Veranstaltungstermine hinweisen,
- eine Rundschau wichtiger, internationaler Fachliteratur anbieten (Monitoring),
- über Fragen und Anregungen berichten, die wir von Ihnen erhalten.

### Was wir wollen, was wir tun

Das Dialogzentrum Demenz (DZD) hat unter anderem die Aufgaben:

1. wissenschaftliche Erkenntnisse aus Versorgungs- und Pflegeforschung zu identifizieren und der Praxis, insbesondere der Pflegepraxis zur Verfügung zu stellen, und
2. den Wissensbedarf der Pflegepraktiker zu identifizieren und als Anregung an die Wissenschaft (Versorgungs- und Pflegeforschung) weiterzugeben.

Insgesamt ist es unser Ziel, den Dialog zwischen Praxis und Forschung zu befördern. Die Zukunftsvision ist ein „Dialog auf Augenhöhe“. Die Konzeption des DZD können Sie auf unserer Homepage unter dem Stichwort „Profil“ einsehen ([www.dialogzentrum-demenz.de](http://www.dialogzentrum-demenz.de)). Das Dialogzentrum ist eine Säule der „Landesinitiative Demenzservice NRW ([www.demenz-service-nrw.de](http://www.demenz-service-nrw.de))“.

### Neues aus dem Dialog- und Transferzentrum Demenz (DZD)

Seit dem letzten Newsletter im Oktober 2009 ist viel passiert. Das DZD hat neben seinen Kernaufgaben des Transfers an der Schnittstelle zwischen Forschung und Praxis auf verschiedenen Ebenen Projekte angestoßen und begonnen.

#### „Oasenforschung“ hat begonnen

Was bereits im letzten Jahr vorbereitet wurde, ist nun gestartet: Im März 2010 fand die erste Erhebung im Rahmen einer Vergleichsforschung zur Wirksamkeit einer Pflegeoase für Menschen mit Demenz in Solingen statt. Das DZD wird das Projekt Pflegeoase des Diakonischen Werkes Bethanien e.V über ein Jahr wissenschaftlich begleiten. Am 19. März 2010 findet in Solingen die offizielle Kick-Off-Veranstaltung statt, auf der Mitarbeiterinnen des DZD moderieren und das Forschungsdesign der Begleitforschung vorstellen werden (siehe Termine).

In diesem Zusammenhang möchten wir darauf hinweisen, dass das Dialog- und Transferzentrum Demenz (DZD) Mitglied der im Dezember 2009 an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar gegründeten „Expertengruppe Pflegeoase“ unter der Leitung von Prof. Brandenburg ist (Kontakt: Prof. Dr. Hermann Brandenburg, Lehrstuhl für Gerontologische Pflege, Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar: [hbrandenburg@pthv.de](mailto:hbrandenburg@pthv.de); Pressemitteilung:

<http://www.pthv.de/topnavigation/home/news-detail/aktuelles/2009/dezember/artikel/gruendung-der-expertengruppe-pflegeoasen>).

### DZD übernimmt die Evaluation der Landesinitiative Demenz Service NRW

Das DZD hat am 1. März im Auftrag des Sozialministeriums und der Pflegekassen NRW für die nächsten drei Jahre die Evaluation der Landesinitiative Demenzservice NRW übernommen. Die Landesinitiative – 2004 vom Sozialministerium NRW und den Pflegekassen ins Leben gerufen – besteht derzeit aus 13 Demenzservicezentren, 36 auf das Themenfeld Demenz spezialisierten Wohnberatungsstellen und mehr als 1000(!) niedrigschwelligen Angeboten (<http://www.demenz-service-nrw.de>) und stellt ein bundesweit einzigartiges Angebot zur Unterstützung Demenzerkrankter und ihrer Familien dar.

### DZD ist am Fernseh-Experiment „Plötzlich alt“ beteiligt

Am 10 März wurde in der TV-Sendung Stern TV mit Günther Jauch erstmalig über das Experiment „Plötzlich alt“ berichtet. Acht jungen gesunden Menschen wurde in diesem 4-tägigen Projekt die Möglichkeit gegeben, den Alltag von alten Menschen in einem Alten- und Pflegeheim zu erleben. Mitarbeiter des DZD waren an der Konzeption und Durchführung des Experimentes unter Leitung von Frau Prof. Christel Bienstein – Leiterin des Institutes für Pflegewissenschaft an der Universität Witten/Herdecke – beteiligt. In drei weiteren Folgen wird jeweils mittwochs um 22.15 Uhr in Stern TV über das Experiment berichtet. Nähere Informationen unter [www.stern.tv](http://www.stern.tv) und bei Frau Prof. Bienstein (02302 926301 – Sekretariat; [zoellner@uni-wh.de](mailto:zoellner@uni-wh.de)).

### DZD Kooperationspartner des Wittener Standortes des DZNE

Das Dialog- und Transferzentrum Demenz ist Kooperationspartner des Wittener Standortes des neu gegründeten Deutschen Zentrums für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE). Die Kooperationsvereinbarungen beziehen sich sowohl auf den inhaltlichen Austausch als auch auf gemeinsame zukünftige Veranstaltungen.

Hier eine kurze Pressemitteilung des Wittener Standortes:

### Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) Standort Witten an der Universität Witten/Herdecke.

Der Standort Witten des DZNE, der Forschung zur Versorgung von Menschen mit Demenz durchführen soll, hat seine Arbeit im Herbst 2009 aufgenommen und befindet sich in der Aufbauphase. Aufgeteilt ist die wissenschaftliche Arbeit auf drei Arbeitsgruppen: Versorgungsstrukturen (z.B. wie wirken sich verschiedene Wohnformen auf das Wohlbefinden von Menschen mit Demenz aus?), Versorgungsmaßnahmen (z.B. wie kann herausforderndes Verhalten in zum Wohle der Menschen mit Demenz beeinflusst werden?) und Wissenszirkulation und Implementationsforschung (z.B. wie kommen neue Konzepte am nachhaltigsten in der Praxis an?). Ein erstes Projekt befasst sich mit der Zukunft der Versorgung von Menschen mit Demenz in 20 Jahren, um Versorgungsfragen von heute zukunftsorientiert beantworten zu können.

Sprecherin: Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik

Kontakt: Sekretariat: [sabine.moeller@dzne.de](mailto:sabine.moeller@dzne.de), [sigrid.karwatzki@dzne.de](mailto:sigrid.karwatzki@dzne.de)

Tel. 02302-926235/237

Stockumer Str. 12, 58453 Witten

### **Dialogveranstaltungen und Veranstaltungshinweise des Dialog- und Transferzentrums Demenz (DZD)**

Das DZD wird in diesem Jahr weitere Dialogveranstaltungen ausrichten:

Im März 2010 startete in Solingen eine Pflegeoase für demenzerkrankte Personen. Das Dialog- und Transferzentrum Demenz (DZD) hat seitens des Sozialministeriums NRW den Auftrag der wissenschaftlichen Begleitung. **Am 19. März 2010** fand die offizielle Eröffnung der Pflegeoase mit Vorträgen, Diskussionen und einer Besichtigung der neuen

Räumlichkeiten statt. (Info: Claudia Tobschall, Sekretariat/ Verwaltung; Fon: 0212/ 630410, Fax: 0212/ 630405, E-Mail: claudia.tobschall@diakonie-bethanien.de, www.diakonie-bethanien.de)

Am **22. April 2010** wird das Dialog- und Transferzentrum Demenz gemeinsam mit dem Demenzservicezentrum für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte, dem KDA und weiteren Experten im Rahmen des CareFair-Congress in Nürnberg einen Überblick zum „Stand der Künste“ der Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund und einer Demenzerkrankung geben (Mitwirkende: Reinhard Streibel-DSZ Gelsenkirchen; Detlef Rüsing-DZD; Klaus Besselmann-KDA, Dr. Murat Ozankan-Migrantenambulanz an der Rheinische Kliniken Langenfeld, Prof. Kessler- Uni-Klinik Köln) Nähere Informationen zum Vortrag und zum Gesamtprogramm unter [www.carefair-germany.de](http://www.carefair-germany.de)

Am **9. und 10. Juni 2010** veranstaltet das Dialog- und Transferzentrum Demenz (DZD) gemeinsam mit den Demenzservicezentren Münsterland und Münster und dem Peplau-Kolleg am Rochus-Hospital Telgte den „Demenzkongress Münsterland“. Der Veranstaltungsort ist das Rochus-Hospital in Telgte. Während der erste Tag vorwiegend für professionell Betreuende, Pflegende und Mediziner konzipiert ist, wird der zweite Tag die Situation der Angehörigen im Blick haben und sich an diese als Teilnehmer richten. Nähere Informationen erhalten Sie in Kürze bei den Veranstaltern ([dialogzentrum@uni-wh.de](mailto:dialogzentrum@uni-wh.de)).

Am **16. September 2010** wird Detlef Rüsing vom DZD auf dem Niederrheinischen Pflegekongress in Krefeld gemeinsam mit der Sexualbegleiterin Nina de Vries aus Potsdam einen Vortrag zum Thema Sexualität und Demenz halten. Nähere Informationen unter [www.niederrheinischer-pflegekongress.de](http://www.niederrheinischer-pflegekongress.de)

Am **28. September 2010** veranstaltet das Dialog- und Transferzentrum Demenz (DZD) gemeinsam mit der Diakonie Bethanien in Solingen eine Tagung zum Thema „Wohnen und Demenz“ an der Universität Witten/Herdecke. Gastredner wird Herr Schmieder, Leiter der Sonnweid in der Schweiz, sein. In Kürze nähere Informationen unter [dialogzentrum@uni-wh.de](mailto:dialogzentrum@uni-wh.de) oder unter 02302 926306.

Am **25. November 2010** findet an der Universität Witten/Herdecke eine weitere Veranstaltung zum Thema „Herausforderung Frontotemporale Demenz“ statt. Veranstalter sind wie im vergangenen Jahr das Demenzservicezentrum Köln, die Deutsche Alzheimergesellschaft und das Dialog- und Transferzentrum Demenz. Nähere Informationen zum Programm und zur Anmeldung erhalten Sie in Kürze bei den Veranstaltern ([dialogzentrum@uni-wh.de](mailto:dialogzentrum@uni-wh.de); 02302-926306 Fr. Kuhr)

### **Hinweis**

#### Pressemitteilung:

Leuchtturmprojekt „Barrierefreier Zugang zu e-Leitlinien und Wissenstransfer für Ärzte, Pflegende, Angehörige und Betroffene“ [www.demenz-leitlinie.de](http://www.demenz-leitlinie.de)

Es gibt etwa eine Million deutschsprachige Internetseiten zum Thema Demenz – und trotzdem fehlt die Seite, die verständlich und übersichtlich Angehörige, Pflegekräfte und Ärzte/Ärztinnen auf höchstem wissenschaftlichen Niveau informiert.

„[www.demenz-leitlinie.de](http://www.demenz-leitlinie.de) - Barrierefreier Zugang zu e-Leitlinien und Wissenstransfer für Ärzte, Pflegende, Angehörige und Betroffene“ ist eine Internetseite, die im Rahmen eines vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) von 2008 bis 2010 geförderten „Leuchtturmprojekts“ durch das Universitätsklinikum Freiburg in Zusammenarbeit mit der Deutschen Alzheimer Gesellschaft und weiteren Partnern entwickelt wurde.

Primäre Zielsetzung dieser Internetseite ist es, evidenzbasierte (wissenschaftlich fundierte) Empfehlungen zu Diagnostik und Behandlung von demenziellen Erkrankungen sowie Hil-

fen im Umgang mit Demenzpatienten und Demenzpatientinnen zur Verfügung zu stellen. Auf diese Weise soll die Versorgung der erkrankten Menschen verbessert, die Kooperation von Angehörigen, Pflegenden und Ärzten/Ärztinnen gefördert und alle Beteiligten im Umgang mit den Krankheitsbelastungen unterstützt werden.

Viel Freude beim Lesen wünscht

Ihr Team des  
Dialogzentrums Demenz

Stefan Juchems  
Claudia Kuhr  
Christian Müller-Hergl  
Nicole Ruppert  
Detlef Rüsing

## **Forschungsmonitoring 1/2010**

### **Dialog- und Transferzentrum Demenz (DZD)**

**März 2010**

## Inhaltsverzeichnis

|  |    |
|--|----|
| Editorial .....  | 9  |
| 1. Beziehungsqualität wirkt sich auf Wohlbefinden der PA und die Qualität der häuslichen Pflege aus .....                                      | 13 |
| 2. Die Beziehungsqualität vor der Demenz bestimmt die Qualität der Pflegebeziehung .....   | 15 |
| 3. Pflegende Angehörige (PA) benötigen den Austausch, um sich den Veränderungen in der Beziehung anzupassen .....                              | 17 |
| 4. Titel: Soziale Unterstützung und Selbstwirksamkeit beugen der Depressivität Pflegender Angehöriger vor .....                                | 19 |
| 5. Das Belastungserleben von Angehörigen unterscheidet sich nicht in Bezug auf die Wohnform von Menschen mit Demenz.....                       | 20 |
| 6. Männer erleben die mit Pflege verbundenen Belastungen anders als Frauen .....   | 22 |
| 7. Sich Erinnern, Familienbesuche und Musik sind die wichtigsten Aktivitäten aus Sicht der BewohnerInnen.....                                  | 24 |
| 8. Erinnerungsspiel für Menschen mit Demenz und deren Angehörige zeigt positive Effekte.....   | 26 |
| 9. Kreatives Erinnern zeigt positive Wirkungen.....  | 27 |
| 10. Museumsbesuche verbessern Verhalten .....  | 28 |
| 11. Musik wirkt sich positiv auf agitiertes Verhalten (Unruhe) aus.....  | 30 |
| 12. Auswirkungen des Fernsehens auf Menschen mit Demenz.....   | 31 |
| 13. Simulierte Präsenztherapie (SPT) kann herausfordernde Verhaltensweise im geringen Umfang positiv beeinflussen .....                        | 33 |
| 14. Individualisierte und vielschichtige Interventionen bei reduziertem Einsatz von Psychopharmaka reduzieren herausforderndes Verhalten ..... | 34 |
| 15. Sensorische Interventionen wirken sich positiv auf agitiertes Verhalten aus.....   | 36 |
| 16. Interpersonelle Beziehungen erklären den Diebstahlswahn.....   | 37 |
| 17. Gerade Flure erleichtern Orientierung .....  | 38 |
| 18. Hausärzte sind nur wenig bereit, trotz Unterstützung Alltagsprobleme der PA in der häuslichen Pflege zu beraten.....                       | 40 |
| 19. Gesundheitsförderung in der Demenz-Frühphase. Die Evaluation eines 12 Wochenkurses (USA) – Promoting Health in Early-Stage Dementia.....   | 42 |



### Editorial

Liebe Interessierte,

vor Ihnen liegt das aktuelle „Forschungsmonitoring“ des DZD. Insgesamt werden in dieser Ausgabe 19 internationale Studien besprochen, welche für die Versorgung von Menschen mit Demenz von Bedeutung sind. Natürlich sind in den letzten Monaten erheblich mehr Studien erschienen; die vorliegende Auswahl haben wir getroffen.

Trotz aller Sorgfalt unsererseits: Die vorliegenden Besprechungen umfassen nur einen Bruchteil des jeweiligen Studienartikels. Wir haben uns bemüht, die jeweils wichtigsten Punkte und Ergebnisse in nicht wissenschaftlicher Sprache zusammenzufassen. Eine solche Zusammenfassung kann nur einen ersten Eindruck hinsichtlich Relevanz und Umsetzbarkeit in die eigene Praxis geben und ersetzt bei ernsthafter weiterer Auseinandersetzung mit dem Thema nicht die Beschäftigung mit dem Originalartikel.

Auch in dieser Ausgabe finden Sie – nun als Extradokument – ein Glossar von Begriffen aus der Wissenschaft, die wir gesondert erklärt haben. Immer dann, wenn es sich um einen im Glossar erklärten Begriff handelt, ist dieser mit einem Symbol gekennzeichnet (► Glossar).

Unsere ausgewählten Artikel beschäftigen sich dieses Mal mit den Schwerpunkten „Pflegerische Angehörige (PA)“, nicht-medikamentöse Interventionen (z.B. bei herausforderndem Verhalten) und dem Versorgungssystem selbst.

**Zum Schwerpunkt „pflegende Angehörige“** zählen zwei Literaturstudien zum Thema „Beziehung“ sowie zwei empirische Untersuchungen zur Bedeutsamkeit sozialer Unterstützung. Zwei weitere Studien äußern sich zu Auswirkungen des Hausgemeinschaftsmodells auf PA sowie zum Belastungserleben pflegender Ehemänner.

Beide Literaturstudien (1; 2) kommen zu sehr ähnlichen, einander ergänzenden Schlussfolgerungen. Eine gute Beziehung vor der Erkrankung wirkt sich für die Pflege erleichternd aus. Hierbei wird auf die „equity-theory“ in Paarbeziehungen Bezug genommen, nach der ein Ungleichgewicht in einer Beziehung bzw. mangelnde Wechselseitigkeit (Reziprozität) sich bei Belastungen negativ auswirkt. So nimmt z.B. im Falle der Verschlechterung der Beziehungsqualität die Depressivität auf beiden Seiten zu. Weist die Beziehung vor der Erkrankung aber Merkmale der Enge oder des Anklammerns auf, dann ist eine eher schlechte Pflegebeziehung zu erwarten. Beide Autorenteam betonen die Notwendigkeit, über das Stadium von Einzelstudien hinaus zu Theoriebildungen zu kommen, die Vorhersagen über das wahrscheinliche Gelingen oder Scheitern einer familiären Pflegebeziehung erlaubt.

Zwei Studien untersuchen die Bedeutsamkeit sozialer Unterstützung (3; 4): Am Anfang der Pflegebeziehung und bei eher leichter Demenz des Partners sind PA mehr mit sich und ihrer Rolle beschäftigt. Je länger die Pflegebeziehung dauert, desto geringer werden die Rollenprobleme und desto mehr setzen sich die PA mit der Erkrankung und den alltäglichen Belastungen auseinander. Jemanden zur Seite zu haben, mit dem man sich über die Veränderungen intensiv austauschen kann, erleichtert die Anpassungsprozesse an die Rolle erheblich. Insgesamt bewirkt soziale Unterstützung, dass PA sich eher Hilfe holen und mit dem Verhalten des Partners besser zu recht kommen. Beides hat zur Folge, quälende Gedanken und Depressivität zu reduzieren und das Gefühl zu entwickeln, die Aufgabe bewältigen zu können (Selbstwirksamkeitsüberzeugungen).

Große Hoffnungen wurden weltweit an Varianten des Hausgemeinschaftsmodells für die Qualität aller Beteiligten gehegt. Zumindest für PA wirkt sich dieses Modell nicht stressmindernd aus – im Vergleich zu stationären Einrichtungen mit einer vergleichsweise hohen Versorgungsqualität (5). Allerdings konnte die Studie belegen, dass Klienten und Angehörige in beiden Versorgungsformen Unterschiede aufweisen.

Wie schon im letzten Newsletter berichtet, bestätigt eine weitere Studie, dass männliche PA weniger hohes Belastungserleben aufweisen als weibliche PA (6). Hierbei lässt aufmerken, dass männliche PA mit einem emotionsfokussiertem Bewältigungsstil (Coping) ein ähnliches Niveau von Belastung aufweisen wie Frauen. Am zufriedensten sind Männer mit einer guten sozialen Einbindung, einer besseren Gesundheit und einem eher problemfokussierten Bewältigungsstil. – Die Autoren bemängeln, dass bislang das geschlechtliche Selbstverständnis (Genderidentität) wenig auf seine Zusammenhänge mit dem Belastungserleben untersucht wurde.

**Zum Thema „Interventionen für Menschen mit Demenz“** werden Erkenntnisse berichtet zu Themen wie Erinnerungsarbeit, kreativen Museumsbesuchen, Einsatz von Musik, Effekte beim Fernsehen, zu sinnvollen Tätigkeiten und simulierter Präsenz, zur Effektsteigerung von Interventionen für herausforderndes Verhalten, zum Wissen über Effekte nicht-pharmakologischer Möglichkeiten, zum Diebstahlswahn sowie zur Architektur für Menschen mit Demenz. In vielen dieser Studien nimmt die Frage nach den Auswirkungen auf herausforderndes Verhalten einen wichtigen Platz ein.

Sich erinnern, Familienbesuche und Musik sind aus Sicht von Menschen mit Demenz sinnvolle Aktivitäten im Heim. Sozialen Aktivitäten, die vom Heim organisiert werden, werden zwar von Professionell Pflegenden (PP) und PA eine hohe Bedeutsamkeit zugewiesen, Menschen mit Demenz aber erwähnen diese Aktivitäten noch nicht einmal (7). Während die BewohnerInnen die Monotonie der Tage und den Mangel an Motivation und Antrieb beklagen, machen PP und PA eher den Personalmangel für mangelnde Anregung und für das Fehlen von sinnvollen Aktivitäten verantwortlich. Es lässt aufmerken, dass es PP sehr schwer fällt, im Kontext des Heims sinnvolle Aktivitäten für Menschen mit Demenz zu entwickeln. Während PP und PA die Bedeutsamkeit gesundheitsbezogener Aktivitäten betonen (Gymnastik), meinen die meisten BewohnerInnen, dazu wenig Lust zu haben. – Die Studie trägt dazu bei, sich der Unterschiede in den Perspektiven von PP/PA und Menschen mit Demenz bezüglich Lebensqualität bewusst zu werden. Entsprechend müssen Instrumente, die Lebensqualität primär aus Quellen der PP und PA erschließen, durch Zugänge ergänzt werden, welche die betroffenen Personen selbst zur Sprache kommen lassen.

Zwei Arbeiten widmen sich dem Erinnern: Ein individuell an die TeilnehmerInnen angepasstes Erinnerungsspiel (8) erleichtert die Kommunikation zwischen PA und Menschen mit Demenz und trägt zur Erhöhung der Besuchshäufigkeit bei (nicht unwichtig, wenn diese ganz wesentlich Lebensqualität auszumachen scheint). – Erinnerungen sind häufig eine Quelle negativer Empfindungen; vorliegende Studie (9) untersucht Hilfestellungen, positive Erinnerungen gezielt zu suchen und in den Vordergrund zu stellen (niederländisches Programm: Suche nach Lebenssinn). Es werden eher milde Effekte berichtet. Je größer die begleitende Depressivität, desto geringer die Wirkung.

Gut vorbereitete Museumsbesuche von Menschen mit Demenz (10) kommen bei diesen gut an und tragen zu einer verbesserten Stimmung und Interesse an der Umgebung kurzfristig bei. Man tut es „für den Moment“, aber eben dieser zählt. Insgesamt bestätigt die Studie die bekannte Erkenntnis, dass Selbstständigkeit fördernde Kontexte auch Selbstständigkeit stützende Kompetenzen nach sich ziehen bzw. wieder aktuell werden lassen.

Je individueller die Musik auf den Einzelnen abgestimmt wird, desto größer ist die Abschwächung von Unruhe (11): 2x wöchentlich 30 Minuten individuell abgestimmte Musik trägt deutlich zur Reduktion von Agitiertheit bei.

Der Einsatz des Fernsehers in der „Betreuung“ ist allen wohlbekannt. Vorgestellte Studie fasst das Wissen zu diesem Thema zusammen (12): gleich welche Sendung, das häufigste Verhalten beim Fernsehen ist das Dösen, gefolgt von geringem Interesse. Immerhin: beim Fernsehen konnte kaum negatives Verhalten (gemeint sind herausfordernde Verhaltensweisen) beobachtet werden. Allerdings äußern viele Studien den Verdacht, Fernsehen halte von anderen, möglicherweise sinnvollen oder gesundheitsfördernden Aktivitäten ab. Am besten kommen Sendungen mit langsamer Bildfolge unter Verzicht übermäßiger Cuts an. Insgesamt wird Fernsehen als Intervention mit sehr geringem Effekt eingeschätzt.

Eine möglicherweise mehr individualisierte Form des Fernsehens stellt die simulierte Präsenztherapie (SPT) dar (13). Auf Audio- oder Videoträgern können Menschen mit Demenz die Stimmen ihrer Angehörigen vernehmen bzw. Bildnachrichten der Angehörigen verfolgen. Die Effekte sind eher mäßig und lassen nach einiger Zeit deutlich nach, Placebobänder (mit beliebig anderen grüssenden Personen) haben fast denselben Effekt. Herausfordernde Verhaltensweisen nehmen ein wenig ab. Insgesamt lautet das Urteil: reale Kontakte sind immer vorzuziehen.

Der Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen ist und bleibt ein zentrales Thema in der Pflege und Betreuung. Vorliegende australische Studie greift ein personenzentriertes Vorgehen aus Newcastle (England) auf und versucht die Frage zu beantworten, warum die Forschung bislang nur wenig zufrieden stellende Antworten hat geben können (14). Die vorgeschlagene Antwort liegt in der Natur quantitativer Forschung begründet: man wolle für ein „homogenes Syndrom“ (z.B. Rufen) eine „homogene Lösung“ (z.B. Musik) suchen. Dies aber setzt die Homogenität der Syndrome voraus, welche vorliegende Studie bezweifelt. Die vorgeschlagene Alternative besteht darin, jeden „Fall“ als nicht verallgemeinerbare Singularität zu betrachten, die einen je unterschiedlichen, fallspezifischen Mix von Maßnahmen erfordert. Ein Spezialistenteam recherchiert den Fall umfassend, beteiligt Pflegende und Angehörige an der Hypothesenbildung und entwickelt zusammen eine realistische, durchführbare Intervention. Die Studie kommt zu dem Schluss: Standardisierte Interventionen (z.B. Musik für alle, die rufen) sind wenig hilfreich. Es mache auch keinen Sinn mehr, in dieser Richtung zu forschen.

Gleichsam als Echo auf diesen Beitrag passt eine systematische Literaturanalyse nicht-pharmakologischer Maßnahmen bezüglich Menschen mit Demenz (15). Die sehr hoch angesetzten methodologischen Standards führen zu dem Ergebnis, dass nichts wirklich hilft. Nur einigen sensorischen Interventionen kann die Wirksamkeit nicht ganz abgesprochen werden.

Eine japanische Studie zum Diebstahlswahn bei Menschen mit Demenz kommt zu dem Ergebnis, dass Frauen und Menschen, die alleine leben, häufiger einen Diebstahlswahn entwickeln als Menschen, die in Familien leben und daher häufiger und zeitnahe eine Korrektur ihrer Vorstellungen erfahren (16). Diebstahlswahn müsse demnach im Kontext interpersoneller, insbesondere familiärer Beziehungen verstanden werden.

Eine letzte, empirische Studie – diesmal aus Deutschland – widerspricht gängigen fachlichen Urteilen bezüglich des Milieus: gerade Flure ohne Nischen ermöglichen die Orientierung von Menschen mit Demenz am besten. Immerhin: die Bedeutung der Wohnküche als zentrale Mitte im Leben wird bestätigt. Im Unterschied zu gängigen Hand- und Lehrbü-

chern werden klar definierte, geometrisch einfache Strukturen in der Architektur empfohlen. (17)

**Im dritten Themenschwerpunkt „Versorgungssysteme“** widmen sich die Studien der Kooperationsbereitschaft von Hausärzten und den Auswirkungen von Gesundheitserziehung für Menschen mit Demenz.

In der ersten Studie wird von dem Versuch berichtet, Hausärzten von (freiwillig-professionellen) Beratungsagenturen ausgefeilte Pflegepläne zukommen zu lassen mit der Bitte, diese in der Arbeit mit den Angehörigen weiter zu unterstützen (18). Die Ärzte maßen – trotz intensiver Vorbereitungen – diesen Arbeiten keine Bedeutung zu. Beratung, Pflege und Betreuung wird nicht als ärztliches Themenfeld angenommen.

Unterrichtet man Menschen mit Demenz in der Frühphase der Erkrankung über gesundheitsbezogene Themen (Ernährung, Bewegung), dann lassen sich positive Effekte im körperlichen und psychischen Wohlbefinden sowie im Gesundheitsverhalten beobachten (19). Die Studie ermutigt, in der Frühphase der Demenz präventive Strategien zu entwickeln und Betroffenen die Möglichkeit zu erschließen, trotz der Demenz eine relative gute Gesundheit zu genießen.

Wir wünschen Ihnen eine fruchtbare und angeregte Lektüre auch dann, wenn die Ergebnisse nicht Ihrem Wissen und Ihren Erfahrungen entsprechen. Über Rückmeldungen freuen wir uns immer. Falls Sie Hinweise auf wichtige Studienergebnisse haben, die uns entgangen sind, dann geben Sie uns dies weiter.

Ihr Team des Dialog- und Transferzentrum Demenz (DZD)

## **1. Beziehungsqualität wirkt sich auf Wohlbefinden der PA und die Qualität der häuslichen Pflege aus**

### **Ziel/Hintergrund:**

Vorliegende Literaturstudie aus dem Vereinigten Königreich untersucht vorhandene Literatur nach Wissen über den Einfluss, den die Pflege auf die Qualität der Beziehung zwischen Klient und PA ausübt. Zudem wird der Frage nachgegangen, welchen Einfluss die Beziehungsqualität auf das Wohlbefinden beider ausmacht.

### **Methode:**

Es werden die Suchstrategien, die Datenbanken mit Literaturen bis 2007 sowie die Einschlusskriterien beschrieben. 18 Studien konnten identifiziert werden, von denen 15 Studien näher untersucht wurden.

### **Resultate:**

Drei Studien untersuchen den Einfluss der Pflege auf die Beziehungsqualität. PA berichten durchgängig über geringere Wechselseitigkeit in der Beziehung und weniger gemeinsame erfreuliche Aktivitäten.

Sechs Studien untersuchen, ob PA eine Veränderung in der Beziehung berichten. Die Intimität verringert sich bei zunehmender Demenz und die Beziehung sowie Gefühle von liebevoller Verbundenheit vor Beginn der Demenz werden positiver beurteilt. PA beurteilen die Beziehungsqualität in der Ehe insgesamt in der Regel schlechter als Klienten mit Demenz.

PA berichten in der Regel von hoher Zufriedenheit in der Beziehung vor Beginn der Pflege. Je besser die Beziehung vor der Pflege eingeschätzt wird, desto geringer fällt das gegenwärtige Belastungserleben aus. Die Qualität der Beziehung vor der Pflege wirkt sich erkennbar auf den Umgang mit Veränderungen des Partners mit Demenz aus: der Umgang mit herausforderndem Verhalten und Kommunikationsproblemen fällt leichter. Umgekehrt gilt: Eine schlechte Beziehung vor Beginn der Pflege wirkt sich in eher schlechteren Ergebnissen der Pflegequalität aus.

Auch die Einschätzung der gegenwärtigen Beziehungsqualität hat Auswirkungen: je schlechter diese beurteilt wird, desto wahrscheinlicher sind depressive Symptome und Gewalt und umgekehrt: eine positive Bewertung geht mit besserer Gesundheit der PA, besserem Wohlbefinden und erfolgreichen, eher problemlösenden Bewältigungsstrategien einher.

Herausforderndes Verhalten und zunehmende Abhängigkeit verringern die Zufriedenheit in der Beziehung. Pflegende Partner weisen eher eine belastete Beziehung zur Person mit Demenz auf als pflegende Kinder: größere Nähe geht in der Regel mit höherer emotionaler Belastung und vorwegnehmender Trauer einher. Pflegende Partner, die nur einmal verheiratet waren, berichten von besserer Gesundheit, höherer Lebensqualität, weniger Depressivität und mehr sozialen Kontakten als PA, die mehrfach geheiratet haben. PA mit Depression schätzen die Beziehung in der Regel eher negativ ein.

### **Schlussfolgerungen:**

Die Studien belegen eindrucksvoll, dass die Beziehungsqualität sich auf das Wohlbefinden der PA und auf die Qualität der Pflege auswirken. Die Studien unterstützen insgesamt die „Equity-Theorie“, nach der sich ein Ungleichgewicht in der Beziehung in vermehrter Belastung auswirken kann.

Die Autoren ziehen qualitative Studien hinzu, um den Einfluss der Beziehungsqualität auf die Pflege zu vertiefen. Einige PA entwickeln parallel zur Pflege neue Partneridentitäten, welche den Rückzug des Partners mit Demenz von wesentlichen Aktivitäten natürlich erscheinen lassen; andere lassen den Partner eher als großes Kind erscheinen, wiederum andere tragen dafür Sorge, dass Leistungen und Persönlichkeit vor Beginn der Demenz

Freunden, Bekannten und der Familie erinnerlich bleiben. Verschiedene Studien, welche die Folgen der Rollenumkehr erforschten, finden Erwähnung.

Insgesamt resümieren die Autoren, dass es bislang an Theorien fehlt, welche die Veränderungsprozesse von einer Partner- zu einer Pflegebeziehung beschreiben helfen. Die Studien legen nahe, dass sowohl Geschlecht wie auch der Unterschied von Partner- und Kinderpflege eine bedeutsame Rolle spielen.

**Quelle: Quinn C, Clare L, Woods B (2009) The impact of the quality of relationship on the experiences and wellbeing of caregivers of people with dementia: A systematic review. Aging & Mental Health 13(2) 143-154**

## 2. Die Beziehungsqualität vor der Demenz bestimmt die Qualität der Pflegebeziehung

### Ziel/Hintergrund:

Nach einer Forschungsphase, in der zunächst PA und dann die Person mit Demenz im Zentrum der Aufmerksamkeit standen, wird zunehmend die Beziehung zwischen PA und Person mit Demenz fokussiert. (vgl. Monitor 7, Braun, M. et al., 2009) Vorliegende systematische Literaturstudie fasst Wissen zusammen zu folgenden Themen: 1. Wie wirkt sich Demenz auf die Beziehung aus? 2. Wie wirkt sich die bisherige Beziehung auf die Art und Weise aus, in der beide – PA und Person mit Demenz – die Erfahrung, mit Demenz zu leben, bewältigen? 3. Wie entwickeln sich Beziehungen im Kontext der Demenz – in der Zeit der Diagnose und beim weiteren Fortschreiten der Erkrankung?

### Methode:

Es werden Suchstrategie und Selektionskriterien beschrieben. Neben quantitativen Studien werden auch qualitative Untersuchungen berücksichtigt, so diese ein Modell zu bestätigen oder eine Theorie zu generieren versuchen.

### Resultate:

Von insgesamt 31 ausgewählten Studien berücksichtigen 14 die Frage 1 (Wirkung der Demenz auf die Beziehung), 16 die Frage 2 (Auswirkung der Beziehung auf die Bewältigung) und 6 die Frage 3 (Entwicklung von Beziehungen). Einige Studien berührten alle drei Fragen.

#### 1. Wie wirkt sich Demenz auf die Beziehung aus?

Nach Beginn der Erkrankung berichten PA überwiegend von abnehmender Beziehungsqualität bezüglich Intimität, Wechselseitigkeit, Kommunikation und Zufriedenheit. Einige PA berichten über mehr Verbundenheit, menschliche Nähe und wechselseitige Zuneigung. Das auf beiden Seiten weiter bestehende Bewusstsein von Gegen/Wechselseitigkeit – jeder hat dem anderen etwas zu geben – ist der wichtigste Faktor um zu empfehlen, die Person mit Demenz weiterhin häuslich zu versorgen.

#### 2. Wie wirkt sich die bisherige und gegenwärtige Beziehung auf die Bewältigung der Demenz aus?

Je geringer die gegenwärtige Beziehungsqualität eingeschätzt wird, desto gravierender fallen depressive Symptome bei PA aus. Aber auch: Je besser die gegenwärtige Beziehung von PA bewertet wird, desto besser fällt das Wohlbefinden der Person mit Demenz aus. Ähnliches gilt für die bisherige Beziehung: Je größer die Belastungen vor der Demenz, desto ausgeprägter die Depressivität und das Belastungserleben der PA und umgekehrt: gute bisherige Beziehungen wirken sich positiv auf die Pflegebeziehung aus, indem diese als belohnend, befriedigend bewertet wird und Herausforderungen eher durch einen lösungsorientierten Ansatz bewältigt werden.

#### 3. Wie entwickeln sich Beziehungen im Kontext Demenz?

Vier Entwicklungslinien im Beziehungsverlauf werden beschrieben. *Kontinuität*: Der PA versucht, die bisherige Identität der Person mit Demenz zu erhalten. Beide verstehen sich als Partner mit einem hohen Grad an Wechselseitigkeit. Dabei werden die Fähigkeiten Grenzen der Person mit Demenz oft übersehen oder unterschätzt. Dies wiederum kann bei endgültigem Sichtbarwerden der Defizite in einer großen Enttäuschung münden. *Ausgleich*: da in der Vergangenheit die Person mit Demenz erhebliches für den PA geleistet hat, wird die Pflege als gerechte Gegenleistung empfunden. PA versuchen, sich den beständig veränderten Fähigkeiten des Kranken anzupassen, eine Strategie, die sie vor Enttäuschungen und Motivationseinbrüchen eher schützt. *Abgrenzung*: Die

Person mit Demenz wird als zunehmend völlig fremd erlebt. Die radikale Abgrenzung hilft den PA, die Intensität der emotionalen Belastung zu bearbeiten. Die Gefahr besteht darin, den individuellen Bedürfnissen der kranken Person nicht zu entsprechen. *Pflicht*: Die Versorgung wird als moralische Pflicht in Kauf genommen. Die Wechselseitigkeit ist gering und die emotionale Verbundenheit verschwindet.

### **Schlussfolgerungen:**

Die Autoren schlagen einen theoretischen Rahmen vor, um das Verhältnis von Beziehung und Demenz zu verstehen. Danach bestimmt die Beziehung vor Beginn der Demenz die Entwicklung der Beziehung mit Demenz. Kann die Beziehungsqualität erhalten werden, dann zeigt sich das am Phänomen der Wechsel- oder Gegenseitigkeit. Verschlechtert sich die Beziehungsqualität, dann verringert sich das emotionale Wohlbefinden beider mit der Folge, dass die Pflegerolle negativ erfahren wird mit einhergehender, zunehmender Frustration und Rückzug.

Die Autoren bemängeln, dass in der bisherigen Forschung die Perspektive von Menschen mit Demenz nur selten zum Zuge kommt. Es werden Barrieren und Möglichkeiten erwogen, den konventionellen Stil des Interviews zu überwinden und dieses eher für die Person mit Demenz emotional bedeutsam zu gestalten. Weiterhin fordern die Autoren, nicht nur beziehungsrelevante Faktoren zu identifizieren, sondern an deren Interaktionen zu arbeiten, um die Theoriebildung voran zu bringen.

Als bedeutsam für die Praxis stellen sie heraus, dass nicht jede gute Beziehung notwendigerweise eine gute Pflegebeziehung vorhersagt: je enger die Beziehung, desto größer die mögliche Enttäuschung und Entfremdung. Für Pflegende sei es bedeutsam, sich der bisherigen Beziehungsgeschichte zu vergewissern um damit mögliche Stärken und Risiken zu antizipieren. Sowohl für die Person mit Demenz wie auch für den PA sind unterstützende Faktoren außerhalb der Beziehung wichtig, um die Beziehung selbst zu stabilisieren. Hier werden kombinierte Programme und kombinierte Interventionen diskutiert, die parallel und gemeinsam dem PA und der Person mit Demenz zugute kommen.

**Quelle: Ablitt A, Jones GV, Muers J (2009) Living with dementia: a systematic review of the influence of relationship factors. Aging & Mental Health 13(4) 497-511**



### **3. Pflegende Angehörige (PA) benötigen den Austausch, um sich den Veränderungen in der Beziehung anzupassen**

#### **Ziel/Hintergrund:**

Angehörige wachsen in die Rolle der Pflegenden hinein und sind in den frühen Phasen der Pflegebeziehung mehr mit den Veränderungen und Herausforderungen, welche die Rolle in ihrem Leben erzeugt, beschäftigt als mit der Erkrankung des Partners selbst. In späteren Phasen der Pflegebeziehung kehrt sich dies um. Vorliegende Forschungen legen nahe, dass sich

- das Wohlbefinden in der Rolle im Zeitverlauf sehr individuell verändert
- für einige die Pflegebeziehung auch mit positiven Erfahrungen verbunden ist
- die Eigenart der (prämorbid) Beziehung für die Pflegebeziehung von großer Wichtigkeit ist
- die Geschwindigkeit, mit welcher der PA sich anpassen und sich die Rolle aneignen muss, eine wichtige Rolle spielt
- die soziale Unterstützung sowie der Bewältigungsstil des PA für das Belastungserleben bedeutsam ist.

Wenig ist bislang über das subjektive Erleben dieser Rollen Anpassung bekannt. PA scheinen sich im Prozess der Erkrankung Wissen und Fähigkeiten sukzessive anzueignen und im Kontext der Herausforderungen an interpretativer Expertise zu gewinnen. – Vorliegende explorative Studie (► Glossar) untersucht die subjektiven Erfahrungen von pflegenden Partnern von Menschen mit Demenz im frühen Stadium.

#### **Methode:**

34 PA (Partner) von Menschen mit Demenz in Südengland wurden im Zusammenhang mit Kontakten zu Memory Kliniken gewonnen. (28 Frauen, 6 Männer) Die PA wurden im Rahmen eines halb-strukturierten Interviews befragt (►Glossar), die Interviews wurden verschriftlicht und phänomenologisch analysiert (IPA: Interpretative Phenomenological Analysis ►Glossar).

#### **Resultate:**

Folgende Hauptthemen konnten identifiziert werden:

1. Weiß nicht, was das ist: PA neigen dazu, den krankhaften Aspekt des Geschehens herunterzuspielen und die Veränderungen zu normalisieren. Zugleich merken sie an, dass der kranke Partner wenig Einsicht in die Probleme habe und sich über die daraus resultierenden Schwierigkeiten zu wenig Gedanken mache.
2. Veränderungen in der Beziehung: die zunehmende Abhängigkeit der Person mit Demenz verändert die Balance in der Beziehung. Aufgaben müssen vom PA übernommen werden (Rollenumkehrung), alle strukturierenden Aufgaben (Haushaltsorganisation) bleiben allein am PA hängen, der Partner mit Demenz wird als zunehmend vereinnahmend und „klebend“ erfahren.
3. Alle PA nehmen die Diagnose hin, versuchen, das Beste aus der Situation zu machen und entwickeln eine Strategie des Überlebens von „Tag zu Tag“. Jemanden zum Reden zu haben wird von allen als wesentlich wichtig erfahren. Fast alle PA vermeiden es, über die Zukunft nachzudenken. Einige konnten mit der Person mit Demenz darüber sprechen; diese aber empfanden dies als wenig angebracht und wehrten Gespräche dieser Art eher ab.
4. „Es segelt sich hier nur schwer (“it’s not all plain sailing“): Viele PA bekunden zunehmenden Ärger und Müdigkeit und gleichzeitig Schuldgefühle, wenn sie den Ärger am Partner ausgelassen haben. Sie machen sich Gedanken darüber, was ge-

schiebt, wenn sie selber nicht mehr können. Sie sehen ein, dass sie selbst stark sein müssen und die eigenen Gefühle nicht dem Partner eröffnen dürfen; dies aber fällt schwer mit Gefühlen von Trauer und Verlust .

**Schlussfolgerungen:**

PA bekunden erhebliche Belastungen, während sie sich der Rolle des Pflegenden anpassen. Sie versuchen den anderen und sich selbst in der veränderten Situation zu verstehen und ein neues Gleichgewicht zu finden. Oft mangelt es an genügend Information zur Erkrankung, d.h. unter anderem: sie können nicht nachvollziehen, warum der Partner verändert reagiert; ihnen ist oft nicht deutlich, was der kranke Partner noch versteht und wie seine Innenwelt aussieht. Beziehung und Lebensstil verändern sich allmählich in Richtung einseitiger Abhängigkeit. Jemandem zum Reden zu haben wurde als wesentliche Hilfe erfahren. Die Studie stellt heraus, wie schwierig es für PA ist, Demenz und das Leben mit Demenz in sich „nachzubauen“ und dazu eine neue, akzeptierende Haltung zu finden.

**Quelle: Quinn C, Clare L, Pearce A, van Dijkhuizen M (2008) The experience of providing care in the early stages of dementia: An interpretative phenomenological analysis. Aging & Mental Health 12(6) 769-778**

#### **4. Titel: Soziale Unterstützung und Selbstwirksamkeit beugen der Depressivität Pfle- gender Angehöriger vor**

##### **Ziel/Hintergrund:**

Es ist bekannt, dass die selbst eingeschätzte Selbstwirksamkeit (die Überzeugung der PA, die für die Herausforderung der Pflege nötigen Fertigkeiten und Fähigkeiten zu besitzen) und die soziale Unterstützung auf das Belastungserleben der PA (z.B. Depressivität) einwirken. Eine geringe soziale Unterstützung scheint dabei die Einschätzung der Selbstwirksamkeit negativ zu beeinflussen und umgekehrt: positive soziale Unterstützung nährt das Selbstvertrauen und damit die Einschätzung der Selbstwirksamkeit. (Vgl. Monitoring 5, Mausbach BT et al., 2007; Van Den Wijngaart MAG et al., 2007; 8, Durand, M. et al., 2009) Vorliegende Studie nimmt an, dass soziale Unterstützung positive Selbstwirksamkeitsüberzeugungen erzeugt. Selbstwirksamkeit bekommt damit die Rolle eines Mediators zwischen sozialer Unterstützung und Wohlbefinden der PA. (Mediator: mitursächlicher Faktor (B), der zwei andere Faktoren A und C auf einer gemeinsamen Ursachenkette verbindet) Dem Faktor Selbstwirksamkeit kommt hohe Bedeutung zu, da dieser Faktor Belastung, insbesondere Depressivität vorhersagt.

##### **Methode:**

134 PA von Menschen mit Demenz wurden im Rahmen von Konsultationen einer Memory Clinic in Hong Kong untersucht. Skalen werden beschrieben, welche die Abhängigkeit (ADL), emotionale und instrumentelle Unterstützung, Depressivität sowie Selbstwirksamkeit (drei Dimensionen: Bereitschaft Hilfe zu suchen, Fähigkeit mit herausforderndem Verhalten umzugehen, Fähigkeit quälende Gedanken abzuwehren) abbilden. Es werden Korrelationen untersucht zwischen Charakteristika der Personen mit Demenz, demographischen Variablen der PA, Unterstützung und Selbstwirksamkeit in Bezug auf Depressivität (dependente Variable ►Glossar).

##### **Resultate:**

PA mit einer durchschnittlichen bis hohen sozialen Unterstützung fühlten sich am kompetentesten bezüglich herausforderndem Verhalten, gefolgt von Umgang mit quälenden Gedanken und der Bereitschaft, sich Hilfe zu holen an letzter Stelle. Insgesamt korreliert soziale Unterstützung mit Depressivität. Eine vertiefte Analyse ergab, dass sich soziale Unterstützung primär auf die Selbstwirksamkeit bezüglich Hilfe (holen) und Verhalten (managen) auswirkt und indirekt auf den Umgang mit quälenden Gedanken (und damit auf Depressivität). Insgesamt konnte die Hypothese, dass soziale Unterstützung die Selbstwirksamkeits-einschätzung und letztere die Depressivität beeinflusst, bestätigt werden.

##### **Schlussfolgerungen:**

Selbstwirksamkeit stellt ein wichtiges Konzept dar, um Stress und Widerstandsfähigkeit bei Belastungen zu untersuchen und vorherzusagen. Insbesondere zeigt die Untersuchung auf, dass soziale Unterstützung den PA primär hilft, herausforderndes Verhalten zu bewältigen und Hilfe in Anspruch zu nehmen. Dies wiederum ist wirksam, um quälende Gedanken positiv zu beeinflussen. Dies ist von klinischer Relevanz, da eine positive Beeinflussung der Selbstwirksamkeit die Depressivität PA vermindern kann.

**Quelle: Au A, Lai M-K, Lau K-M, Pan P-C, Lam L, Thompson L, Gallagher-Thompson D (2009) Social Support and well-being in dementia family caregivers: The mediating role of self-efficacy. Aging & Mental Health 13(5) 761-768**

## 5. Das Belastungserleben von Angehörigen unterscheidet sich nicht in Bezug auf die Wohnform von Menschen mit Demenz

### Ziel/Hintergrund:

Es ist bekannt, dass das Belastungserleben von Pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz (PA) nach der Heimaufnahme eher sich wandelt als verschwindet. Trotz Abnahme von Rollenüberlastung und Pfl egetätigkeiten entwickeln sich neue Belastungsfaktoren bezüglich der Rolle als (nun besuchender) PA in Bezug auf die professionell Pflegenden.

Bislang liegen unterschiedliche Befunde bezüglich der Frage vor, ob gruppenbezogene Wohnformen (group living care: in etwa das Hausgemeinschaftsmodell = HGM) einen Unterschied bezüglich des Belastungserlebens machen. Vorliegende Forschung aus den Niederlanden untersucht, ob das Belastungserleben von PA im Rahmen des HGM sich signifikant vom Belastungserleben von PA im Rahmen eines modernen Pflegeheims unterscheidet. Es wird ein deutlicher Unterschied zugunsten der PA im Rahmen des HGM angenommen.

### Methode:

Es handelt sich um eine quasi-experimentelle Studie (►Glossar), die eine Interventionsgruppe (19 Einrichtungen mit insgesamt 56 Einheiten à 6 Bewohner) und eine Kontrollgruppe (7 Einrichtungen mit insgesamt 17 Wohnbereichen und einer durchschnittlichen Bewohneranzahl von 28) vergleicht (Psychogeriatrische Einrichtungen mit einem in den NL besonders ausgewiesenen Status). Die Interventions- und Kontrollgruppe bestand aus PAs, deren Angehörige mit Demenz neu in eine Einrichtung mit HGM bzw. ein Pflegeheim aufgenommen wurden. Es gab zwei Messungen: eine Erstuntersuchung nach Heimaufnahme/Einzug und eine Folgeuntersuchung nach sechs Monaten. – Es werden Instrumente beschrieben, die Psychopathologie, gefühlte Kompetenz in der Rolle sowie Belastungserleben abbilden (insgesamt vom PA auszufüllende Fragebögen).

Bei den Einrichtungen der Kontrollgruppe handelt es sich um die „besten“ Einrichtungen bezogen auf die niederländischen Regelungen zum Bau und Betrieb von stationären Einrichtungen von 1997. Nur 14 von 350 Einrichtungen wiesen diese Merkmale auf; davon entschieden sich 7 Einrichtungen zur Teilnahme.

### Resultate:

79 PA der Interventions- und 131 der Kontrollgruppe konnten bei der Erst-, 67 respektive 97 bei der Nachfolgeuntersuchung befragt werden.

In der Erstuntersuchung fiel auf: PA der Interventionsgruppe waren jünger und eher weiblichen Geschlechts als in der Kontrollgruppe. Der psychische Stress der PA in der Interventionsgruppe war größer, die selbsteingeschätzte Kompetenz in der Pflege geringer als in der Kontrollgruppe. Personen mit Demenz in der Interventionsgruppe waren eher jünger, eher weiblichen Geschlechts, wiesen einen etwas besseren kognitiven Status auf und benötigten weniger Hilfe bei den Aktivitäten des täglichen Lebens als Personen, die in ein Heim einzogen.

In der Nachfolgeuntersuchung konnte zwischen beiden Gruppen kein Unterschied in der Psychopathologie der PA festgestellt werden. Berücksichtigt man die Erstuntersuchung als Vergleich (adjustment to baseline levels), so zeichnete sich eine geringfügig niedrigere Psychopathologie in der Interventionsgruppe ab. Bezüglich der Kompetenz in der Pflege und des Belastungserlebens ergab sich kein Unterschied.

### Schlussfolgerungen:

Die Hypothese, dass PA von Bewohnern im HGM nach sechs Monaten weniger Belastungserleben empfinden, konnte nicht bestätigt werden. Beide Gruppen bekundeten

ein kaum unterschiedliches Niveau an empfundener Pflegekompetenz und Belastung. Das Leben von Menschen mit Demenz im HGM wirkt sich damit nicht stressmindernd auf PA aus. Die Autoren weisen darauf hin, dass sie HGM nicht mit beliebigen, sondern mit „modernen und besten“ stationären Einrichtungen verglichen haben.

Alternativ bieten die Autoren folgende Hypothese an: in beiden Gruppen habe sich Psychopathologie und Belastungserleben verringert: dieser generelle Effekt maskiere u. U. Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Daher müsste man Unterschiede in Langzeitstudien untersuchen.

Die höheren Ausgangswerte bei den PA von Bewohnern im HGM erklären sich die Autoren mit einer möglicherweise höheren emotionalen Anteilnahme, mit einer ausgeprägteren Sorgehaltung und mit einer höheren Erschöpfung vor und während der Heimaufnahme / des Einzugs.

Immerhin wiesen dennoch die PA beider Gruppen nach sechs Monaten zu 70% eine erkennbare Psychopathologie aus, welche die anhaltende Belastung in der Rolle des PA eines Menschen mit Demenz kennzeichnet.

**Quelle: Boekhorst S, Pot AM, Depla M, Smit D, de Lange J, Eefsting J (2008) Group living homes for older people with dementia: The effects on psychological distress of informal caregivers. Aging & Mental Health 12(6) 761-768**

## 6. Männer erleben die mit Pflege verbundenen Belastungen anders als Frauen

### Ziel/Hintergrund:

In Großbritannien und anderen Ländern übernehmen Männer in zunehmendem Maße die häusliche Pflege, in der Gruppe von Pflegenden Angehörigen über 65 überwiegt bereits die Anzahl pflegender Ehemänner (vgl. Monitor 7, Cooper, C. et al., 2009). Bislang liegen über diese Gruppe eher spärliche Befunde vor: Ehemänner (nicht Söhne) scheinen mehr Zeit in der Pflege zu verbringen, greifen weniger auf ambulante Dienste zurück, sind darauf bedacht, von anderen als kompetent Pflegenden eingeschätzt zu werden; ihnen werden eher problemlösende (im Unterschied zu emotionsfokussierten) Umgangsweisen mit Stress nachgesagt. Subjektive Stressoren (Rollenüberlastung, Rollengefangenschaft) stehen bei pflegenden Ehemännern allerdings in gleicher Weise im Vordergrund wie bei Frauen und der Anteil an „femininen Eigenschaften“ wirkt sich auf die psychologische Belastung nicht erkennbar aus. – Vorliegende Studie versucht, vorhandenes Wissen über pflegende Männer von Menschen mit Demenz zusammenzufassen.

### Methode:

Systematische Literaturstudie: die Suchstrategie und die Schlüsselbegriffe werden beschrieben. 61 Artikel konnten identifiziert werden.

### Resultate:

Vorliegende Gender-Studien (►Glossar) kommen insgesamt zu dem Ergebnis, dass pflegende Männer weniger Belastung erleben als pflegende Frauen und dass Frauen mehr externe Dienste in Anspruch nehmen. Einige Studien widersprechen diesem Befund: das Ausmaß der Belastung hat mehr mit der Coping-Strategie zu tun als mit dem Geschlecht: Männer, die emotions-fokussierte Coping-Strategien verwenden, erleben genauso viel Stress wie Frauen.

Die meisten nur auf Männer bezogenen Studien weisen Gelegenheits-/ Zufallsstichproben (►Glossar) auf, unterscheiden oft nicht zwischen Ehemännern und Söhnen und weisen kleine Fallzahlen auf. Eine auf pflegende Ehemänner und deren Zufriedenheit in der Pflegerolle bezogene Studie wies folgende Resultate aus: am zufriedensten sind Ehemänner, die weniger gut gebildet sind, eine gute soziale Einbindung und eine bessere Gesundheit aufweisen, problemlösende Coping-Strategien verwenden. Kommen die Ehefrauen ins Heim, nimmt das Belastungserleben von Ehemännern eher zu. Insgesamt aber bewältigen sie den damit verbundenen Stress gut.

### Schlussfolgerungen:

Die vorliegende Literatur lässt darauf schließen, dass Männer die aus der Pflege resultierende Belastung anderes erleben als Frauen. Drei Schlussfolgerungen für weitere Studien werden gezogen:

1. Unterschiedliche Einschätzungen der Belastungen von Männern und Frauen können davon abhängen, wie die Personen ihre geschlechtliche Identität und Rolle selber definieren. Ohne Berücksichtigung dieser Genderidentität bleiben Prozesse ungeklärt, die Belastung und Bewältigung beeinflussen können.
2. Die Verwendung unterschiedlicher Theorien und Assessments zur Einschätzung von Belastung und Bewältigung macht den Vergleich vorliegender Studien schwierig. Viele Studien beziehen sich nicht auf ein psychologisches Stressmodell und tragen damit nicht zur Theoriebildung bei. In vorliegendem Fall wären die Begriffe „männliche Genderidentität“ und „männliche Genderrolle“ möglicherweise Konstrukte, die bestimmte Gedanken, Gefühle, Verhaltensweisen als Moderatoren oder Mediatoren (►Glossar) für Belastungserleben von Männern ausweisen könnten.

3. Männer und Frauen tendieren dazu, in Befragungen für ihr „Gender“ stereotypische Antworten zu geben (Männer stellen sich stolz über die Leistung in der Pflege dar, Frauen beschreiben ihre Betroffenheit). Möglichkeiten werden diskutiert, diese erwartbaren Antworten zu hintergehen.

**Quelle: Baker KL, Robertson N (2008) Coping with caring for someone with dementia: Reviewing the literature about men. Aging & Mental Health 12(4) 413-422**

## **7. Sich Erinnern, Familienbesuche und Musik sind die wichtigsten Aktivitäten aus Sicht der BewohnerInnen**

### **Ziel/Hintergrund:**

Es ist wenig darüber bekannt, was Menschen mit Demenz im Heim selber für sinnvolle Tätigkeit halten. Es gibt einschlägige Hinweise, die einen Zusammenhang zwischen psychischem Wohlbefinden und sinnvoller Tätigkeit nahe legen. Bisherige Forschung weist darauf hin, dass Klienten sich eher vorgefundene „Angebote“ fügen, dass die dabei erfahrene personenbezogene Aufmerksamkeit sowie das Ausmaß der dabei geförderten Autonomie (Wahlfreiheit, Einwirkungsmöglichkeit) eher gering sind. Pflegenotwendigkeiten haben Vorrang vor sinnvollen Tätigkeiten, die eher den Charakter des „Luxuriösen“ annehmen. In diesem Zusammenhang wird immer wieder die Bedeutung der Einrichtungskultur sowie der Haltung der leitenden Personen unterstrichen. – Vorliegende Studie untersucht, was sinnvolle Tätigkeit/Aktivität für Mitarbeiter, Angehörige und BewohnerInnen bedeutet.

### **Methode:**

Personen aus drei Einrichtungen in London wurden gewonnen. In den jeweiligen Gruppen (Pfleger n=15, Angehörige n=8, Menschen mit Demenz n=17) wurden Fokusinterviews anhand vorgegebener Themen und Fragen durchgeführt. Interviews wurden transkribiert und qualitativ analysiert (►Glossar).

### **Resultate:**

Vier wichtige Aktivitätsthemen wurden von den BewohnerInnen identifiziert (1. Erinnern, 2. Familie und Soziales, 3. Musik, 4. Individuelles) und zwei weitere Themen benannt (5. Mangel an sinnvoller Aktivität, 6. was Aktivitäten sinnvoll macht).

1. Alle Gruppen waren sich über die Bedeutung des Erinnerns einig. Unklar blieb, warum Erinnern so wichtig ist und Sorgen kamen auf, über das Erinnern das Hier und Jetzt aus dem Blick zu verlieren.
2. Familienbesuch zu erhalten, ist für die BewohnerInnen von höchster Bedeutung auch dann, wenn bei dieser Gelegenheit wenig gesagt wird. Bei anderen Besuchen und Beziehungen ist die Qualität der Begegnung entscheidend. Sozialen Aktivitäten, gerade die vom Heim organisierten (Feste, Ausflüge), wurden seitens der Angehörigen und der Mitarbeiter deutlich mehr Bedeutung zugemessen als seitens der Bewohner; letztere fanden diese Aktivitäten nicht einmal erwähnenswert.
3. Musik und besonders das Singen fand eine positive Würdigung von allen Seiten. Als dies Thema in der Fokusgruppe der BewohnerInnen thematisiert wurde, fingen diese an, spontan zu singen. Auch Mitarbeiter waren sich der Bedeutung der Musik bewusst, Angehörige dagegen maßen dieser Aktivität geringe Bedeutung zu.
4. BewohnerInnen erwähnten in dieser Kategorie Lesen, Fernsehen, Spaziergänge, Puzzeln etc., Angehörige und Mitarbeiter betonten dagegen die Bedeutung der Bewegung im Sinne der Gymnastik.
5. Bewohner benannten hier den Mangel an Gelegenheit und Motivation, Angehörige und Mitarbeiter eher den Personalmangel. Bewohner beklagten die Monotonie und wünschten sich, woanders zu sein. Mitarbeiter betonten die Notwendigkeit von Spaziergängen, die sie aber aufgrund von Personalmangel nicht durchführen könnten. Insgesamt schien es den Mitarbeitern an Möglichkeiten zu fehlen, sinnvolle Aktivitäten zu identifizieren und zu implementieren.
6. Freude, Vergnügen, aber auch Werte, Überzeugungen und geprägte Rollen und Routinen sowie die Möglichkeit, ein- und mitzuwirken, machen Aktivitäten für Bewohner sinnvoll. Diese betonten aber auch die Bedeutsamkeit alltäglicher Freundlichkeit und eines rudimentären Einfühlungsvermögens. – Mitarbeiter maßen der



physischen Pflege eine höhere Bedeutsamkeit zu als sinnvollen Tätigkeiten, betonten die Bedeutung organisierter Aktivitäten und hoben solche Aktivitäten hervor, die einen „gesundheitlichen Mehrwert“ besitzen. Tendenziell schlossen sich Angehörige den Auffassungen der Mitarbeiter an.

### **Schlussfolgerungen:**

Hinter dem Thema Erinnerung verbirgt sich bei Bewohnern und Angehörigen oft das Thema Trauer und Abschied. Erinnern scheint integritätsunterstützende Funktion zu haben. Auffallend sind die Unterschiede bezüglich der Bewertung sozialer Aktivität: Bewohner werten den Angehörigenbesuch am höchsten ein, für Angehörige und Mitarbeiter besitzt die organisierte Aktivität der Einrichtung die höchste Wertigkeit. Während zum Thema Musik die größten Übereinstimmungen zu verzeichnen waren, fällt bei den individuellen Aktivitäten bei Angehörigen und Mitarbeitern deren Funktionalisierung auf. Hier wurde eher in den Blick genommen, was die Bewohner nicht mehr können (und wieder können sollten!) als dasjenige, was sie noch gut können und gerne tun.

Alle Gruppen beklagten den Mangel an sinnvollen Tätigkeiten und machten organisationale Faktoren dafür verantwortlich (Personalmangel, Haltung, Wissen, Vernachlässigung der psychosozialen Perspektive). Angehörigen und Mitarbeitern entging es in der Regel, dass es für Bewohner wichtig ist, etwas Nützliches zu tun, auf das Hier und Jetzt einzuwirken und nicht nur „bespaßt“ zu werden.

Abschließend urteilen die Autoren: Der Hauptfaktor für sinnvolle Tätigkeit scheint die Fähigkeit der Pflegenden und Angehörigen zu sein, die subjektive Welt und Wahrnehmung von Menschen mit Demenz verstehen, einfühlen zu können sowie die Sensibilität und die Fähigkeit mitzubringen, die Umgebung so anzupassen, dass sich für Bewohner mehr günstige Gelegenheiten für das Tätigsein auftun.

**Quelle: Harmer B, Orrell M (2008) What is meaningful activity for people with dementia living in care homes? A comparison of the views of older people with dementia, staff and family carers. Aging & Mental Health 12(5) 548-558**

## **8. Erinnerungsspiel für Menschen mit Demenz und deren Angehörige zeigt positive Effekte**

### **Ziel/Hintergrund:**

Probleme und Störungen sind in der Forschung bezüglich Personen mit Demenz sehr viel mehr im Fokus der Aufmerksamkeit als Stärken und Möglichkeiten, mit Demenz zufrieden zu leben. Folgende Studie stellt ein Spiel vor, das speziell für Menschen mit Demenz entwickelt wurde mit dem Ziel, weniger den Wettbewerb, sondern gemeinsames, fehlerfreies Tun in den Mittelpunkt zu stellen.

Das Spiel „Making Memories Together“ (etwa: gemeinsam in Erinnerungen schwelgen) kann in einer Gruppe von Menschen mit Demenz auch unter Beteiligung der Angehörigen durchgeführt werden. Auf einem Spielbrett können Spielkarten zu folgenden Themen ausgespielt werden: Menschen, Tiere, Orte und besondere Ereignisse, besondere Objekte. Ein Würfel entscheidet, welche Karte ausgespielt wird. Die Karten werden im Voraus von MitarbeiterInnen und Angehörigen vorbereitet, zeigen z.B. auf der einen Seite ein bekanntes Gesicht, auf der anderen besondere Fragen und Anregungen. Die Karte regt zum gemeinsamen Erinnern und Erzählen an, so dass alle Beteiligten sich längere Zeit mit einem Teilnehmenden beschäftigen. Dadurch gewinnen alle einen persönlicheren Bezug zueinander.

### **Methode:**

Es wird angenommen, dass das Spiel die Agitiertheit und Depressivität von Menschen mit Demenz vom Alzheimer Typ reduziert und positive Interaktion befördert. 33 Teilnehmende mit Demenz vom Alzheimer Typ von mittlerer bis schwerer Ausprägung wurden untersucht. Es handelt sich um eine Untersuchung ohne Vergleichsgruppe (single within-group design). Verglichen wurden ein normaler Familienbesuch (erste Kontrollbedingung), ein Familienbesuch unter Verwendung von Bildmaterialien aus dem Time-Magazin (2. Kontrollbedingung) und ein Familienbesuch unter Verwendung des Spiels „Making Memories Together“ von je 5 Minuten. Beide Kontroll-/Vergleichssituationen und die Intervention erfolgten nacheinander, um den Effekt unterschiedlicher Tagesverfassungen auszuschließen und wurden für spätere Analyse Zwecke gefilmt. Die Auswertung erfolgte anhand einer validierten Skala zur Einschätzung von Affekten sowie einer standardisierten Befragung der Angehörigen.

### **Resultate:**

Die Auswertung ergab signifikant höhere Anteile von Freude und Interesse und niedrigere Anteile von Trauer/Depressivität für die Intervention. Vergleichbare Affektwerte wiesen auch die beobachteten Familienangehörigen auf.

### **Schlussfolgerungen:**

Die Autoren betonen, dass das Spiel ohne großen Aufwand und Kosten und unter Beteiligung aller durchgeführt werden kann. Sowohl für Personen mit Demenz als auch für Angehörige konnten positive Effekte festgestellt werden. Die Autoren berichten, dass das Spiel in Einzelfällen die Besuchshäufigkeit der Angehörigen positiv beeinflusste.

**Quelle: Cohen GD, Firth KM, Biddle S, Lewis MJL, Simmens S (2009) The first therapeutic game specifically designed and evaluated for Alzheimer's Disease. American Journal of Alzheimer Disease and Other Dementias 23 (6) 540-551**

## 9. Kreatives Erinnern zeigt positive Wirkungen

### **Ziel/Hintergrund:**

Ältere Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zeigen oft eine große Unzufriedenheit mit ihrem Leben und Altwerden. Eine mögliche Ursache ist ein von Bitterkeit geprägter Rückblick auf die eigene Lebensgeschichte. Viele Evidenzen weisen darauf hin, dass Interventionen mit Erinnerungsarbeit, kombiniert mit kognitiver und Kunsttherapie mit dem Fokus auf positive Erinnerungen mittlere bis große positive Effekte aufweisen. Ohne Hilfestellung fällt es Betroffenen schwer, positive Erinnerungen aufzurufen.

Vorliegende Studie untersucht eine hoch strukturierte Intervention aus den Niederlanden „Suche nach dem Lebenssinn“. Im Kontext evidenzbasierter Forschung soll die Durchführbarkeit, Akzeptanz und die Wirkungen der Intervention untersucht werden. Zudem interessiert, welche Personengruppen von der Intervention profitieren und welche nicht (Wirksamkeitsvorhersage).

### **Methode:**

Es handelt sich um eine Untersuchung innerhalb einer Gruppe mit einem einfachen Vorher-Nachher-Untersuchungsdesign ohne Kontrollgruppe und Randomisierung (single within group design). Die Gruppenleiter wurden angehalten, Feldnotizen nach jeder Durchführung zu erstellen; Teilnehmende wurden interviewt. Das Projekt wurde 2006 in den Niederlanden mit 46 Teilnehmenden durchgeführt, die sich in Krankenhäusern oder Einrichtungen beschützten Wohnens aufhielten.

Die Intervention bestand aus 12 wöchentlichen 1 ½-stündigen Sitzungen. Jede Sitzung hat eine feste Struktur, bestehend aus Erinnerung, Dialog, kreativ-künstlerischem Gestalten. Jede Sitzung hatte ein vorgegebenes Thema (z.B. Häuser der Kindheit) und wurde von zwei Therapeuten geleitet.

### **Resultate:**

36 der Klienten (78%) schlossen den Kurs vollständig ab. 74% der Teilnehmenden äußerten sich zufrieden zum Programm. 70% berichteten von positiven Erinnerungen. 21% bekundeten, dass sie sich nicht gerne erinnern. Über die Hälfte (58%) konnten positive Effekte der Intervention benennen (über sich selbst positiver denken, mehr Selbstvertrauen, etwas veränderte Sicht auf die eigene Lebensgeschichte). 57% würden den Kurs weiter empfehlen.

Menschen mit psychotischen Symptomen äußerten sich etwas deutlicher positiv zum Kurs (79%) und konnten mehr positive Wirkungen benennen. Menschen mit depressiven Symptomen äußerten sich weniger positiv und konnten weniger positive Effekte benennen.

### **Schlussfolgerungen:**

Das einfache Untersuchungsdesign und die recht kleine Untersuchungsgruppe lassen keine weit reichenden Schlussfolgerungen zu. Das Fehlen einer Kontrollgruppe lässt offen, ob die Effekte der Intervention geschuldet sind oder nicht (und nicht etwa dem Faktor Zuwendung). Dennoch zeigt die Studie, dass das Programm durchführbar und akzeptabel für ältere Menschen mit psychischen Erkrankungen ist. Insgesamt zeigten sich die Teilnehmenden nach dem Kurs mit ihrem Leben etwas zufriedener als zuvor: große Effekte können nicht erwartet werden, da Lebenszufriedenheit von vielen oft wenig beeinflussbaren Faktoren abhängt. Trotz geringerer Effekte für Menschen mit Depression war die Erhöhung ihrer Lebenszufriedenheit nach der Intervention größer als die aller anderen Gruppen. Die Ergebnisse insgesamt rechtfertigen die nächste Stufe der Evidenzbasierung: eine Wirksamkeitsstudie mit Kontrollgruppe.

**Quelle: Willemse BM, Depla MFIA, Bohlmeijer ET (2009) A creative reminiscence program for older adults with severe mental disorders: Results of a pilot evaluation. Aging & Mental Health 13(5) 736-743**

## 10. Museumsbesuche verbessern Verhalten

### Ziel/Hintergrund:

Menschen mit Demenz fehlt es oft an sinnvoller Aktivität. Bedürfnisse nach Tätigsein bleiben unerfüllt und das Potential in dieser Hinsicht wird häufig unterschätzt mit der Folge von „überschießender Einschränkung“ (excess disability: die Person scheint abhängiger zu sein, als sie tatsächlich ist). Es ist bekannt, dass Menschen mit Demenz von den Pflegenden Angehörigen passiver und abhängiger wahrgenommen werden als sich die Klienten bspw. in der Tagespflege zeigen. – Vorliegende Interventionsstudie untersucht, ob Menschen mit Demenz an einer Tätigkeit teilnehmen können, die auf einer intellektuell und sensorisch deutlich anspruchsvolleren Ebene angesiedelt ist, als die üblichen Programme. Die untersuchte Tätigkeit betrifft die Auseinandersetzung mit Kunst im Rahmen eines strukturierten Museumsbesuches.

### Methode:

Sieben Personen mit Demenz, die zu Hause, und acht, die im Heim leben, nahmen an der australischen Studie teil. Sechs MitarbeiterInnen der National Gallery of Australia (NGA) wurden über Demenz informiert und fortgebildet. Diese MitarbeiterInnen regten mit der Gruppe über einen Zeitraum von sechs Wochen ein wöchentliches Gespräch über vier Kunstwerke an, die zuvor sorgfältig ausgewählt wurden. Die Sitzungen wurden gefilmt und von zwei Beobachtern in Hinblick auf Teilnehmeraktivitäten ausgewertet. Fokus Gruppen-Interviews (► Glossar) wurden nach Abschluss des Programms mit den Teilnehmenden, den MitarbeiterInnen der NGA und den PA durchgeführt und im Rahmen von Grounded Theory (► Glossar) ausgewertet.

### Resultate:

Teilnehmer aus beiden Gruppen wiesen verschiedene Formen herausfordernden Verhaltens an ihren Wohnorten auf, wie repetitives Fragen, Wahn, Vokalisierungen, Ablehnung der pflegerischen Versorgung. Insgesamt war dieses Verhalten bei Menschen im Heim etwas häufiger und ausgeprägter als in der häuslichen Versorgung. - Das gefilmte Verhalten wurde retrospektiv eingestuft als zurückgezogen, neutral, engagiert, sehr engagiert. Von Beginn an erwies sich das Verhalten der Gruppe insgesamt zu 84% als engagiert und sehr engagiert. Dieses hohe Maß an Engagement erhielt sich über alle beobachteten Sitzungen hinweg. – Im nachgehenden Interview bekundeten die Teilnehmer, die Gespräche hätten ihr Interesse an der Kunst vertieft; sie merkten an, dies sei etwas ganz anderes gewesen als das, was sie normalerweise in Gruppen erfahren würden und sie hätten das Gefühl, dadurch etwas gelernt zu haben und wie normale Menschen behandelt worden zu sein. Die Gespräche über die Kunstwerke habe sie auch angeregt, miteinander auf sinnvolle Weise in Kontakt zu kommen. – PA berichteten, andauernde Wirkungen könnten sie nicht verzeichnen: man mache dies für den Moment. Mitarbeiter der Pflegeeinrichtungen machten den enormen Aufwand deutlich, den der Transfer mit sich brachte. Auf der Rückfahrt hätten sich die Teilnehmer noch engagiert über den Tag unterhalten, in der Einrichtung aber nicht mehr.

### Schlussfolgerungen:

Über die Wochen hinweg konnte ein deutlicher Anstieg der sehr engagierten Teilnahme beobachtet werden. Teilnehmende äußerten sich überrascht darüber, was sie noch können und gelernt haben. Die Autoren stellen heraus, es sei bemerkenswert, wie anders sich die Teilnehmer während der Maßnahme und außerhalb der Maßnahme verhalten haben. Während der Museumsaktion zeigten sich die Teilnehmer fähiger und vom Affekt her positiver als zu Hause oder im Heim. Die Autoren schlussfolgern, dass Umstände, die Selbständigkeit fördern, auch Kompetenzen wieder sichtbar werden lassen, die unter häuslichen oder institutionellen Gegebenheiten eher verschwinden. Daher sei es wichtig, für Menschen mit

Demenz psychosoziale Interventionen außerhalb der heimischen Gegebenheiten zu implementieren – auch dann, wenn nicht mit bleibenden Effekten zu rechnen sei.

**Quelle: MacPherson S, Bird M, Anderson K, Davis T, Blair A (2009) An Art Gallery Program for people with dementia: ‚You do it for the moment‘. Aging & Mental Health 13(5) 744-752**

## **11. Musik wirkt sich positiv auf agitiertes Verhalten (Unruhe) aus**

### **Ziel/Hintergrund:**

Musik als therapeutisches oder beruhigendes Mittel wird im Demenzbereich bereits seit einigen Jahren und in unterschiedlichen Zusammenhängen genutzt. Eine Reihe von Studien konnte nahe legen, dass Musik auf das allgemeine Wohlbefinden einen positiven Effekt hat, gute Auswirkungen auf das Erinnerungsvermögen und die sozialen Interaktionen ermöglicht, aber auch der generellen Entspannung der Betroffenen dienen kann.

Im vorliegenden Fall aus den USA sollte im Rahmen einer Studie speziell der Effekt der Musik, unter Berücksichtigung individueller Musikvorlieben (bei Betroffenen) auf deren Agitation/agitiertes Verhalten untersucht werden.

### **Methoden:**

Das Studiendesign war eine Pilotstudie mit 15 Studienteilnehmern über 60 Jahre. Sämtliche Studienteilnehmer hatten die Diagnose Demenz (MMSE weniger als 25), lebten in der eigenen Häuslichkeit beziehungsweise in einer betreuten Wohnform. Sie waren in der Lage normale Lautstärken aus einer kurzen Distanz (1,5 feet; ungefähr 45,7 Zentimeter) zu hören und konnten ihre individuellen Musikvorlieben äußern. Ferner sollte ein Angehöriger/Wohnbetreuer bei Abspielvorgang (mittels CD und CD-Spieler) behilflich sein. Mehr als zwei Drittel aller Studienteilnehmer waren weiblich.

Zur Durchführung der Studie wurden neben dem MMSE, modifizierte Formen des Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) genutzt. Die Musikvorlieben der Betroffenen wurden mit dem Assessment of Personal Music Preference (Assessment der persönlichen Musikpräferenz) kurz APMP ermittelt.

Alle Teilnehmer hörten über zwei Wochen zweimal wöchentlich für jeweils 30 Minuten ihre Lieblingsmusik (vor dem zuvor ermittelten zeitlichen Höhepunkt der Agitationsphase). Nach diesen zwei Wochen folgten zwei weitere ohne Musikintervention. Der Gesamtprozess (zwei Wochen Musikintervention, zwei Wochen keine Musikintervention) wurde einmal wiederholt.

### **Resultate:**

Anhand der Ergebnisse konnte die Studie aufzeigen, dass die regelmäßig durchgeführte 30minütige Musikintervention einen signifikanten Einfluss auf das agitierende Verhalten demenziell Erkrankter hat.

Das agitierende Verhalten der Betroffenen wurde durch diese Intervention deutlich abgeschwächt und zwar während die Erkrankten die Musik hörten, aber auch unmittelbar nachdem die Musik gehört wurde. Allerdings konnte in der jeweiligen zweiwöchigen Phase ohne vorgesehene Musikintervention nicht sichergestellt werden, dass die Teilnehmer auch tatsächlich keine Musik hören konnten. Somit waren (zusätzlich positive) Nebenefekte nicht auszuschließen.

### **Schlussfolgerungen:**

Neben dem grundsätzlich positiven Einfluss von Musik auf das gesundheitliche Wohlbefinden von demenziell Erkrankten, ist die Bedeutung der individuellen Vorlieben in diesem Bereich nicht zu unterschätzen. Hier ist jedoch zu berücksichtigen, dass gerade bei Betroffenen in der eigenen Häuslichkeit die Möglichkeit, bei Bedarf die jeweilige Lieblingsmusik zu hören nicht immer gegeben ist. Wesentlich günstiger ist die Situation im Rahmen des betreuten Wohnens.

Generell muss dem Zusammenhang zwischen Musik und Wohlbefinden im Falle einer demenziellen Erkrankung zunehmend mehr Beachtung geschenkt werden.

### **Quelle**

**Park, Heeok; Pringle Specht, Janet K. (2009): Effect of Individualized Music on Agitation in Individuals with Dementia Who Live at Home. Journal of Gerontological Nursing – For Nursing Care of Older Adults; 8:35: 47-55**

## 12. Auswirkungen des Fernsehens auf Menschen mit Demenz

### Hintergrund/Ziel:

Fernsehen ist die meist verbreitete Freizeitaktivität in den USA und somit auch in den Alten- und Pflegeheimen. Dabei ist bisher nicht bekannt, ob das Schauen von allgemeinen oder speziellen Fernsehprogrammen beobachtbare Auswirkungen auf Verhalten und Aktivitäten von Menschen mit Demenz hat.

Hintergrund der vorliegenden Studie war es herauszufinden, ob es beobachtbares Verhalten oder Aktivitäten von Menschen mit Demenz in typischen Altenpflegeeinrichtungen in den USA gibt, die mit dem Fernsehen in Verbindung gebracht werden können. Zwei Ziele wurden mit der Studie verfolgt: (a) Dokumentation der Aktivitäten und beobachtbaren Verhaltensweisen von BewohnerInnen mit Demenz vor, während und nach dem Anschauen einer 30-minütigen, aufgezeichneten Fernsehsendung, (b) aufzuzeigen, ob spezielle Fernsehprogramme einen feststellbaren Einfluss auf die Aktivitäten und Verhaltensweisen dieser BewohnerInnen haben (z.B. verstärkte Gewaltbereitschaft oder negatives Verhalten).

### Methode:

Es wurde eine Querschnitt-Beobachtungsstudie mit 22 BewohnerInnen (19 weiblich) auf fünf verschiedenen Wohnbereichen einer Pflegeeinrichtung in den USA. Pro Bereich nahmen vier bis fünf BewohnerInnen teil, die keine signifikanten Einschränkungen im Sehen und/oder Hören aufwiesen und körperlich in Lage waren, sich im jeweiligen Gemeinschaftsraum aufzuhalten.

Angehörige der BewohnerInnen und Mitarbeiter der Wohnbereiche suchten Sendungen aus, die ihrer Meinung nach angemessen waren. Die acht meist Favorisiertesten wurden ausgewählt: zwei Comedy-Serien der 50er Jahre (*I love Lucy*, *The Honeymooners*), eine Sendung, in der ein Maler Ölgemälde malt (*The Joy of Painting*), ein Reisebericht über Venedig, eine lebhaft Aufnahme eines Meerespanoramas mit Tieren und Naturgeräuschen (*Solitudes*), eine abwechslungsreiche Musiksendung aus den 50er Jahren (*The Lawrence Welk Show*), eine realistische Gerichtsserie mit offenen und negativen Konflikten (*Judge Judy*) sowie eine Talk-Show mit skandalösen Gästen und körperlichen und verbalen Auseinandersetzungen (*The Jerry Springer Show*).

Die Beobachtungen fanden über einen Zeitraum von fünf Wochen statt, jeweils eine Woche für jeden Wohnbereich. Die BewohnerInnen wurden am ersten Tag morgens und nachmittags für jeweils eine Stunde beobachtet, um die üblichen Aktivitäten und Verhaltensweisen der BewohnerInnen in dem Zeitraum Vorführzeitraum zu erfassen. An den Tagen 2-4 wurden die BewohnerInnen während der 30-minütigen Fernsehvorführung und der anschließenden 30 Minuten beobachtet.

Die TeilnehmerInnen wurden im Vorfeld informiert, welche Sendung gezeigt werden würde und gefragt, ob sie diese sehen möchten. Diejenigen, die das Angebot ablehnten, wurden nicht beobachtet. Während des Beobachtungszeitraums wurden das Verhalten (Lächeln/Lachen, Stirnrunzeln, Umherwandern, Treten, Weinen/Schreien) und die Aktivitäten (Dösen, Sprechen) der BewohnerInnen mit Hilfe einer Checkliste dokumentiert. Zusätzlich wurden Reaktionen festgehalten, die nicht auf der Checkliste verzeichnet waren.

### Resultate:

Das am häufigsten beobachtete Verhalten war das Dösen, egal welche Sendung lief. Deshalb regen die Autoren an, es lohne zu erforschen, welchen Effekt Fernsehen auf Schlaflosigkeit bei Menschen mit Demenz hat. Als erstaunlich betrachten die Autoren, dass ansonsten kein negatives Verhalten bei den BewohnerInnen zu beobachten war, selbst nicht

während der Talk-Shows, in denen häufig geschrien wurde. Die größte Aufmerksamkeit zeigten die BewohnerInnen während der Reisereportage. Die Forscher vermuten, dass die fehlende Handlung und die langsame Präsentation der Bilder (Wechsel alle 15-20 Sekunden) dafür verantwortlich waren und die BewohnerInnen deshalb leichter folgen konnten.

In drei Beobachtungssequenzen reagierten BewohnerInnen auf Aussagen der Gäste von zwei Shows (*I Love Lucy*, *The Jerry Springer Show*).

Nur drei Aktivitäten konnten für die Zeit nach der Sendung ausgemacht werden: Verlassen des Fernsehraumes, Dösen und Verbleiben im Fernsehraum. Letzteres kam am häufigsten vor, denn die BewohnerInnen schienen Probleme zu haben, nach Sendeschluss neue Aktivitäten aufzunehmen. Dies würde zur Folge haben, dass sie sich von anderen gemeinschaftlichen Aktivitäten fernhalten, sofern keine andere Person sie zu einem anderen Ort begleitet.

### **Schlussfolgerungen:**

Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass das Fernsehen, wenn überhaupt, nur einen kleinen Einfluss auf das Verhalten und die Aktivitäten von Menschen mit Demenz in der Langzeitpflege hat. Vielfach wurde das Angebot fern zu sehen sogar abgelehnt. Zudem hält die Inaktivität der BewohnerInnen sie nach dem Fernsehen von weiteren Beschäftigungen ab. Jedoch kann aufgrund der geringen Anzahl an BewohnerInnen und der Auswahl der Sendungen keine verallgemeinernde Aussage über deren Wirksamkeit getroffen werden. Fraglich ist, wie sich z.B. Nachrichten, Seifenopern oder Spielshows auf die Aufmerksamkeit auswirken. Bei der ständigen Suche nach sinnvollen Beschäftigungen für Menschen mit Demenz, sollte deshalb geschaut werden, ob es sinnvolle Sendungen für Menschen mit Demenz gibt oder ob eventuell speziell zugeschnittene kreiert werden sollten.

**Quelle: de Medeiros, Kate; Beall, Erica; Vozzella, Stephan; Brandt, Jason (2009): Television viewing and people with dementia living in long-term care. Journal of Applied Gerontology 28(5): 638-648.**



### **13. Simulierte Präsenztherapie (SPT) kann herausfordernde Verhaltensweise im geringen Umfang positiv beeinflussen**

#### **Ziel/Hintergrund:**

Es ist bekannt, dass pharmakologische Möglichkeiten, um herausforderndes Verhalten zu beeinflussen, nur recht begrenzte Effekte aufweist und die dem Verhalten zugrunde liegenden Bedürfnisse nicht aufgreift. Daher werden international komplementäre oder alternative Therapien empfohlen, deren Evidenzlage allerdings auch umstritten ist. Eine solche Therapie stellt die „Simulierte Präsenztherapie“ (SPT) dar, welche die Präsenz der wichtigsten Person in einer Art und Weise simuliert (Video/Audio), die dem Klienten Entspannung und Wohlbefinden vermittelt. Bislang liegt keine systematische Literaturrecherche zu dieser Therapieform vor.

#### **Methode:**

Zentrale Begriffe und die Strategie der Recherche werden erläutert. Die Daten der ausgewählten Studien werden extrahiert und statistisch ausgewertet.

#### **Resultate:**

Acht Studien erfüllen die Auswahlkriterien. Die Studien belegen einen zwar signifikanten, aber doch moderaten Effekt (►Glossar). Insgesamt wird von einer Reduktion disruptiver (also: sozial störender), agitativer und belastender Verhaltensweisen nach Anwendung von SPT berichtet. Die Studien sind teilweise von recht unterschiedlicher Qualität und weisen verschiedene Methoden der Datensammlung auf. Daher wird darauf hingewiesen, den Nachweis eines moderaten Effekts mit Vorbehalten zu betrachten. Einige Studien betrachten SPT als Möglichkeit, die Lebensqualität zu verbessern, andere betonen die Reduktion herausfordernder Verhaltensweisen. Es besteht kein Konsens darüber, warum SPT Wirkungen zeigt, also: es besteht ein Mangel an Theoriebildung.

#### **Schlussfolgerungen:**

SPT ist nicht für alle Personen mit Demenz geeignet. Bei einigen Personen bewirkte SPT eine Steigerung herausfordernden Verhaltens. Daher besteht die Notwendigkeit, herauszufinden, wer von dieser Maßnahme profitieren könnte. Es wird empfohlen, SPT bei Menschen mit einer mittel bis schweren Demenz zu versuchen, die noch gut sehen und hören können und insbesondere dann, wenn Grund zur Annahme besteht, dass der Klient den Inhalt der Audio/Videoaufzeichnung wieder vergessen hat. Einigen Studien ist zu entnehmen, dass Frauen mit Demenz in eher späteren Stadien von Videos profitieren, welche die Liebe und Zuwendung zur Person zum Ausdruck bringen und Familienfeste sowie gemeinsame Erinnerungen zum Thema haben. Dies wirkt insbesondere dann, wenn die Qualität der Beziehung gut ist. Mit der Zeit scheint der Effekt der Videoaufzeichnung zurückzugehen. Kritisch resümieren einige Studien, dass auch Placebo-Bänder (ein beliebiges Video) im Kontext wenig anregender Betreuung einen mit SPT vergleichbaren Effekt zeigten. Insgesamt sei eine bedeutsame Interaktion mit einem realen Gegenüber der SPT vorzuziehen. Abschließend werden Möglichkeiten diskutiert, das Video auf die spezifische Situation des Klienten auszurichten um damit den wechselnden Bedürfnislagen gerecht zu werden.

**Quelle: Zettler J (2008) Effectiveness of simulated presence therapy for individuals with dementia: a systematic review and meta-analysis. Aging & Mental Health 12(6) 779-785**

## 14. Individualisierte und vielschichtige Interventionen bei reduziertem Einsatz von Psychopharmaka reduzieren herausforderndes Verhalten

### **Ziel/Hintergrund:**

Herausfordernde Verhaltensweisen, die in der Regel mit Belastungen für alle Beteiligten verbunden sind, lassen sich durch pharmakologische oder komplementäre (►Glossar) Interventionen nur bedingt beeinflussen. Die Autoren vorliegender Studie aus Australien vermuten, dass sich die geringe erwiesene Wirksamkeit dieser Interventionen dadurch erklären lässt, dass die Maßnahmen eher routiniert und ohne Berücksichtigung des spezifischen Ursachenhintergrundes angewandt werden (z.B. wer schreit, erhält Musiktherapie). Es gilt, die jeweils spezifische Multimorbidität sowie den weiteren psychosozialen Kontext genau zu erheben und einen je unterschiedlichen Mix von fallspezifischen Maßnahmen mit den PA zusammenzustellen, der dem jeweiligen Kontext, der Situation, dem Fall entspricht.

### **Methode:**

PA und Menschen mit Demenz werden in einer Erstuntersuchung und dann nach zwei und fünf Monaten, Personen in der häuslichen (n=11) und stationären Pflege (n=33) untersucht. Instrumente werden beschrieben, mit denen PA oder professionell Pflegende den Schweregrad der Demenz, Ausmaß der Abhängigkeit, Frequenz und Dauer des herausfordernden Verhaltens sowie Medikation abbilden. Weitere Instrumente erfassen anhand von Fragebögen das Belastungserleben der PA oder der professionell Pflegenden (hier mit „Pfleger“ bezeichnet).

Unabhängig davon wird die klinische Beurteilung von zwei Forschenden durchgeführt in der Annahme, dass als herausfordernd erlebtes Verhalten immer (vielfältige) Ursachen hat. Im Rahmen eines multidimensionalen biopsychosozialen Assessments wird an Verstehenshypothesen gearbeitet, welche die Veränderungsbereitschaft der Pflegenden, die vorhandenen subjektiven Theorien der Pflegenden, die bisherigen Interventionen, die Kenntnisse zum Themenfeld Demenz, die emotionalen und praktischen Ressourcen der Pflegenden beschreiben. An diesem Prozess der Erarbeitung von Verstehenshypothesen werden die Pflegenden beteiligt, die Erwartungen an eine schnelle Lösung reduziert, die bisherige gemeinsame Geschichte erarbeitet, ein psychopathologischer Befund erhoben, die Person mit Demenz über längere Zeit beobachtet.

Das erarbeitete Gesamtverständnis wird den Pflegenden in Form eines Briefes mitgeteilt, gefolgt von einer gemeinsamen Arbeitssitzung mit dem Ziel, die Verstehenshypothese abzusichern und einen Mix von Maßnahmen zu bestimmen. Bei der Auswahl der Maßnahmen spielt das Verhalten selbst (z.B. Agitiertheit, Vokalisierung etc.) keine bestimmende Rolle. Es liegt demnach keine durchgehende Korrelation zwischen bestimmten Verhaltensweisen und bestimmten Interventionen vor: in der Mehrzahl der Fälle kommt ein je unterschiedlicher Mix von physisch-medizinischen Maßnahmen, Veränderungen von Routinen und Tagesabläufen, Veränderungen von sozialen und Umweltfaktoren, Unterstützung und Fortbildung der Pflegenden und eher selten auch psychotrope Medikamente zum Tragen.

### **Resultate:**

Psychosoziale Maßnahmen dominieren in 77% aller Fälle. Psychotrope Medikationen spielen bei einer kleinen Gruppe von Personen eine bedeutsame Rolle, für die Gesamtgruppe aber nahm der Umfang psychotroper Medikation ab. Insgesamt kann, trotz individueller Unterschiede, eine deutliche Verbesserung von als herausfordernd erlebtem Verhalten nach der Intervention festgestellt werden. Die Verbesserung ist besonders im Vergleich der Erstuntersuchung mit der Zweituntersuchung (nach 2 Monaten) auffällig. Zwischen Zweit- und Drittuntersuchung (nach 5 Monaten) kann kein bedeutsamer Unterschied mehr

festgestellt werden (d.h. die Verbesserung bleibt konstant). Dabei spielt es keine Rolle, ob die Personen mit Demenz in der eigenen Häuslichkeit oder im Heim leben.

Pflegende weisen in der Erstuntersuchung einen hohen Belastungswert auf (PA deutlich höher als professionell Pflegende), der sich in den Folgeuntersuchungen kontinuierlich reduziert. Insgesamt wird die Effektivität dieses fallspezifischen Ansatzes mit 65,9% ausgewiesen.

### **Schlussfolgerungen:**

Als Schlüssel für den Erfolg dieses Ansatzes wird die Zusammenarbeit von Familien und Professionellen in der Erarbeitung von Verstehenshypothesen und individuellen und realistischen Interventionen herausgestellt. Fast immer kann auf psychotrope Medikamente verzichtet werden. Die Maßnahme nimmt pro Person sieben 1-stündige Sitzungen, besonders in den ersten beiden Monaten, in Anspruch. Nach recht kurzer Zeit entwickelt sich in den professionellen Teams eine eigene fachliche Kompetenz mit einer Reduktion der Visiten auf 5,5 Stunden je Fall. Klienten in der häuslichen Pflege benötigen mehr Besuche als Klienten in der stationären Pflege. Dies entspricht in etwa dem Zeitaufwand, der beim Einsatz psychotroper Medikamente entsteht (keine Mehrkosten). Keiner der Klienten bedarf einer Behandlung, Pflege oder Betreuung in einer Fachklinik oder spezialisierten Einrichtung für Demenz.

Die Autoren resümieren, dass Etiketten wie „Agitiertheit“ oder „Wandern“ wenig hilfreich sind: die Syndrome seien sehr vielfältig und nicht spezifischen Maßnahmen zuzuordnen. Sie suggerieren eine falsche Homogenität bezüglich Ursache und Behandlung. Am Beispiel des Vokalisieren erläutern sie: eine Person war ein Überlebender des Holocaust und erlitt „flashbacks“; eine Person schrie, weil sie immer glaubt, zur Toilette zu müssen; eine Person rief im Kontext von frontaler Degeneration und Schmerzen; eine weitere schrie, weil sie sich ängstlich und alleingelassen fühlte; eine Person grunzte laut auf dem Hintergrund lebenslanger Gewohnheiten etc.

Bestimmender Faktor für Interventionen sind weniger die Symptome als die Hintergründe und Belastungen der Pflegenden, die Verhaltensursachen sowie die als realistisch betrachteten Möglichkeiten.

Die Autoren schlussfolgern, dass standardisierte Interventionen wenig Erfolg versprechend sind, dagegen die Erarbeitung von assessmentbasierten Verstehenshypothesen mit jeweils unterschiedlichen, individuellen Maßnahmen, die von externen Spezialisten zusammen mit Pflegenden – möglichst in kleinen Arbeitsgruppen - entwickelt werden, das Mittel der Wahl darstellen sollte.

**Quelle: Bird M, Llewellyn-Jones RH, Korten A (2009) An evaluation of the effectiveness of a case-specific approach to challenging behaviour associated with dementia. Aging & Mental Health 13(1) 73-83**

## **15. Sensorische Interventionen wirken sich positiv auf agitiertes Verhalten aus**

### **Ziel/Hintergrund:**

Nicht-pharmakologische Interventionen bei Agitiertheit werden wegen ihrer nachteiligen Nebenwirkungen zunehmend kritisch beurteilt. Nicht-pharmakologische Möglichkeiten werden empfohlen, allerdings ist die Evidenzlage bezüglich ihrer Wirksamkeit umstritten. Vorliegende systematische Literaturstudie unterzieht vorliegende Studien einer kritischen Würdigung.

### **Methode:**

Es werden Einschlusskriterien und Suchstrategien beschrieben. Nur randomisiert kontrollierte Studien (►Glossar) werden zugelassen, die methodologische Qualität nach Cochrane-Kriterien beschrieben (►Glossar). Die Daten vorhandener Studien werden extrahiert und in eine einheitliche Matrix eingefügt, die einen Vergleich der Aussagekraft ermöglicht.

### **Resultate:**

Nur 14 von 317 untersuchten Studien wurden in die systematische Auswertung aufgenommen. Die Studien wurden in sieben Gruppen zusammengefasst: Sensorische Interventionen, sozialer Kontakt, Aktivitäten, Umgebungsveränderungen, Training der Pflegenden, Kombinationstherapien und Verhaltenstherapie. Nur in den Studien bezüglich sensorischer Interventionen konnten moderate (►Glossar) positive Effekte im Vergleich zu Kontrollgruppen nachgewiesen werden.

### **Schlussfolgerungen:**

Die Autoren beklagen die methodologisch nicht zufrieden stellende Qualität vieler Studien (deskriptives Design, quasi-experimentelle Studien, fehlende Kontrollgruppen, inadäquate Randomisierung, fehlende valide Messinstrumente, fehlende Angaben und nicht nachvollziehbare Daten) und machen Vorschläge, zukünftig anspruchsvollere Untersuchungsdesigns in diesem Forschungsfeld anzustreben.

**Quelle: Kong E-H, Evans LK, Guevara JP (2009) Nonpharmacological intervention for agitation in dementia: A systematic review and meta-analysis. Aging & Mental Health 13(4) 512-520**

## 16. Interpersonelle Beziehungen erklären den Diebstahlswahn

### **Ziel/Hintergrund:**

Die kausalen Hintergründe von Wahn, insbesondere aber Diebstahlswahn bei Demenz sind nicht aufgeklärt. Einige Studien vermuten einen Zusammenhang mit dem Ausmaß kognitiver Einschränkungen, andere Studien widerlegen diesen Befund. Die Autoren vermuten, dass psychosoziale Faktoren in den bisherigen Untersuchungen zu wenig berücksichtigt wurden. Vorliegende Studie untersucht Risikofaktoren für Diebstahlswahn bei Menschen mit einer milden Form der Demenz vom Alzheimer Typ.

### **Methode:**

56 teilnehmende Menschen mit Demenz konnten zwischen 2004 und 2006 an einem Allgemeinkrankenhaus in Tokio, Japan, gewonnen werden. 14 Personen zeigten Symptome von Diebstahlswahn (D-Gruppe), 42 wiesen diese Symptome nicht auf (Non-D Gruppe). Es werden verschiedene Instrumente beschrieben, um kognitive Funktionen, Verhaltenspathologie und weitere Parameter abzubilden.

### **Resultate:**

Alter, Bildung, kognitive Funktionen und Schweregrad der Demenz sagen den Diebstahlswahn nicht voraus. Frauen zeigten durchweg mehr Anzeichen für Diebstahlswahn als Männer. Menschen, die alleine leben, wiesen mehr Diebstahlswahn auf als Menschen, die in einer Familie leben. Personen mit mehr ausgeprägt neurotischen Persönlichkeitszügen vor der Erkrankung entwickeln im Rahmen der Demenz vermehrt einen Diebstahlswahn.

### **Schlussfolgerungen:**

Die Autoren bieten folgende Erklärungen an: da Frauen vermehrt im Haushalt tätig sind, ist es wahrscheinlich, dass sie im Rahmen der Demenz Haushaltsgegenstände, aber auch Geldbörsen verloren glauben, nach ihnen suchen, sie nicht finden und sich dies mit Diebstahl erklären. Leben Menschen mit Demenz in Familien, dann mögen diese behilflich sein, verloren geglaubte Gegenstände wieder zu finden, so dass sich ein Diebstahlswahn weniger ausprägen kann. Neurotisch veranlagte Personen neigen vermutlich mehr dazu, Gegenstände und Geld zu verstecken, die schlecht wieder gefunden und damit die Basis für den Wahn bilden können. Die Autoren plädieren abschließend dafür, Diebstahlswahn vermehrt im Kontext interpersoneller Beziehungen und eingeschränkter sozialer Funktionen zu verstehen.

**Quelle: Murayama N, Iseki E, Endo T, Nagashima K, Yamamoto R, Ichimiya Y, Arai H, Sato K (2009) Risk factors for delusion of theft in patients with Alzheimer's disease showing mild dementia in Japan. Aging & Mental Health 13(4) 563-568**

## 17. Gerade Flure erleichtern Orientierung

### Hintergrund/Ziel:

Die räumliche Umgebung in Altenheimen wirkt sich auf das Wohlbefinden und Verhalten von Menschen mit Demenz (MmD) aus. Diese sind jedoch nicht in der Lage, selbst diese Umgebung nach ihren Bedürfnissen zu gestalten. Daher sollte beim Design des Umfeldes darauf geachtet werden, dass sie möglichst an die Bedürfnisse der MmD angepasst wird und somit positiven Einfluss auf das Wohlbefinden und körperliche Fähigkeiten einnehmen kann. In Deutschland gibt es eine Reihe von therapeutischen Designs in der Wohnbereichsplanung, über die es vielfältige Publikationen gibt. Eine weit verbreitete Empfehlung ist, die Wohnbereiche mit Rundwegen auszustatten. Dies wurde bei vielen Altenheimneubauten umgesetzt, obwohl dieses Design nicht empirisch fundiert ist.

Ziel der vorliegenden Studie war es, die architektonischen Strukturen zu identifizieren, die die räumlichen Fähigkeiten der BewohnerInnen unterstützen und deren Mobilität und Unabhängigkeit fördern.

### Methode:

Um den Einfluss der architektonischen Charakteristika herauszufinden, wurde festgehalten, wie sich die MmD in den Altenheimen auf ihren Wohnbereichen orientieren können. Dazu wurden fünf Routen bestimmt, die die BewohnerInnen im täglichen Leben zurücklegen: (1) Gehen zur Wohnküche, (2) Erkennen und Gehen zum eigenen Zimmer, (3) Gehen zur Toilette, (4) nach draußen gehen (Garten oder Balkon) und (5) Gehen zum Gemeinschaftsraum. Die Stationsleitungen oder geronto-psychiatrisch weitergebildetes Personal bewerteten die Fähigkeiten nach Punkten: die MmD fanden die Wege unabhängig (2 Punkte), mit Unterstützung (1 Punkt) oder gar nicht (0 Punkte).

Die Datenerhebung fand in 30 deutschen Altenheimen statt und es wurde das Verhalten von 450 MmD (leichte Demenz n=91, mittelschwere Demenz n=183, schwere Demenz n=176; nach GDS) beobachtet. Die Wohnbereiche verfügten über drei architektonische Typologien: gerader Flur (n=14), Flure mit einem Richtungswechsel (z.B. L-Form, n=9) und Rundwege um einen Innenhof (n=7). Davon hatten 40% gleichmäßig gestaltete Wände, 60% Aussparungen und Nischen und in 42% der Heime konnte der gesamte Wohnbereich überschaut werden.

### Resultate:

Menschen mit leichter Demenz konnten sich in allen Einrichtungen sehr gut orientieren. Wie erwartet sank der Orientierungssinn mit zunehmendem Schweregrad der Demenz. Das Umgebungsdesign hatte zusätzlich einen starken Einfluss. Am besten konnten sich die BewohnerInnen auf Wohnbereichen mit geraden Fluren ohne viele Aussparungen und Nischen orientieren. Die Wohnküche scheint ein räumlicher Ankerpunkt für die BewohnerInnen zu sein, denn der Weg dorthin wurde am häufigsten gefunden. Von Vorteil war zudem, wenn nur eine Küche auf dem Wohnbereich vorhanden war. Gerade Flure erleichterten den BewohnerInnen ihr Zimmer und die Toiletten zu finden. Gärten oder Balkone wurden eher entdeckt, wenn diese von der Wohnküche zugänglich waren.

### Schlussfolgerungen:

Die Autoren geben folgende Empfehlungen zur Gestaltung von Wohnbereichen:

- eine kleinere Anzahl von Bewohnern in einem Wohnbereich erhöht das Orientierungsvermögen

- Menschen mit mittelschwerer bis schwerer Demenz benötigen klar definierte, geometrisch einfache Strukturen zur Orientierung
- gerade Wände bilden ein unterstützendes Führungselement
- einprägsame Bezugspunkte, bspw. eine Wohnküche, einbauen und sorgfältig platzieren, z.B. an Orten, wo ein Richtungswechsel stattfindet
- Elemente einfügen, die lange Flure teilen
- Sichtbarkeit des anderen Ende des Flures gewährleisten, jedoch Sackgassen vermeiden
- räumliche Gegebenheiten sollten sich nicht wiederholen, doch auf großen Wohnbereichen macht eine zweite Küche Sinn
- zum Auffinden des eigenen Zimmers unterstützt die Verwendung von Kennzeichnungen der Tür oder Platzierung von Gegenständen, die erkannt werden
- der Zugang zum Garten oder Balkon sollte über zentrale Räume des Wohnbereichs ermöglicht werden

Trotz dieser Empfehlungen sollte die notwendige Funktionalität der Wohnbereiche nicht vernachlässigt werden. Zudem können diese Empfehlungen auch in umgekehrter Weise verwendet werden, wenn es Bereiche gibt, die vor den MmD verborgen bleiben sollen.

**Quelle: Marquardt, Gesine; Schmiege, Peter (2009): Dementia-friendly architecture: environments that facilitate wayfinding in nursing homes. American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias 24(4): 333-340.**

## **18. Hausärzte sind nur wenig bereit, trotz Unterstützung Alltagsprobleme der PA in der häuslichen Pflege zu beraten**

### **Ziel/Hintergrund:**

Obwohl der Hausarzt für Diagnose und Behandlung von Demenz eine Schlüsselrolle spielt, erfahren betroffene Familien wenig über den Umgang mit den bedrückenden Symptomen. Zwar gilt der Wert psycho-edukativer Interventionen (Information und Beratung) als erwiesen, doch spielen Hausärzte weder bei deren Durchführung noch bei der „Überweisung“ an solche Dienste eine erkennbare Rolle. Bisherige Studien weisen darauf hin, dass eine engere Zusammenarbeit lokaler, niedrigschwelliger Initiativen (z.B. durch die regionale Alzheimer-Gesellschaft) und Hausärzten das Wissen über Demenz, die Kenntnis vorhandener Unterstützungssysteme sowie die Managementfähigkeit von Symptomen in den Familien deutlich erhöht.

Vorliegende Untersuchung berichtet über die Zusammenarbeit einer lokalen Alzheimerorganisation mit Hausärzten. Es wird angenommen, dass in der Interventionsgruppe weniger Personen in ein Heim umziehen und dass PA weniger Belastung und Depressivität aufweisen sowie höhere Selbstwirksamkeit (Kompetenz) und bessere Nutzung regionaler Unterstützungssysteme an den Tag legen.

### **Methode:**

Die randomisiert experimentelle Studie (►Glossar) aus den USA wies PA entweder einer Interventionsgruppe oder einer Kontrollgruppe zu. In der Interventionsgruppe erhielten die PA über 12 Monate hinweg monatlich eine gezielte Beratung zu den Symptomen, die PA als belastend erlebten, sowie einen gemeinsam verhandelten Pflegeplan. Zusätzlich erhielten PA Informationen über Demenz, finanzielle und rechtliche Aspekte, Selbsthilfegruppen, Bildungsprogramme etc. Der Pflegeplan wurde dem behandelnden Hausarzt zugeschickt mit der Aufforderung, diesen Plan mit der Familie und der Person mit Demenz zu besprechen. PA in der Kontrollgruppe erhielten nur die schriftlichen Informationen.

Klienten und PA (160) wurden über zwei Hausärzte-Netzwerke identifiziert. Die Zuweisung zu einer der beiden Gruppen erfolgte über die Hausarztpraxis, wobei den Hausärzten unbekannt blieb, ob ihre Patienten zur Interventionsgruppe gehörten.

Alle Teilnehmenden wurden im Abstand von 12 Monaten 2x telefonisch befragt. Verschiedene Instrumente werden beschrieben, anhand derer Heimaufnahme, kognitiver und Verhaltensstatus des Klienten sowie Selbstwirksamkeit, Belastungserleben, Depressivität und physische Gesundheit des/der PA erhoben wurden.

### **Resultate:**

84 PA konnten für die Teilnahme gewonnen werden; 54 wurden der Interventionsgruppe, 30 der Kontrollgruppe zugeordnet. Von den 84 Teilnehmenden konnten zur 2. Befragung noch 75 interviewt werden.

In der Kontrollgruppe erwies sich der Prozentsatz der in einem Jahr in Heim übergesiedelten Personen mit 33% (n=10) als doppelt so hoch wie in der Interventionsgruppe (16%, n=8). Anlässlich der Nachfolgeuntersuchung zeigten sich 82% der PA aus der Interventionsgruppe recht oder sehr zufrieden mit der Intervention, 79% glaubten, die Intervention habe geholfen, mit Alltagsproblemen besser zu recht zu kommen. Besonders die monatlichen Beratungen fanden eine positive Resonanz. Kritisch wurde angemerkt, die Beratung wäre noch besser, wenn sie individueller, noch mehr auf die Art und den Schweregrad der Demenz bezogen wäre und die gegebenen Informationen einen höheren praktischen Nutzwert hätten. Es erwies sich als leicht problematisch, dass die Person des Beratenden 3 x in der Interventionszeit wechselte.



**Schlussfolgerungen:**

Zwar erwies sich der Umfang von Heimaufnahmen in der Interventionsgruppe als niedriger, sekundäre Ergebnisse wie Selbstwirksamkeit, Depressivität, Belastungserleben wiesen keine Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe auf. Zwar wurde die Intervention als hilfreich erfahren, allerdings ohne klare Beweise eines besseren Selbstmanagements der PA in Bezug auf Leben mit Demenz. Die Autoren schlussfolgern: nicht nur sollte die Person des Beraters nach Möglichkeit nicht wechseln, sondern die Beratung sollte sehr viel individueller auf die Erfahrungen der PA, den Schweregrad der Demenz und die besonderen belastenden Kontexte der Pflege eingehen.

Es war wenig bis gar nicht erkennbar, dass die behandelnden Hausärzte den ihnen zugesandten Pflegeplan mit den PA oder Klienten diskutierten. Es wird vermutet, dass Hausärzte unsicher sind, wie sie Klienten und PA beraten sollen. Zudem wird auf positive Erfahrungen aus dem Vereinigten Königreich verwiesen, in denen an Hausarztpraxen angesiedelte Pflegefachkräfte für Psychiatrie den beratenden und informierenden Anteil der Versorgung übernehmen.

**Quelle: Fortinsky RH, Kulldorff M, Kleppinger A, Kenyon-Pesce L (2009) Dementia care consultation for family caregivers: Collaborative model linking an Alzheimer's association chapter with primary care physicians. Aging & Mental Health 13(2) 162-170**

## 19. Gesundheitsförderung in der Demenz-Frühphase. Die Evaluation eines 12 Wochenkurses (USA) – Promoting Health in Early-Stage Dementia

### Ziel/Hintergrund:

Unterschiedliche Studien haben sich in den letzten Jahren mit Fragen der Frühphase einer Demenz beschäftigt. Allerdings wurde überwiegend die Perspektive der Pflegenden und weniger die der Erkrankten untersucht. Weitere Studien legen auch nahe, dass körperliche und geistige Aktivität, gute Ernährung, das Gefühl von Sicherheit, soziale Unterstützung und ein adäquates Stressmanagement positive Auswirkungen auf Betroffene haben, wenn sie sich in einer Frühphase der Erkrankung befinden.

Allerdings gibt es auch Zweifel darüber, ob die aktive Beteiligung von Früherkrankten, die für eine solche Lebensgestaltung notwendig ist, die Fähigkeiten der Betroffenen nicht überschätzt.

In der vorliegenden Studie sollte überprüft werden, ob ein speziell entworfener 12-Wochenkurs zur Unterstützung der Gesundheit (health promotion) die allgemeine Lebenssituation von Betroffenen verbessern kann, ob neue Informationen noch verarbeitet und erlernt werden können und ob die Sensibilisierung für eine bewusste Lebensführung (Teil des 12 Wochenkurses) einen positiven Einfluss auf die Gesundheit haben kann.

### Methode:

Zur Überprüfung der Wirksamkeit dieses 12 Wochenkurses wurde eine zweijährige Studie mit quasiexperimentellem Design in den USA (Florida) durchgeführt. An der (nicht zufallsbasierten ►Glossar) Studie nahmen abschließend 89 Probanden teil. 57 Probanden hatten eine nicht spezifizierbare Form der Demenz beziehungsweise gehörten zu einer Alzheimer-Risikogruppe, 26 wiesen eine milde kognitive Beeinträchtigung (►Glossar) auf, drei hatten die Diagnose *Alzheimer*, weitere drei eine vaskuläre Demenz. Von den 89 Teilnehmern waren 33 Probanden der Kontrollgruppe zugeteilt. Die 33 Probanden der Kontrollgruppe waren durchschnittlich 77,7 Jahre alt, die übrigen Teilnehmer waren mit durchschnittlich 81,4 Jahren wenige Jahre älter.

Die Untersuchungsgruppe erhielt während des zweijährigen Studienverlaufs einmal wöchentlich eine zweistündige Unterweisung/Unterrichtseinheit über 12 Wochen. Inhalte dieses Unterrichts waren 12 unterschiedliche Themenkomplexe:

1. Gesunder Lebensstil
2. Umstände, die zu Gedächtnisproblemen führen können
3. Kognitive Übungen
4. Kommunikation
5. Beziehungen, Depressionen und Bewältigung
6. Körperliche Aktivitäten
7. Reisen, Sicherheit
8. Erholung und Entspannung
9. Lebenslanges Lernen
10. Medikationen und das Gespräch mit dem Pflegenden
11. Ernährung und Mundhygiene
12. Zukunftsplanung

Die Probanden der Kontrollgruppe nahmen nicht an den Kurseinheiten teil.

Zur Überprüfung der positiven Wirksamkeit wurden das Mini Mental State Examination (MMSE) und eine Kurzform der Geriatrisches Depressionsskala (GDS) verwendet.

**Resultate:**

Auf der Grundlage der Mini Mental State Examination (MMSE) und der modifizierten Geriatrischen Depressionsskala (GDS) konnten signifikante Verbesserungen bei den Teilnehmern des 12-Wochenkurses beobachtet werden.

Anhand der Studie konnte aufgezeigt werden, dass es zu einer Verbesserung des kognitiven und psychischen Wohlbefindens (cognitive and psychological wellbeing) bei den Kursteilnehmern kam. Zudem konnten auch positive Effekte für die allgemeine Gesundheit und den Lebensstil gemessen werden.

**Schlussfolgerungen:**

Bezüglich der erbrachten Ergebnisse kann davon ausgegangen werden, dass spezialisierte Kurse – wie in der Studie durchgeführt – in einer Frühphase der Demenz effektiv und hilfreich für die Alltagsbewältigung der Betroffenen sein können. Es scheint insbesondere im Zusammenhang mit einer qualifizierten Pflege von entscheidender Bedeutung zu sein, die noch vorhandenen, kognitiven Fähigkeiten der Betroffenen nicht zu unterschätzen und gezielt – mit Kursen – zu stimulieren. Die erzielten Effekte können auch den professionell Pflegenden und den Angehörigen unmittelbar zugute kommen.

**Quelle:**

**Buettner, Linda L.; Fitzsimmons, Suzanne Promoting (2009): Health in Early-Stage Dementia: Evaluation of a 12-Week Course. Journal of Gerontological Nursing – For Nursing Care of Older Adults; 3:35: 39-49**