



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

Newsletter und Forschungsmonitoring 1/2011

© Landesinitiative Demenz-Service NRW 2011  
Universität Witten/Herdecke, Department 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 1/2011

Willkommen zum 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)

### ***Oasenforschung wird im Mai beendet***

Das Dialog- und Transferzentrum Demenz hatte im Auftrag der Pflegekassen und des Sozialministeriums NRW vor 1,5 Jahren die wissenschaftliche Begleitung der „Oase Solingen“ (Wohnform für Demenzerkrankte) übernommen. Derzeit finden die letzten Erhebungen in der Oase und der Vergleichseinrichtung statt. Am 26. Mai 2011 werden auf der Abschlussveranstaltung in Solingen die Ergebnisse der Öffentlichkeit präsentiert. Nähere Infos zur Veranstaltung und zum Anmeldeverfahren erhalten Sie in Kürze über die Homepage des DZD, telefonisch unter: 02302 926306 (Sekretariat Fr. Kuhr) oder per Mail ([dialogzentrum@uni-wh.de](mailto:dialogzentrum@uni-wh.de)).

### ***Tagungsband zur Tagung „Herausforderung Frontotemporale Demenz“ kurz vor Fertigstellung***

Am 08. November 2010 veranstaltete das DZD an der Uni Witten/Herdecke in Kooperation mit der Deutschen Alzheimergesellschaft und dem Demenz Servicezentrum Köln zum zweiten Mal eine Tagung unter dem Titel „Herausforderung FTD“. In Kürze wird der Tagungsband mit den gesamten Präsentationen auf den Homepages der Veranstalter zum Download bereitstehen.

### **Tagungsband Wohnformen bei Demenz kurz vor Fertigstellung**

Am 28. September 2010 veranstaltete das DZD eine Tagung mit dem Titel „Wohnformen bei Demenz“. Der Tagungsband wird in Kürze auf der Seite des DZD zum Download bereitstehen.

### **Expertengruppe „Beratung bei Demenz“ präsentiert erste Ergebnisse**

Unter der Leitung des DZD hat sich eine Expertengruppe aus Mitgliedern der Landesinitiative Demenzservice NRW zum Thema „Qualitätskriterien der Beratung bei Demenz“ konstituiert. Die Ergebnisse zum Thema wurden am 9.11.2010 in Düsseldorf auf einer Tagung – veranstaltet vom Demenz-Servicezentrum Düsseldorf – präsentiert. Die Präsentation der Arbeitsgruppe – sowie auch sämtliche anderen Präsentationen des Fachtages - finden Sie auf den Seiten der Landesinitiative Demenz-Service NRW ([http://www.demenz-service-nrw.de/content/artikel\\_496\\_44.html](http://www.demenz-service-nrw.de/content/artikel_496_44.html)). Nähere inhaltliche Informationen erhalten Sie bei Fr. Ruppert vom DZD unter: 02302 926306

### **MdB Franz Müntefering zu Gast im DZD**

Am 15. Februar 2011 hatte das DZD hohen Besuch. Franz Müntefering, ehemaliger Arbeitsminister im Kabinett Schröder, von der SPD-Bundestagsfraktion hatte sich angemeldet, um sich über die Thematik „Versorgung Demenzerkrankter in Zeiten des demografischen Wandels“ zu informieren. Es gab einen regen Austausch zwischen Herrn Müntefering und Vertretern der UWH sowie des DZD und man verabredete einen weiteren Austausch zur Thematik.

### **Neues aus der Uni Witten/Herdecke**

#### **Suche nach der besten Versorgung und Pflege für Menschen mit Demenz in Europa**

Seit Anfang 2010 fördert die Europäische Kommission das Projekt *RightTimePlaceCare*.

Ziel ist es, „Beste Praxis“-Strategien für die individuelle Bedürfnis-/Bedarfsorientierte Versorgung, Pflege und Entlastung von Menschen mit Demenz und ihre pflegenden Angehörigen zu erarbeiten.

Wissenschaftler aus den Disziplinen Pflege, Medizin, Psychologie und Ökonomie aus Deutschland, Spanien, Frankreich, England, Schweden, Finnland, Estland und den Niederlanden haben sich zu einem Verbund zusammen geschlossen.

In den Ländern werden jeweils ca. 300 Menschen mit Demenz, ihre Angehörigen und professionell Pflegenden befragt. Gefragt wird nach dem individuellen Gesundheitszustand und der Lebensqualität, den Herausforderungen in der Pflege und ökonomischen Aspekten.

Kürzlich wurde in der Region Witten mit den Interviews begonnen.

Diese Ergebnisse werden zusammen mit Strukturdaten zum Gesundheitssystem und den bestehenden Angeboten der Demenzversorgung der einzelnen Länder interpretiert. Es gilt, Empfehlungen für Politik und Praxis abzuleiten.

Auf der Homepage des Projektes können Sie sich näher informieren:

<http://www.righttimeplacecare.eu>. Dort können sie auch den Newsletter des Projekts abonnieren.

#### **Weiterer Kontakt:**

Prof. Dr. phil. Gabriele Meyer

Universität Witten/Herdecke

Fakultät für Gesundheit

Department für Pflegewissenschaft, Arbeitskreis Klinische Pflegeforschung

Tel.: 02302/926-358

E-Mail: [right-time-place-care@uni-wh.de](mailto:right-time-place-care@uni-wh.de)

**Abschlussstagung "Ernährung im Alter mit Hilfe einer Sonde" - Universität Witten/Herdecke.**

Am **20.05.2011** findet von 10.00 – 16.00 Uhr als Abschluss eines vom AOK-Bundesverband geförderten und an der Universität Witten/Herdecke, Department für Pflegewissenschaft in Kooperation mit dem Allgemeinen Krankenhaus Hagen durchgeführten Forschungsprojektes eine Tagung statt. Entscheidungswege, Spannungsfelder und Lösungsmöglichkeiten, z. B. eine im Rahmen des Projektes entwickelte Entscheidungshilfe sollen vorgestellt und diskutiert werden. Ein ausführliches Programm finden Sie unter folgendem Link: <https://www.idw-online.de/de/event34259>

Die Teilnahme ist kostenlos. Anmeldungen werden bis zum **18.04.2011** per Fax (02302-926-239) oder per E-Mail ([sabine.moeller@dzne.de](mailto:sabine.moeller@dzne.de)) gern entgegengenommen.

**Jahrestagung des DZNE am Standort Witten.**

Am 05.10.2011 veranstaltet das Deutsche Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e.V. (DZNE) am Standort Witten seine zweite Jahrestagung unter dem Titel: „Versorgungsstrategien für Menschen mit Demenz – Modelle, Einstellung, Umsetzung“. Vor dem Hintergrund unterschiedlicher Forschungsergebnisse werden die Herausforderungen der Versorgung von Menschen mit Demenz in der Häuslichkeit sowie der stationären Versorgung auch unter dem Aspekt der gesellschaftlichen Einstellung zu der Erkrankung diskutiert. Nähere Informationen zum geplanten Programm und Anmeldemöglichkeiten finden Sie ab Mai unter <http://www.dzne.de/standorte/witten.html> oder Tel.: 02302/926237 (ebenfalls ab Mai 2011).

Weitere Veranstaltungen oder Informationen zu Projekten und wissenschaftlichen Arbeiten des DZD entnehmen Sie bitte der derzeit in Überarbeitung befindlichen Homepage des Dialogzentrums.

Viel Freude beim Lesen und auf den Dialog mit Ihnen freut sich

Ihr Team des  
Dialog- und Transferzentrums Demenz

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



## **Forschungsmonitoring 1/2011**

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

**Februar 2011**

### Editorial

Liebe Interessierte,  
in diesem Forschungs-Newsletter stellen wir dieses Mal Studien zu acht Bereichen der Versorgung von Menschen mit Demenz vor. Wie immer weisen wir Sie darauf hin, dass es sich bei den Zusammenfassungen um den Versuch handelt, teils komplizierte Sachverhalte in einfacher Sprache und stark verkürzt auf die Kernaussagen darzustellen. Das Lesen dieses Monitorings ersetzt natürlich nicht die Lektüre der Originalarbeiten. Aus diesem Grunde finden Sie – wie immer – jeweils am Ende der Zusammenfassung die bibliografischen Angaben der Originalstudie. Des Weiteren können Sie auf den Seiten des DZD ein Glossar zu Fachbegriffen downloaden ([www.dialogzentrum-demenz.de](http://www.dialogzentrum-demenz.de)).

Es werden 23 Studien bzw. systematische Überblicksarbeiten vorgestellt. Wir haben diesmal das Feld etwas stärker untergliedert und vermehrt Arbeiten aufgenommen, die sich mit der häuslichen Pflege und mit der Entwicklung von Angeboten und Dienstleistungen beschäftigen. Die Kategorien, nach denen wir die Arbeiten aufgeschlüsselt haben, lauten:

1. Das Erleben von Demenz (Subjektivität)
2. Depression und Demenz
3. Herausforderndes Verhalten
4. Interventionen
5. Dienstleistungen im häuslichen Bereich
6. Dienstleistungen in der stationären Altenhilfe
7. Pflegende Angehörige (PA)
8. Professionell Pflegende (PP)

#### **Themenschwerpunkt 1: Das Erleben von Demenz (Subjektivität)**

In der psychiatrischen Pflege gilt Hoffnung als ein grundlegendes Paradigma aller Pflege und Betreuung. Es ist bekannt, dass Menschen mit schwersten Erkrankungen für sich weiterhin Hoffnungen hegen können: Hoffnung ist ein wesentlicher Indikator für Resilienz. Menschen mit Demenz machen da keine Ausnahme: sie hoffen trotz Demenz auf ein sinnvolles, lebenswertes Leben und verbinden dies mit bedeutungsvollen Tätigkeiten, der Bewahrung der Selbstständigkeit und der Pflege von Beziehungen. Dabei stellen sich ihre Hoffnungen als realitätsadäquat und nicht als illusorisch heraus. (1)

#### **Themenschwerpunkt 2: Depression und Demenz**

Neben dem Thema der Unruhe (Agitiertheit) kommen in den letzten Jahren vermehrt die Themen Depressivität und Apathie von Menschen mit Demenz ins Blickfeld. Vorliegende Studie untermauert die Vermutung, dass Depressivität mit schweren kognitiven Einbußen einhergeht, aber auch mit Unruhe und Verlangsamung. Es fällt auf: Ähnlich wie Menschen mit Depressionen weisen auch Menschen mit Demenz die Kombination von Unruhe/ Aufgeregtheit und Verlangsamung/Apathie auf. In beiden Fällen legen sich - diagnoseübergreifend - vergleichbare pflegerische Frage- und Aufgabenstellungen nahe. (2)

#### **Themenschwerpunkt 3: Herausforderndes Verhalten**

Eine ganze Reihe von Arbeiten kreisen um Fragestellungen herausfordernden Verhaltens. Eine Arbeit untersucht Zusammenhänge des (unruhigen) Umhergehens und kommt zum Schluss, dass Orte mit einem bestimmten Zweck sowie ein gemütliches Ambiente dieses Verhalten reduzieren. Anregende Umgebungen mit hellem Licht fördern eher das Umhergehen. Zielloses, unruhig-getriebenes Umhergehen dagegen steht eher im Zusammenhang mit unerfüllten Bedürfnissen. Je nachdem, was man erreichen will, kann man nun Umgebungsfaktoren variieren: für den einen eher die Ruhe, für den anderen eher die Anregung.

(3) – Eine weitere Studie beschäftigt sich auch mit dem Laufen, hier das Verlassen der eigenen Wohnung. Dies kommt recht häufig vor (25%), betrifft eher Männer als Frauen, findet sich eher bei Jüngeren (75 J.) und führt bei 30% der Untersuchten innerhalb eines Jahres zu Verletzungen (in der Mehrzahl Stürze). (4) – Sensorische Stimulation und soziale Interaktion reduzieren Vokalisierungen (Lauten). Vorliegende Studie stellt verschiedene theoretische Modelle über den Zusammenhang von Vokalisierung und Unbehagen vor und präsentiert einige empirische Daten dazu (Schmerzen, Depressivität, Schlafstörungen). Alte Menschen beurteilen die direkte Interaktion als beste Form, mit Vokalisierung umzugehen. In der Regel ist es bislang nicht gelungen, die spezifischen Ursachen von Vokalisierungen nachzuweisen. Die Vermutung, dem Verhalten lägen Schmerzen zugrunde, lässt sich nicht immer aufrecht erhalten, da bei vielen Vokalisierungen und vermuteten Schmerzen Analgetika eine geringe bis keine Wirkung aufwiesen. (5) – Zwei Arbeiten gehen der Frage nach Zusammenhängen zwischen prämorbidem Charakter und Demenz nach. Die eine fasst bisherige Literatur zusammen und bestätigt, dass Verträglichkeit und Offenheit vor der Demenz mit weniger herausforderndem Verhalten in der Demenz einhergehen. Schizoide oder depressive Persönlichkeitszüge erhöhen die Wahrscheinlichkeit, in der Demenz vermehrt Unruhe, Aggressivität, Irritierbarkeit und Apathie an den Tag zu legen. (6) Eine weitere Studie kritisiert allerdings das Vorgehen bisheriger Untersuchungen, da im Vergleich vom gegenwärtigen Zustand des Klienten mit seiner früheren Persönlichkeit nicht weit genug zurückgegriffen wird: um die „prodromale“ Phase der Demenz zu umgehen, greifen die Autoren auf Erinnerungen von Angehörigen aus den 40er Jahren der Klienten zurück. Hierbei zeigt sich, dass paranoide und schizoide Persönlichkeitszüge in den 40ern mit höherer Wahrscheinlichkeit einhergeht, später an Demenz zu erkranken. Besonders gute soziale Netzwerke in den 40ern sagen eine geringere Erkrankungswahrscheinlichkeit voraus. In diesem Verständnis legen die Autoren Demenz-begünstigende und -protektive Persönlichkeitszüge nahe. (7) – Eine drei Nationen übergreifende Studie vergleicht Agitiertheit, Gabe von Psychopharmaka und Personalausstattung in Österreich, England und Norwegen. Der Vergleich legt nahe: je besser die Personalausstattung, desto mehr nimmt die Unruhe ab und desto weniger Medikamente müssen eingesetzt werden. Ist die Personalausstattung dürftig, kann Agitiertheit durch vermehrte Gaben von Psychopharmaka kompensiert werden. Es legt sich damit ein Zusammenhang zwischen herausforderndem Verhalten, dem kulturellen Umfeld und den in diesem zur Verfügung gestellten Mitteln nahe. (8)

#### **Themenschwerpunkt 4: Interventionen**

Eine weitere Reihe von Arbeiten hat verschiedene Interventionen zum Gegenstand: Im Rahmen der Entwicklung eines Fragebogens zum „Therapeutischen Lügen“ steigen die Zustimmungsraten zu dieser Praxis nach einer Fortbildung zu diesem Thema. Kritisch nehmen die Herausgeber zu dieser Arbeit Stellung: der Begriff des Lügens würde derart erweitert, dass jede Form validierender Interaktion unter diesen Begriff falle; eine systematische Praxis des Lügens würde von vielen Pflegenden als Form der Gewalt aufgefasst und komme einer stigmatisierenden und diskriminierenden Praxis nahe. (9) – Eine weitere Arbeit befasst sich mit der Frage der Verbesserung der Teilnahme an Aktivitäten. Das Vormachen (Modelling) erweist sich als erfolgreichste Methode – unabhängig von der Art der Tätigkeit. Je höher die verbliebenen kognitiven Funktionen sind, desto größer muss die Abwechslung sein und umgekehrt: je schwerer die Beeinträchtigung, desto besser die Redundanz. Moderate Hintergrundgeräusche (z.B. Unterhaltungen anderer, leise Musik) erweisen sich als förderlich für Teilnahme und besser als völlige Unterstimulation. Der Nachmittag ist im Vergleich zum Vormittag die bessere Zeit für die Aktivierung. (10) Zwei weitere Arbeiten zum Thema Bewegung, einmal mit Fokus auf vaskuläre Demenz, bestätigt vorhandenes Wissen: Bewegung hat einen demenz-vorbeugenden Effekt und zeigt selbst im hohen Alter noch Wirkung. (11) Im Vergleich zu Menschen mit Depression profitieren Menschen mit Demenz deutlich mehr von Bewegung bzw. körperlichen Übungen. Die Au-



toren vermuten: Depression stellt einen derart massiven Eingriff in das motivationale System des Menschen dar, dass körperliche Übungen allein keinen erkennbaren Unterschied machen können. (12) – Zwei Arbeiten beschäftigen sich mit der Evidenz für nicht-pharmakologische, in der Regel personenzentrierte Interventionen: In der einen systematischen Literaturrecherche finden sich gute Belege dafür, dass Musik, Handmassage, Berührung und physische Aktivität sich positiv auf Unruhe (Agitiertheit) auswirken. Insgesamt werden auch die Evidenzen bezüglich einer beruhigenden Umgebung, strukturierter Beschäftigung und Ablenkung für überzeugend gehalten. Was wirkt, ist allerdings sehr vom Kontext und der konkreten Person abhängig und lässt sich schwer generalisieren. Die meisten Erkenntnisse wurden im Kontext stationärer Pflege gewonnen und es bleibt fraglich, was davon auf die häusliche Pflege übertragbar ist. (13) In der anderen systematischen Literaturrecherche werden Forscher aus der ganzen Welt eingebunden, um kulturübergreifend Evidenzen zu sichten. In der Regel wird bei nicht-pharmakologischen, oft personenzentrierten Möglichkeiten von positiven Ergebnissen berichtet. Es werden die methodischen Mängel der Studien beschrieben und das Fehlen von erklärenden Theorien beklagt: so werden zum Beleg für die Wirksamkeit von Interventionen verschiedene Ebenen von Ergebnissen gesammelt ohne eine Theorie zu entwickeln, wie diese Ergebnisse zusammenhängen und sich erklären lassen. Die Autoren empfehlen Studien mit strengerem Design und überzeugender Theoriebildung. Abschließend weisen die Autoren darauf hin, dass es gälte, Faktoren in den Blick zu nehmen, welche die meisten Interventionen beeinflussten (Mediatoren), z.B. soziale Interaktion. (14)

#### ***Themenschwerpunkt 5: Dienstleistungen im häuslichen Bereich***

Eine weitere Gruppe von Studien untersucht den Bereich der häuslichen Pflege: Eine Studie aus England stellt eine bestimmte Form der Übergangspflege vor. 2/3 aller Klienten kehren in die eigene Wohnung zurück, Krankenhausaufenthalte konnten vermieden und die Rückkehr in die eigene Wohnung beschleunigt werden. Entscheidende Faktoren für den Erfolg sind sehr gute Assessmentkompetenzen der Pflegenden, eine gute Kenntnis der vorhandenen lokalen Möglichkeiten, eine enge Vernetzung mit Dienstleistungsanbietern und gehobene Koordinationsfähigkeiten. (15) Haushaltshilfen aus anderen Ländern werden in der letzten Zeit vermehrt in der Forschung thematisiert. Vorliegende Arbeit stellt fest, dass Menschen aus anderen Kulturen andere ethische Haltungen an den Tag legen, als die Personen des Gastgeberlandes: so sind sie eher mit ethisch problematischen Lösungen einverstanden, wie z.B. gewaltsame Verabreichung von Nahrung, Einschließen, lehnen aber andererseits Ortungsgeräte strikt ab, die in den Gastgeberländern zunehmend Verbreitung finden. Die Studie resümiert: ohne geregelte Ausbildung und regelmäßige Kontrolle sollten Haushaltshilfen nicht beschäftigt werden dürfen. (16) Die letzten Tage vor dem Tod in der eigenen Häuslichkeit sind Gegenstand dieser Studie: in unterschiedlichen Ländern sind verschiedene Praktiken verbreitet – in den USA erfolgen vermehrt Transfers in Kliniken, die in den Niederlanden vermieden werden mit der Folge, dass dort vermehrt Menschen zuhause an Lungenentzündung versterben. Kulturelle Werte und gesellschaftliche Entwicklungen wirken sich erkennbar auf die Versorgung aus. In der Mehrzahl wünschen sich die betroffenen alten Menschen keine aggressiven Behandlungen am Lebensende. Angehörige benötigen in der Sterbesituation vermehrt kompetente Begleitung und Beratung, um ethisch anspruchsvolle Sachverhalte zu durchdringen und zu tragfähigen Entscheidungen zu gelangen. (17) In den Niederlanden ist es gelungen, im Rahmen eines Delphi-Prozesses ein nationales Konsenspapier zum Fallmanagement zu erstellen. Beschrieben werden die einzelnen Komponenten sowie die Voraussetzungen für Fallmanagement. Zwei Problembereiche werden dabei deutlich: Fallmanagement muss das gesamte Gesundheitssystem durchdringen, um wirksam zu sein - Teillösungen wirken nicht. Zum anderen: Die Kontroverse, ob Fallmanagement praktische Hilfe ausschließt oder nicht, konnte nicht gelöst werden. Viele Fallmanager sind der Auffassung, dass Beratung ohne praktische Hilfe nicht möglich sei (transitive oder Expertenberatung). Andere

wiederum favorisieren die Abstinenz des Beraters (reflexive oder Prozessberatung) von der Durchführung von Hilfen als wesentlich für die Effektivität von Beratung. (18)

### **Themenschwerpunkt 6: Dienstleistungen in der Stationären Altenhilfe**

Auch zu Dienstleistungen im stationären Bereich liegen zwei Arbeiten vor: Erneut wurde bestätigt, dass Umzüge nicht notwendigerweise die Lebensqualität verschlechtern – wie es fälschlicherweise oft angenommen wird; dies in der Annahme, ein einmal bezogenes Zimmer sollte der Bewohner bis zum Lebensende behalten. Ist der Ort, wohin umgezogen wird, personell und milieubezogen auf Art und Schweregrad der Demenz gezielt ausgerichtet, dann verbessert sich sogar die Lebensqualität. Der wichtigste Faktor bei Umzügen allerdings: die gezielte Vorbereitung und Schulung der Mitarbeiter. In vorliegender Studie stellte sich eine umfassende personenzentrierte Fortbildung als wichtigste Voraussetzung für die erfolgreiche Bewältigung von Umzügen heraus. Besonders mobile Menschen mit Demenz mit herausforderndem Verhalten profitieren von Umzügen. (19) Eine weitere, sehr umfassende Studie untersucht Kommunikations- und Interaktionsstile von MitarbeiterInnen mit BewohnerInnen im stationären Kontext. Die „Ordnungsorientierung“ aller Bereiche – auch der legislativen und ordnungsrechtlichen – wird als zentrale Barriere für die Entwicklung personenzentrierter Praxis herausgearbeitet. Interaktionen stellen sich wie ein Theaterstück mit festgelegten Rollen dar, die ewig wiederholt und damit verfestigt werden. Darin spielt ein besonderer Kommunikationsstil, den die Autoren „care-speak“ nennen, eine zentrale Rolle. Zudem erleben Pflegende einen enormen Druck, „wohnmöbeltaugliche Bewohner“ zu präsentieren: daran wird von innen und außen die Leistung gemessen. Alle Faktoren zusammen verunmöglichen fast jede Art von tiefer gehender Begegnung oder Austausch. Non-verbaler Selbstaussdruck wird einseitig symptomatologisch verstanden. Insgesamt – so die Autoren – erwerben Pflegende durch Ausbildung und Praxisinitiation einen sprachlichen und wahrnehmungsbezogenen Tunnelblick, der alles, was nicht mit Kontrolle und Aufgabenerledigung zu tun hat, systemisch ausblendet. Die Autoren resümieren, dass sich seit Kitwoods Idee der malignen Sozialpsychologie in der Praxis nicht viel geändert hat: die Haltung sei inzwischen personenzentriert, die Praxis aber funktional wie eh und je. (20)

### **Themenschwerpunkt 7: Pflegende Angehörige (PA)**

In diesen Newsletter haben wir nur eine Studie zu Pflegenden Angehörigen aufgenommen, diesmal zu Kindern: diese tauchen nicht selten als Pflegende ihrer früh an Demenz erkrankten Eltern auf. Kinder tendieren dazu, die eigene Pflegerolle zu minimieren und eine „falsche Reife“ aufgrund der übergroßen Verantwortung zu entwickeln. Kindliche Bedürfnisse kommen dann zu kurz. In den Interviews gaben Kinder zu erkennen, dass es für sie hilfreich sein könnte, sich mit anderen pflegenden Kindern auszutauschen. Die Autoren werben abschließend, dass Kindern seitens der pflegerischen Dienste mehr Beachtung zukommen müsse und regional entsprechende Angebote zur Begleitung pflegender Kinder entwickelt werden sollten. (21)

### **Themenschwerpunkt 8: Professionell Pflegende (PP)**

Zum Abschluss zwei Studien, die sich den professionell Pflegenden widmen: Deren Belastungserleben ist am höchsten, wenn die versorgten Personen an Schmerzen leiden und emotional bedingte Verhaltensveränderungen zeigen (Trauer, Depression, Angst): das Miterleben von Stress löst bei den Pflegenden seinerseits Stress aus. Schlagen Schmerzmittel oder Psychopharmaka wenig an, dann führen Schmerzen oder anhaltende Angst auch zu disruptivem, sozial auffälligem Verhalten und zum Widerstand gegen die Pflege. Dies wiederum erhöht den Stress der Pflegenden. (22) Es ist aus anderen Studien bekannt, dass um die 40% aller Krankenhauseinweisungen bei höherer Kompetenz der Pflegenden hätten vermieden werden können. Die meisten Probleme haben Pflegende mit Klienten, die Schmerzen haben, an Infektionen leiden und psychotisches Verhalten an den Tag le-

gen. Je höher die Assessmentkompetenz der Pflegenden (vgl. 15), desto schneller werden Probleme erkannt und angegangen. Die Autoren resümieren: Pflegende benötigten mehr gezieltes Wissen über die Zusammenhänge von Verhaltensveränderungen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen. (23)

Wir hoffen, Ihnen mit dieser Auswahl von Studien erneut interessante Anregungen für die eigene Praxis oder Forschung gegeben zu haben. Wie immer würden wir uns über Rückmeldungen Ihrerseits freuen und hoffen, Sie auch in Zukunft für unseren Newsletter interessieren zu können.

Ihr Team des Dialog- und Transferzentrums Demenz (DZD)

## Inhaltsverzeichnis

Editorial .....	7
1. Menschen mit Demenz haben trotz ihrer Krankheit Hoffnung auf ein sinnvolles Leben.....	13
2. Depressivität beeinflusst den kognitiven Niedergang negativ.....	14
3. Eine wohnliche Umgebung und Orte mit klarer Zweckbestimmung reduzieren das Umhergehen.....	15
4. Unbeaufsichtigtes Verlassen der Wohnung und Stürze stellen gravierende Risikofaktoren im häuslichen Bereich dar .....	17
5. Schmerzen, Depressivität, Ängste und Schlafstörungen sind die vermutlich wichtigsten Ursachen für verbale Unruhe (Vokalisierungen) .....	18
6. Prämorbidie Persönlichkeit hängt deutlich mit herausforderndem Verhalten zusammen.....	20
7. Paranoide und schizoide Persönlichkeitszüge legen einen frühen Beginn der Alzheimerdemenz nahe .....	22
8. Bessere Personalausstattung verringert Agitiertheit und Psychopharmaka.....	24
9. Ob Lügen hilft oder nicht bleibt umstritten.....	25
10. Nachmittage eignen sich zur Aktivierung besser als Vormittage .....	27
11. Bewegung ist ein protektiver Faktor gegen vaskuläre Demenz.....	29
12. Körperliche Übungen für Heimbewohner mit Depressionen haben keine Wirkung auf das psychische Wohlbefinden .....	30
13. Musik, Handmassage und Sport stellen erwiesenermaßen gute Interventionen für Menschen mit Demenz dar .....	32
14. Nicht-pharmakologische Therapien bedürfen dringend einer besseren Evidenzbasierung .....	33
15. Übergangspflege ermöglicht den Verbleib in der eigenen Wohnung.....	35
16. Haushaltshilfen aus anderen Kulturen weisen andere Haltung zum Missbrauch alter Menschen auf .....	37
17. Wenig vorhandenes Wissen über die letzten Tage in der häuslichen Versorgung von Menschen mit Demenz .....	38
18. Experten einigen sich auf Konsenspapier zum Fallmanagement für Menschen mit Demenz .....	40
19. Gut vorbereitete Umzüge steigern die Lebensqualität von Menschen mit Demenz...	42
20. Ordnungsorientierung stellt die zentrale Barriere in der Kommunikation und Interaktion mit Menschen mit Demenz dar .....	44
21. Kinder demenzkranker Eltern zeigen eine problematische „falsche Reife“ .....	47
22. Schmerzen und Depressivität von Menschen mit Demenz gehen mit erhöhtem Belastungserleben der Pflegenden einher .....	49
23. Je höher die Assessmentkompetenz der Pflegenden, desto eher werden gesundheitliche Probleme erkannt.....	51

## **1. Menschen mit Demenz haben trotz ihrer Krankheit Hoffnung auf ein sinnvolles Leben**

### **Ziel/Hintergrund:**

Die bisherige Literatur über positive Erfahrungen von Menschen mit Demenz ist eher dünn gestreut. Bisherige Untersuchungen lassen vermuten, dass der Hoffnung besondere Bedeutung zukommt. Dieser Begriff hat unterschiedliche Konnotationen (Orientierung an einer positiven Zukunft, Verlangen etwas zu erreichen, eher generalisierte Bedeutungen wie: das Leben wird lebenswert bleiben trotz Unsicherheiten und Herausforderungen). - Vorliegende Studie untersucht, welche subjektiven Erfahrungen eine Gruppe von Menschen mit Demenz im Frühstadium der Erkrankung mit Hoffnung verbinden.

### **Methode:**

Es handelt sich um eine Gelegenheitsstichprobe von zehn Personen, die eine Memory-Klinik im Norden Englands besuchen und die im Rahmen eines halbstrukturierten Fragebogens interviewt wurden. Die Daten wurden phänomenologisch untersucht (Interpretative Phenomenological Analysis) in der Absicht, die Perspektive der Befragten herauszuarbeiten. In mehreren Wellen wurden die Daten verdichtet und interpretiert.

### **Resultate:**

Zwei Hauptbereiche (Leben in Hoffnung oder Sterben in Verzweiflung, am Leben bleiben und dabei gut leben) mit einigen Unterthemen konnten ausgemacht werden. Im ersten Bereich fanden sich Themen wie: starke familiäre Hoffnungstraditionen, Probleme als zu bewältigende Herausforderungen zu betrachten, Versöhnung mit den durch die Erkrankung gegebenen Grenzen, die Hoffnung auf kleinere, aber machbare Ziele richten. Im zweiten Bereich fanden sich Themen wie: die eigene Gesundheit und möglichst viel Selbstständigkeit erhalten, Beziehungen pflegen und immer einen Schritt nach dem anderen zu tun. Tätig zu sein wird als Kraft für Hoffnung eingeschätzt.

### **Schlussfolgerungen:**

Hoffnung ist ein aktiver Prozess, der auf erlernten Hoffungsstrategien/-traditionen beruht und es erleichtert, weiterzumachen und Herausforderungen zu bestehen. Auf Zukunft bezogene Themen der Hoffnung spielen eher weniger eine Rolle, dagegen treten die eher generalisierten Bedeutungen in den Vordergrund. Generalisierte Hoffnungen haben die Bedeutung, dem Leben einen Sinn abzugewinnen, eine Motivation das Leben fortzusetzen. Die Hoffnungen der Teilnehmenden hatten keine illusorischen Züge, sondern richteten sich in Anerkennung der Krankheitsgrenzen auf eher emotionale und beziehungsorientierte Inhalte. – Die Autoren diskutieren die Verbindung zu den Begriffen der Resilienz und des Optimismus. Hierbei wird Resilienz als Fähigkeit verstanden, auch in schwierigen Situationen Hoffnungen zu behalten. – Insgesamt schlussfolgern die Autoren, dass Menschen mit Demenz sich bezüglich der Eigenschaft Hoffnung nicht von alten Menschen insgesamt unterscheiden. Gravierende Herausforderungen führen eher dazu, die Hoffnungen anzupassen und zu generalisieren, nicht aber zur Aufgabe von Hoffnung.

**Quelle: Wolverson EL, Clarke C, Monitz-Cook E (2010) Remaining hopeful in early-stage dementia: A qualitative study. Aging & Mental Health 14(4) 450-460**

## **2. Depressivität beeinflusst den kognitiven Niedergang negativ**

### **Ziel/Hintergrund:**

Die meisten Studien zum Thema Demenz und Depression kommen zu dem Ergebnis, dass Depressivität nicht nur mit funktionalen Einbußen, schlechter Lebensqualität, Verhaltensveränderungen, sondern auch mit einer schwereren Form der kognitiven Einbußen, insbesondere der Exekutivfunktionen, einhergeht. Es ist umstritten, ob Depressivität per se die kognitive Beeinträchtigung negativ über die Effekte der Demenz hinaus beeinflusst (Mediator). Die Depressivität im Kontext der Demenz stellt sich eher verhaltensbezogen (Apathie), als stimmungsbezogen (Niedergeschlagenheit, suizidale Ideen) dar.

Vorliegende Studie überprüft zunächst ein bestimmtes Instrument auf das Potential, zwischen kognitiv Beeinträchtigten mit (D+) und ohne Depression (D-) zu unterscheiden (Hierarchic Dementia Scale). Des Weiteren wird untersucht, in welchem Umfang die Messungen kognitiver Leistungen mit bestimmten Subtypen der Depressivität einhergehen.

### **Methode:**

Daten einer Gelegenheitsstichprobe von 150 Personen aus Einrichtungen der Langzeitpflege wurden verwendet. Ein weiteres Instrument zur Erfassung von Depressivität wird vorgestellt. Gezielt fortgebildete Pflegekräfte erheben die Daten.

### **Resultate:**

D+ Klienten wiesen eine schwerere kognitive Beeinträchtigung auf als D- Klienten, insbesondere in den Dimensionen Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, Rechenfähigkeit und Sprache. Personen mit Demenz und Depression (D+) fielen durch einen hohen Anteil verhaltensbedingter Veränderungen auf, insbesondere die (depressiogene) Agitiertheit/Unruhe und retardierte Bewegungen (auffällige Verlangsamung), vielfache physische Beschwerden und einem Interessenverlust.

### **Schlussfolgerungen:**

Die Annahme, dass Depressivität kognitive Beeinträchtigungen von Menschen mit Demenz zusätzlich verringert, konnte bestätigt werden. Während Agitiertheit und Retardiertheit mit geringeren kognitiven Funktionen korrelierten, waren bessere kognitive Leistungen von Menschen mit Demenz eher gekennzeichnet durch einhergehende suizidale Ideen und Selbstentwertungen und -beschuldigungen. Letztere aber fehlen bei der D+ Gruppe.

Die Autoren erklären sich die Zusammenhänge folgend: je mehr Personen Einsicht in ihre Verfassung besitzen, desto eher können sie suizidalen Gedanken nachgehen und selbstentwertende Gedanken hegen. - Weitere Analysen der Daten ergeben, dass die Korrelation von Depressivität und schwächeren kognitiven Funktionen nicht auf die leichte Demenz und MCI (Mild Cognitive Impairment) beschränkt ist, sondern für die Gesamtdauer der Demenz zutrifft.

Abschließend unterstrichen die Autoren die Notwendigkeit, depressive Symptome bei Menschen mit Demenz frühzeitig zu erkennen und Pflegende dahingehend gezielt zu schulen.

**Quelle: Hudon C, Voyer P, Tremblay I, Tardif S, Carmichael P-H (2010) Differentiation of the pattern of cognitive impairment between depressed and non-depressed patients with dementia living in long-term facilities. Aging & Mental Health 14(3) 292-302**

### **3. Eine wohnliche Umgebung und Orte mit klarer Zweckbestimmung reduzieren das Umhergehen**

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

Umhergehen<sup>1</sup> ist ein Verhalten, das im Kontext der Demenz zuweilen mit negativen Konsequenzen für die Person einhergeht (verloren gehen, Erschöpfung, Stürze), zum anderen aber als Selbstaussdruck der Person eine mögliche Ressource darstellt. Es wird angenommen, dass bestimmte Umweltcharakteristika das Umhergehen begünstigen oder auch reduzieren. In der Literatur werden als Faktoren diskutiert: Beleuchtung, Geräuschpegel, offene Areale, Tageszeit und Unvertrautheit mit der Umgebung. Auch sozial-emotionale Faktoren werden diskutiert: die Zusammensetzung der MitarbeiterInnen, die Anwesenheit anderer Klienten, die Behaglichkeit der Umgebung. – Eher zielloses Umhergehen wird im Rahmen des NDB-Modells (Need-Driven Compromised Behaviour Model) als Ausdruck unerfüllter Bedürfnisse verstanden. Oben genannte Faktoren werden u.a. als mögliche Auslöser für Umhergehen verstanden, so dass deren Modifikation (je nach Zielsetzung) Umhergehen eher zu fördern oder zu reduzieren vermag. – Vorliegende Studie geht den Fragen nach: Gibt es bestimmte Umweltmerkmale, die mit Umhergehen erkennbar einhergehen? Sagen diese Merkmale Umherwandern voraus?

#### **Methode:**

Es handelt sich um eine deskriptiv (beschreibend) angelegte Korrelationsstudie anhand einer Gelegenheitsstichprobe. In 22 Heimen und sechs Einrichtungen des betreuten Wohnens wurden 122 Personen an zwei nicht aufeinander folgenden Tagen 12 x 20 Minuten gefilmt. Die Personen waren mobil und wiesen zumeist eine schwere Demenz auf (Durchschnitt MMSE 7,4). Die Aufnahmen wurden kodiert: Rund 50% aller Filmszenen wiesen Umhergehen auf. Instrumente werden beschrieben, anhand derer Umweltmerkmale (Geräusche, Beleuchtung, Temperatur, Behaglichkeit und - beengende - Gegenwart anderer Personen /crowding) abgebildet wurden.

#### **Resultate:**

Zu 80% hielten sich die Personen im eigenen Raum, im Tagesraum, in der Eingangshalle sowie im Speisesaal auf. Helles Licht, Unterschiede im Geräuschpegel, eine anregende Umgebung sowie die Gegenwart anderer Personen gingen mit Umhergehen einher; eine eher ruhige Umgebung ging mit einer Reduktion einher.

#### **Schlussfolgerungen:**

Umhergehen geschieht primär im eigenen Raum oder in größeren öffentlichen Freiräumen; insbesondere die Eingangshalle sowie der Speiseraum scheinen mit Umhergehen zu korrelieren. Wollte man Umhergehen einschränken, müsste man diese Faktoren modifizieren (z.B. durch eine eher kleine und gemütliche Wohnung). Wird soziale Interaktion ermöglicht (im Rahmen von gezielten Tagesaktivitäten), ist die Umgebung behaglicher und ruhiger und haben Räume einen bestimmten Zweck (z.B. um dort zu werken oder Gymnastik durchzuführen), nimmt das Umhergehen ab. Ist also ein Ort mit einem bestimmten Zweck verbunden, dann scheint dies das Umhergehen zu reduzieren. Damit könnte umgekehrt gelten: Gehen Personen an solchen Orten ziellos umher, könnte dem eine zunächst nicht erkennbare Absicht/Bedürfnis zugrunde liegen, wie z.B. die Suche nach Essbarem, die Suche nach der Toilette oder die Verkennung des Ortes (z.B. beim Eindringen in die Räume anderer Personen).

---

<sup>1</sup> Im Bemühen einen möglichst wertneutralen Ausdruck zu finden, wird „wandering“ hier mit Umhergehen übersetzt

Dies wiederum bedeutet, dass alle Orte in einer Einrichtung mit einem möglichst klar erkennbarem Zweck verbunden sein sollten, wollte man zielloses Umhergehen beeinflussen.

**Quelle: Algase DL, Beattie ERA, Antonakos C, Beel-Bates CA, Yao L (2010) Wanderin-  
gang the Physical Environment. American Journal of Alzheimer's Disease & Other De-  
mentias 25(4) 340-346**



#### **4. Unbeaufsichtigtes Verlassen der Wohnung und Stürze stellen gravierende Risikofaktoren im häuslichen Bereich dar**

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

Unbeaufsichtigtes Verlassen der Wohnung (UVW) und Stürze stellen zwei erhebliche Risikofaktoren für die häusliche Versorgung von Menschen mit Demenz dar. Bisherige Literatur rechnet damit, dass bis zu 60% aller Personen an irgendeinem Zeitpunkt die Wohnung unbeaufsichtigt verlassen. – Vorliegende Studie beschreibt Häufigkeiten der Verletzungen von Menschen mit Demenz in der eigenen Wohnung und Häufigkeiten und Umstände von UVW.

##### **Methode:**

Daten wurden erhoben im Rahmen einer anderen Untersuchung, welche ein Überwachungssystem für die Nacht evaluierte. Dyaden von Menschen mit Demenz und PA wurden auf zwei Zufallsgruppen verteilt (Interventionsgruppe und Kontrollgruppe). Innerhalb eines Jahres wurden an neun Zeitpunkten Daten zu UVW und Verletzungen erhoben.

##### **Resultate:**

Insgesamt konnten Daten von 53 Personen herangezogen werden (26 in der Interventions, 27 in der Kontrollgruppe).

UVW: 13 Personen (25%) wiesen mindestens einen UVW auf, insgesamt kamen 23 UVW vor. Davon entfielen auf den Tag 14, auf die Nacht sieben Vorkommnisse. Männer waren deutlich mehr von UVW betroffen als Frauen und deutlich jünger (75 J) als der Durchschnitt der Gesamtgruppe (81 J). Zusammenhänge mit Art und Schwere der Demenz sowie mit herausforderndem Verhalten konnten nicht festgestellt werden. 43% wurden auf dem eigenen Grundstück, 57% in unmittelbarer Nachbarschaft aufgefunden: am Tage eher in der Nachbarschaft (73%), in der Nacht eher auf eigenem Grund (86%). Zwei Personen hatten sich bei den UVW verletzt.

Verletzungen: 16 Personen (30%) erlitten in dem Jahr Verletzungen, in der Mehrzahl Frakturen (25%) durch Stürze. Diese wurden zu 66% in der eigenen Häuslichkeit erlitten. In Folge der Stürze wurden 25% in einem Heim untergebracht.

##### **Schlussfolgerungen:**

UVW und Verletzungen kommen häufig vor mit zum Teil gravierenden Konsequenzen für die Betroffenen. Die Autoren diskutieren diverse Systeme und Technologien, um PA rechtzeitig beim UVW zu warnen: Telefonsysteme haben nur dann Sinn, wenn die Personen beim Verlassen entsprechende Geräusche machen. Alarmsysteme können die Person mit Demenz verstören und die Unruhe steigern. Zur Prävention von Stürzen wird die Überprüfung der Medikation sowie ausreichend Bewegung empfohlen. Zur Zeit gibt es wenig Forschung, die bestimmte Strategien im häuslichen Bereich evidenzbasiert nahe legen. Abschließend wird die Belastung durch UVW und Stürze für PA diskutiert und empfohlen, vielfältige häusliche Unterstützungsdienste aufzubauen um die „Überwachungslast“ für PA zu reduzieren.

**Quelle: Rowe MA, Ahn HC, Benito AP, Stone H, Wilson A, Kairalla J (2010) Injuries and Unattended Home Exits in Persons With Dementia: A 12-Month Prospective Study. American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias 25(1) 27-31**

## **5. Schmerzen, Depressivität, Ängste und Schlafstörungen sind die vermutlich wichtigsten Ursachen für verbale Unruhe (Vokalisierungen)**

### **Ziel/Hintergrund:**

Verbale Unruhe (VU: Worte und Fragen wiederholen, rufen, verbale Aggression) kommt in vielen Demenzverläufen vor (10-52%), ist schwer zu beeinflussen und hat oft negative Folgen für die Person selbst aber auch für die Umgebung. Isolierung und Übermedikation sind nicht selten. Zwei wesentliche beeinflussende Faktoren werden diskutiert: 1. Persönliche Faktoren wie weibliches Geschlecht, schwere kognitive Beeinträchtigung, Abhängigkeit, Schmerzen, Depressivität und Schlafstörungen sowie 2. Umgebungsfaktoren wie soziale Isolierung, Fixierung und Tageszeit. – Unbehagen („discomfort“) scheint vielen dieser Faktoren zugrunde zu liegen, verstanden als negativer Affekt und negative physische Verfassung. Der Begriff Unbehagen wird als umfassender als der Begriff Schmerz aufgefasst. – Ziel der Studie ist es, die bisherigen Arbeiten über die Beziehung zwischen VU und Unbehagen zusammenzufassen (review).

### **Theoretische Modelle:**

Im Kontext der Lerntheorie geht man davon aus, dass VU verstärkt wird durch die Aufmerksamkeit, die damit erzielt wird. Andere Autoren gehen davon aus, dass VU als Folge der sozialen und sensorischen Isolation zu verstehen ist, mit dem Verhalten Gefühle ausgedrückt und Selbststimulation bewirkt werden. Empirische Untersuchungen haben gezeigt, dass sensorische Stimulation und soziale Interaktion VU reduzieren.

Zwei Verstehensansätze beziehen VU und Unbehagen aufeinander: 1. Das Modell der abnehmenden Stressschwelle (Progressive Lowered Stress Threshold) nimmt an, dass die Fähigkeit, mit Belastungen umzugehen, in der Demenz kontinuierlich abnimmt. Erschöpfung, Umgebungsveränderungen, Über-/Unterstimulation, zu hohe Anforderungen, belastende Krankheiten sowie seelisches Leiden akkumulieren und lösen VU aus. 2. Das Modell der von unerfüllten Bedürfnissen ausgehenden Verhaltensweisen (Need-Drive Dementia-Compromised Behavior) geht ursächlich von einer ähnlichen Konstellation aus: Unbehagen wird ausgelöst durch eine Kombination von geringer Aufmerksamkeit, Verlust von Sprachfähigkeit und schlechten Gesundheitszuständen, die zusammen intensive negative Emotionen auslösen und nicht anders als durch verbale Unruhe ausgedrückt werden können.

Nach dem ersten Modell ist anzunehmen, dass ein Ignorieren des VU-Verhaltens zusammen mit einer Belohnung angemessenen Verhaltens die verbale Unruhe reduziert; nach dem zweiten Modell müssten Maßnahmen, welche die Ursachen von Unbehagen (z.B. Hunger, Kälte, Schmerzen) beseitigen, VU reduzieren.

### **Akzeptanz:**

Im Rahmen einer empirischen Untersuchung wurden 69 ältere Menschen (Durchschnittsalter 67 Jahre) anhand von Fallvignetten befragt, welche der drei Interventionen: Direkte Interaktion, differenzielle Verstärkung (angemessenen Verhaltens) oder eine medikamentöse Therapie (Risperdal) sie als angemessen beurteilen. Direkte Interaktion wurde als beste Lösung beurteilt, weil hier die zugrunde liegenden Bedürfnisse befriedigt werden; das Verhalten zu löschen ohne die zugrunde liegenden Bedürfnisse zu erkunden, wurde reservierter betrachtet: angemessenes Verhalten zu belohnen erschien als eine infantilisierende Strategie. Interessant: Im Falle sehr schwerer Formen von VU wurden beide Verfahren für beinahe gleich gut bewertet. Je gravierender die Störung, desto eher werden auch Verfahren akzeptiert, die als fragwürdig beurteilt werden.

### **Empirische Untersuchungen:**

Eine signifikante Beziehung zwischen Unbehagen insgesamt und verbaler Unruhe wurde mehrfach nachgewiesen. Einige Untersuchungen stellen einen Zusammenhang zwischen Unbehagen und Aggressivität her, andere kommen zu gegenteiligen Schlüssen. Schmer-

zen, Depressivität und Schlafstörungen weisen einen deutlichen Zusammenhang mit Unbehagen und genauer mit VU auf. Bezüglich Umgebungsvariablen sind es insbesondere der Kontext der Pflege, die Fixierung sowie die Tageszeit (sundowning). Insgesamt wird die Evidenz als dürftig beurteilt: der Nachweis von Korrelationen stellt keine ursächlichen Zusammenhänge her, es gibt viele andere mögliche mitverursachende Faktoren (z.B. Abhängigkeit), in der Regel kann die spezifische Ursache von VU nicht nachgewiesen werden und zuletzt wird in den Studien zu wenig zwischen unterschiedlichen Formen von VU unterschieden.

#### **Praktische Schlussfolgerungen:**

Es werden eine ganze Reihe von Assessmentinstrumenten vorgestellt, die herausforderndes Verhalten, Unbehagen, Schmerzen, Depressivität und Schlafstörungen abbilden. Intensiver wird auf das STI (Serial Trial Intervention: stufenweise Abklärung und Behandlung unerfüllter Bedürfnisse) eingegangen, bei dem Unbehagen parallel analysiert und behandelt wird und eine jede Abklärungsstufe Voraussetzung für die nächste darstellt. Die Autoren messen diesem Ansatz Bedeutung zu, kritisieren aber die Fixierung auf das Schmerzthema, die mangelhafte Berücksichtigung psychologischen Unbehagens (Depressivität, Angst, Schlafstörungen) als eine möglichen Quelle für VU (vgl. Monitor 10,4) sowie eine mangelnde Würdigung der Bedeutsamkeit von Antidepressiva und Benzodiazepinen (Beruhigungsmitteln). Bisherige Untersuchungen des STI belegen, dass es zwar zu einer vermehrten Gabe von Schmerzmitteln, nicht aber zu einem vermehrten Einsatz nichtpharmakologischer Strategien führt. Insgesamt aber trägt STI dazu bei, Unbehagen zu reduzieren.

#### **Schlussfolgerungen insgesamt:**

Schmerzen, Depressionen, Ängste und Schlafstörungen sind vermutlich die Hauptursachen von VU. Wie genau sie mit welchen VU verbunden sind, ist unbekannt. Unbehagen insgesamt zu reduzieren ist z. Zt. der beste Weg zur Prävention von VU.

**Quelle: Lemay M, Landreville P (2010) Verbal Agitation in Dementia: The Role of Discomfort. American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias 25(3) 193-201**

**Landreville P, LeBlanc V (2010) Older Adult's Acceptability Ratings of Treatments für Verbal Agitation in Persons with Dementia. American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias 25(2) 134-141**

## **6. Prämorbid Persönlichkeit hängt deutlich mit herausforderndem Verhalten zusammen**

### **Ziel/Hintergrund:**

Der Versuch, unterschiedliche Formen herausfordernden Verhaltens rein biologisch zu erklären, hat bislang wenig empirische und theoretische Evidenz und übersieht die individuelle Erfahrung der Person sowie ihren soziokulturellen Kontext. Psychologische Erklärungsversuche dagegen ziehen Persönlichkeitsprofile im Rahmen komplexer und vielschichtiger Erklärungsversuche heran. – In der Regel wird im Rahmen der gängigen Persönlichkeitstheorie („trait theory“) angenommen, dass Persönlichkeitsmerkmale über das Leben hinweg relativ stabil bleiben und im Kontext der Demenz die alterstypischen Zuspitzungen eine Zunahme neurotischer Entwicklungen (Apathie/Depressivität vs. Agitiertheit) aufweisen. Ein hoher Faktor der Merkmale Offenheit und Verträglichkeit vor Beginn der Demenz scheint diese neurotischen Zuspitzungen deutlich zu reduzieren. U.a. deswegen liegt nahe, einen Zusammenhang zwischen Persönlichkeitsmerkmalen vor der Demenz und herausforderndem Verhalten in der Demenz zu vermuten. - Vorliegende Studie fasst die bisherigen Befunde zu diesem Thema zusammen.

### **Methode:**

Beschrieben wird die Suchstrategie in internationalen Datenbanken inklusive der Auswahlkriterien.

### **Resultate:**

Insgesamt konnten 34 Studien näher untersucht werden. Beschrieben wird die Anzahl und Charakteristika der insgesamt von den Studien erfassten Personen, die Methoden, um herausforderndes Verhalten und Persönlichkeit zu erfassen sowie die Qualität der zum Einsatz gekommenen Analyseverfahren. Die Qualität der Studien insgesamt wird mit mittel bis niedrig beschrieben. In der Regel handelt es sich um Korrelationsstudien mit Gelegenheitsstichproben. Persönlichkeit vor der Erkrankung wurde in der Regel retrospektiv eingeschätzt, keine der Studien stellt eine Langzeitstudie mit prospektivem Design dar.

In der Mehrzahl kommen die Studien zu positiven und negativen Korrelationen zwischen prämorbidem Verhalten und herausforderndem Verhalten. Insbesondere Unruhe, Aggressivität und Irritierbarkeit sowie Apathie, Depressivität und Passivität weisen Zusammenhänge mit Persönlichkeitszügen vor Krankheitsbeginn auf. Verträglichkeit und Offenheit sind negativ korreliert, d.h. sprechen eher für ein geringes Niveau an herausforderndem Verhalten in der Demenz. Hoher Neurotizismus (Depressivität, Angst, Zwänge) vor der Erkrankung gehen mit Depressivität in der Demenz einher; Extrovertiertheit vor der Erkrankung geht mit geringem Umhergehen (wandering) einher.

### **Schlussfolgerungen:**

Insgesamt 72% aller Studien belegen einen Zusammenhang zwischen prämorbidem Verhalten und herausforderndem Verhalten. Lebenslange negative Emotionalität in Verbindung mit Neurotizismus scheint die psychische Verletzbarkeit und damit herausforderndes Verhalten zu begünstigen.

Extrovertiertheit zusammen mit einem Streben nach Harmonie und Kooperation wird – wenn im Leben ausgeprägt – von der Demenz wenig verändert. Ein hohes Maß an prämorbidem Verhalten geht einher mit geringer Aggressionsbereitschaft. -

Eingrenzend halten die Autoren fest, dass in den Studien keine repräsentativen Untersuchungsgruppen vorliegen und der Mangel an Langzeitstudien mit prospektivem Design keine kausale Aussagen ermöglicht. Zudem haben herausfordernde Verhaltensweisen vielfache Ursachen: ein und dasselbe Verhalten kann verschiedene Ursachen haben, kann Verschiedenes zu unterschiedlichen Zeiten bei derselben Person bedeuten. Verhalten kann auch resultieren aus Fehlanpassung an die Umgebung, aus unerfüllten Bedürfnissen und

Umgebungsveränderungen. In Bezug auf Persönlichkeit ist zu bedenken, dass unterschiedliche theoretische Perspektiven Charaktereigenschaften, Emotionen, Bewältigungs- und Copingmechanismen auf unterschiedliche Weise differenzieren, die Grenzen zwischen Wesenseigenschaften unterschiedlich gezogen und operationalisiert werden und insgesamt Abbildungen der Persönlichkeit kein unumstrittenes methodisches Gelände darstellen. Insgesamt plädieren die Autoren dafür, die emotionale und psychologische Geschichte der Klienten zu recherchieren und zu berücksichtigen, wenn man versucht, herausforderndes Verhalten zu verstehen.

**Quelle: Osborne H, Simpson J, Stokes G (2010) The relationship between pre-morbid personality and challenging behaviour in people with dementia: A systematic review. Aging & Mental Health 14(5) 503-515**

## **7. Paranoide und schizoide Persönlichkeitszüge legen einen frühen Beginn der Alzheimerdemenz nahe**

### **Ziel/Hintergrund:**

Bisherige Arbeiten zu diesem Thema führten zu der Annahme, dass Menschen mit Demenz vor Demenzbeginn (prämorbid) einen hohen Grad an neurotischen Persönlichkeitsanteilen zeigen (Neurotizismus, z.B. soziale Passivität, Depressivität, zwanghafte Züge). Allerdings rechnet man nach neuem Stand der Forschung mit einer langen Vorlaufzeit der Erkrankung, in der neuropathologische Prozesse bereits wirksam sind und auch zu Persönlichkeitsveränderungen beitragen, allerdings auf einer noch nicht klinisch relevanten Ebene (vorklinisches Prodrom). Bisherige Studien unterliegen der Gefahr, eher prodromale (also schon zu den Vorläufersymptomen der Demenz zugehörige Auffälligkeiten) als prämorbid Aspekte der Persönlichkeit dargestellt zu haben. – Vorliegende Studie untersucht Zusammenhänge zwischen prämorbidem Persönlichkeitszügen, sozialen Netzwerken und Demenz vom Alzheimer Typ.

### **Methode:**

217 Personen mit spät einsetzender Demenz im Alter wurden im Zusammenhang mit psychiatrischen Einrichtungen in London (UK) für die Studie gewonnen (Fallgruppe). Die Kontrollgruppe bestand aus 76 Geschwistern der ersten Gruppe (also Personen, die unter sehr ähnlichen Bedingungen aufgewachsen waren). Für jedes Mitglied der Fall- und Kontrollgruppe musste es mindestens einen Informanten geben, der die Person mit Demenz bzw. das Geschwister in ihren vierziger Jahren gut kannte. Beschrieben werden Instrumente, anhand derer die Informanten die Persönlichkeitszüge der Fall- und Kontrollgruppe in den 40ern rückblickend einschätzten. Zudem erfolgte ein Telefoninterview, in dem soziale Aktivitäten und Persönlichkeitszüge erfragt wurden.

### **Resultate:**

Menschen mit Demenz wiesen eine deutlich größere Anzahl von Persönlichkeitsveränderungen (Neurotizismen) in ihren Vierzigern auf mit Ausnahme zwanghafter und dissozialer Aspekte. In allen drei Merkmalsgruppen (A-Paranoid/Schizoid, B- Borderline, histrionische und narzisstische Störungen, C-ängstlich und abhängig) fanden sich Unterschiede zwischen beiden Gruppen, besonders aber im Merkmalsbereich A. Personen aus der Kontrollgruppe wiesen ein umfassenderes und sehr viel mehr genutztes soziales Netzwerk auf, als Personen aus der Fallgruppe. Besonders auffällig: Personen der Fallgruppe wiesen weniger gute Freunde auf, schienen diese Freundschaften weniger genießen zu können, zeigten sich eher nachtragend und leicht gekränkt, erwiesen sich eher als Einzelgänger, wiesen Schwierigkeiten im Ausdruck von Gefühlen auf (immer im Vergleich zum Geschwister).

### **Schlussfolgerungen:**

Die Autoren reflektieren einige kritisierbare Aspekte der Studie. Es handelt sich um retrospektive Einschätzungen, unter anderem durch Ehepartner, die möglicherweise den Stress aus der jüngsten Zeit der Erkrankung rückwirkend auf die 40er Jahre übertragen. Viele Pflegenden Angehörige leiden an Depressionen, auch dies mag eine eher pessimistische Einschätzung nahe legen. – Unabhängig von diesen Einschränkungen legt die Studie nahe, dass – angesichts der geringen Korrelation von dementieller Symptomatik und Hirnpathologie – bestimmte Persönlichkeitszüge eher schützend und andere eher begünstigend für die Entwicklung einer Demenz sein könnten. Persönlichkeiten mit starken neurotischen Ausprägungen der Merkmalsgruppe A in den vierziger Jahren trügen damit ein höheres Risiko, recht früh an Demenz zu erkranken. Eine günstige Persönlichkeitskonstellation mag eine höhere „neurale Reserve“ gegen Demenz erklären. – Im Unterschied zu bisherigen

Studien greift vorliegende Untersuchung auf einen weit zurückliegenden Zeitraum zurück, so dass eine prodromale Überformung des präklinischen Zustandes nicht zu erwarten ist.

**Quelle: Nicholas H, Moran P, Foy C, Brown RG, Lovestone S, Bryant S, Boothby H (2010) Are abnormal promorbid personality traits associated with Alzheimer's disease? International Journal of Geriatric Psychiatry, 25, 345-351**

## **8. Bessere Personalausstattung verringert Agitiertheit und Psychopharmaka**

### **Ziel/Hintergrund:**

Agitiertheit (Erregung, Unruhe) stellt ein weit verbreitetes sekundäres Symptom der Demenz dar, das als Ergebnis vieler verschränkter Ursachen verstanden wird und einer Vielzahl unterschiedlicher Interventionen bedarf. Bisherige Ergebnisse von Studien legen nahe, dass auch organisationale und kulturelle Faktoren eine Rolle spielen, z.B. Fixierungen, Psychopharmaka, Verfassung der MitarbeiterInnen. – Vorliegende, explorative Pilotstudie vergleicht den Schweregrad der Agitiertheit, den Umfang psychotroper Medikation und die Personalausstattung in Pflegeheimen in drei Ländern. Die Annahme ist, dass in den Ergebnissen Unterschiede in Umfang und Schweregrad der Agitiertheit erkennbar werden, die auf Länderunterschiede zurückgeführt werden können.

### **Methode:**

Es wurden Daten untersucht aus Österreich (eine Einrichtung, 38 Personen), aus England (12 Einrichtungen, 302 Personen) und aus Norwegen (vier Einrichtungen, 163 Personen) aus den Jahren 2003-2005. Unterschiede in den Personalausstattungen (Bewohner-Mitarbeiter) waren: Norwegen 1:0,8, England 1:0,34 und Österreich 1: 0,37.

Instrumente werden beschrieben zur Abbildung des Schweregrades der Demenz, der Agitiertheit sowie zur Darstellung des Einsatzes psychotroper Drogen.

### **Resultate:**

In Österreich wurde das höchste Ausmaß von Agitiertheit festgestellt. Höhere Personalausstattung ging – nach Berücksichtigung verschiedener beeinflussender Faktoren – mit der niedrigsten Agitiertheitsquote einher. Neuroleptika (psychotrope Drogen) wurden am häufigsten in England und in Österreich eingesetzt. Höhere Personalausstattung geht mit niedriger Agitiertheit einher, d.h. je mehr Mitarbeiter tätig sind, desto weniger Agitiertheit liegt vor und desto weniger psychotrope Drogen müssen verabreicht werden.

### **Schlussfolgerungen:**

Die Versorgungssituation in Norwegen ist im Vergleich zu England und Österreich deutlich besser (mehr als doppelt so gut). Die Zahlen legen einen unmittelbaren Zusammenhang zwischen Gabe von Psychopharmaka, herausforderndem Verhalten und Personalausstattung nahe. Zwar wiesen Personen in England nicht deutlich mehr Agitiertheit als Personen in Norwegen auf, allerdings erhielten dort die Personen die doppelte Menge an Psychopharmaka: dies legt den Schluss nahe, dass eine niedrige Personalausstattung durch Gabe von Psychopharmaka kompensiert wurde. Eine Erhöhung der Personalausstattung ermöglicht, Agitiertheit zu reduzieren, ohne auf Psychopharmaka zurückgreifen zu müssen. –

Die Autoren weisen auf viele Faktoren hin, welche die Studie angreifbar machen: die Daten sind nicht sehr belastbar. Es wurde nicht sichergestellt, dass einschätzende Personen (Mitarbeiter) in den verschiedenen Ländern die Assessmentinstrumente auch gleichförmig verwenden (Reliabilität). Die Anzahl der Personen mit Demenz in den verschiedenen Ländern war nicht gleich. In Norwegen ist es weit verbreitet, weniger Neuroleptika als Antidepressiva einzusetzen. Es wurde kein Versuch unternommen, nur Personen mit derselben Unterart der Demenz zu vergleichen oder auch ein vergleichbares Ausmaß psychiatrischer und somatischer Ko-Morbidität sicher zu stellen. – Die Autoren plädieren dafür, die Hypothese einer Abhängigkeit des Einsatzes psychotroper Drogen und der Häufigkeit des Auftretens von Agitiertheit von der Personalausstattung in einer größeren Studie zu belegen.

**Quelle: Testad I, Auer S, Mittelman M, Ballard C, Fossey J, Donabauer Y, Aarsland D (2010) Nursing home structure and association with agitation and use of psychotropic drugs in nursing home residents in three countries: Norway, Austria and England. International Journal of Geriatric Psychiatry, 25, 725-731**



## 9. Ob Lügen hilft oder nicht bleibt umstritten

### **Ziel/Hintergrund:**

Es ist umstritten, wie das Lügen bzw. das bewusste Täuschen einer Person mit Demenz in therapeutischer Absicht zu bewerten ist. Lügen oder Täuschen ist in der Pflege von Menschen mit Demenz weit verbreitet, wobei gleichzeitig die meisten Pflegenden sich danach unwohl fühlen. Verteidiger des Lügens verweisen auf die Praxis der Schamanen, die im Interesse Einzelner oder der Gemeinschaft das Lügen explizit befürworten. In der Regel geht die Befürwortung des Lügens mit einer utilitaristischen Ethik einher, nach der die moralische Bewertung einer Handlung an den Folgen derselben gemessen wird; von Kant her stammende ethische Ansichten beurteilen das Lügen grundsätzlich als falsch. Befürworter weisen darauf hin, dass Praktiker in oft unlösbare Situationen mit Menschen mit Demenz geraten und für diese Situationen Rahmenrichtlinien benötigen. Die Autoren verweisen auf Veröffentlichungen zu Richtlinien für therapeutisches Lügen/Täuschen.

Vorliegende Arbeit berichtet über die Entwicklung eines Fragebogens zur Beurteilung des Lügens. Teilnehmer einer Fortbildung werden sodann vor und nach der Fortbildung zum Thema des Lügens befragt und Veränderungen in der Haltung anhand des Fragebogens gemessen.

### **Methode:**

In zwei Wellen wurde ein Fragebogen entwickelt und anhand der Rückmeldungen im Rahmen der psychometrischen Analyse optimiert. Insgesamt wurden 195 Personen involviert. Im Rahmen eines Workshops wurden Teilnehmer eingangs zu ihrer Einstellung anhand des Fragebogens befragt. Im folgenden Workshop wurden kritische Vorkommnisse vorgestellt, Filmszenen des Lügens gegenüber Menschen mit Demenz erörtert und Forschungsbefunde zum Thema präsentiert.

### **Resultate:**

Die Autoren stellen den Fragebogen (16 Items) vor und liefern psychometrische Daten. Am meisten befürworteten Befragte das Lügen bei Eigengefährdung des Klienten. Am wenigsten Zustimmung findet die Idee, Mitarbeiter für das effektive Lügen gezielt zu trainieren. Zustimmungsraten (befragt wurden vornehmlich Psychologen) lagen nach dem Workshop deutlich höher als vorher. Teilnehmer berichteten, ihnen sei deutlich geworden, dass sie sehr viel mehr Lügen einsetzten, als sie angenommen hätten, dass viele Validationsanwendungen tatsächlich Lügen seien und sie nun ‚komfortabler‘ mit Lügen leben könnten.

### **Schlussfolgerungen:**

Die Autoren schlussfolgern, dass das Lügen für Pflegenden akzeptabel sei, wenn es mit der Realität der Person mit Demenz konform gehe. Direkte Lügen und Erfindungen werden eher kritisch gesehen. Weiterhin stellen die Autoren fest, dass die Auseinandersetzung im Workshop Teilnehmer bewogen hätte, von einer eher generalistischen Ablehnung zu einer differenzierten Beurteilung zu gelangen und den Gewinn des Lügens in bestimmten Situationen wertzuschätzen.

Selbstkritisch geben die Autoren zu bedenken, dass sie selber das Lügen befürworteten und damit die Ergebnisse u.a. „sozialer Erwünschbarkeit“ darstellen könnten (die Leiter des Workshops zufrieden stellen).

Die Herausgeber dieser Edition setzen sich einleitend kritisch mit dem Beitrag auseinander. Sie verweisen darauf, dass die Autoren den Begriff des Lügens so erweitert haben, das auch das Nicht-Korrigieren einer faktisch falschen Auffassung, das Auslassen einer Wahrheit oder eines Aspektes derselben als Lügen gefasst wird. Dies führt dazu, dass jedes Wertschätzen eines Gefühls unter Verzicht der Korrektur und damit praktisch alle validierenden Kommunikationen Lügen darstellten. Dagegen stellen die Herausgeber die Auf-

fassung, dass es für die meisten Pflegenden vielleicht genauso schwierig sei, eine „Designerlüge“ (bewusst eingesetzte, von allen Mitarbeitern zu beachtende Täuschung) in der Pflegeplanung festzuhalten, wie einer Person Gewalt anzutun. Beides sei nicht akzeptabel, daher könne die Begrifflichkeit so nicht hingenommen werden.

Die Herausgeber plädieren stattdessen dafür, Menschen mit Demenz keinen speziellen kommunikativen Status zukommen zu lassen (und damit eine Stigmatisierung vorzunehmen): das Auslassen von Wahrheiten, das Wertschätzen von Gefühlen sowie unterschiedliche Formen der Rücksichtnahme sind nicht als Lügen zu betrachten – weder bei Menschen mit noch bei Menschen ohne Demenz. Insgesamt sei es sinnvoller, ehrlich und authentisch mit Menschen mit Demenz umzugehen und deren Vertrauen zu gewinnen. Die Frage nach der faktischen Wahrheit führe nicht weiter, die Frage nach Entwicklung von Authentizität und Vertrauensbildung unter geringer Beachtung der inhaltlichen Richtigkeit aber sehr wohl.

**Quelle: Elvish R, James I, Milne D (2010) Lying in dementia care: An example of a culture that deceives in people's best interest. Aging & Mental Health 14(3) 255-262**

**Woods B, Laidlaw K (2010) Editorial. Aging & Mental Health 14(3)245-246**

## 10. Nachmittage eignen sich zur Aktivierung besser als Vormittage

### Ziel/Hintergrund:

Tätigkeiten für Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe werden zumeist nur für eine kurze Zeit und in Gruppenform angeboten. Beschäftigung hat allerdings viele positive Effekte, wie z.B. größere Zufriedenheit, mehr Wachheit, Verbesserungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens sowie Reduktion der Unruhe (Agitiertheit). Es liegen wenige verlässliche Erkenntnisse darüber vor, welchen Einfluss bestimmte Reize unter bestimmten Bedingungen auf Tätigsein und Beschäftigung nehmen. – Vorliegender Forschung liegt eine Beschäftigungstheorie für Menschen mit Demenz zugrunde (Comprehensive Process Model of Engagement), die davon ausgeht, dass eine Kombination von Eigenschaften eines Reizes/Angebotes, Eigenschaften der Person, Umweltfaktoren sowie eine spezifische Interaktion dieser Faktoren Tätig-/Beschäftigtsein maßgeblich bestimmt. – Vorliegende Studie untersucht den Effekt von Umgebungscharakteristika auf das Tätigsein. Je mehr die Demenz voranschreitet, desto eher ist zu erwarten, dass Tätigsein von geeigneten Umweltmerkmalen abhängt. Folgende Umweltmerkmale werden untersucht: den adäquaten Umgang mit dem Reiz vormachen (Modeling), die Reihenfolge der Präsentation der Reize (je intakter die kognitiven Funktionen, desto eher wird sich die Person bei der zweiten Präsentation des Reizes eher langweilen - order of presentation), die Tageszeit des Angebots, die Tagesverfassung (an „guten Tagen“ werden verschiedene Reize besser angenommen als an „schlechten“), die Lichtverhältnisse, die Geräuschumgebung sowie die Anzahl der Personen in unmittelbarer Umgebung.

### Methode:

193 Heimbewohner mit Demenz konnten für die Studie herangezogen werden. Daten zum kognitiven Status, Depressivität und zu Einschränkungen in den Tätigkeiten des täglichen Lebens werden beschrieben. In einem Zeitraum von drei Wochen werden die Teilnehmenden 22 verschiedenen Reizen ausgesetzt (im Durchschnitt vier Reizen pro Tag). Beispiele für die Reize sind: Puppen, Stofftiere, lebendige Tiere, Bälle, Videos, Bildbände, Blumen etc. Jeder Reiz wurde zweimal präsentiert, einmal mit und einmal ohne Modeling. Instrumente werden beschrieben, die Tätig-/Beschäftigtsein (Engagement, vgl. Monitor 9,18) und Umweltcharakteristika abbilden.

### Resultate:

Das Vormachen von Aktivitäten erhöhte das Tätig-/Beschäftigtsein deutlich. Je mehr kognitive Funktionen erhalten waren, desto eher reagierten die Personen gelangweilt auf eine zweite Präsentation des Reizes und umgekehrt: Personen mit niedrigen kognitiven Funktionen reagierten bei der zweiten Präsentation interessierter. – Am Nachmittag fällt Dauer und Konzentration bei den Tätigkeiten am höchsten aus, nicht am Vormittag. – Aufmerksamkeit und Dauer fallen bei normalem Licht höher aus als bei dunklem oder sehr hellen Licht. Moderate Hintergrundgeräusche begünstigen das Tätigsein eher als völlige Geräuschlosigkeit oder eine laute Umgebung. Die Anwesenheit von 4-9 Personen ist für das Tätig-/Beschäftigtsein günstiger als mehr als neun oder gar keine Personen. – Wie erwartet korrelieren diese Befunde miteinander signifikant: die Gegenwart mehrerer Personen bedingt in der Regel auch ein moderates Maß an Hintergrundgeräuschen.

### Schlussfolgerungen:

Die Studie bestätigt die Vermutung, dass bestimmte Umweltcharakteristika und bestimmte Modi in der Präsentation von Angeboten/Reizen das Tätig-/Beschäftigtsein maßgeblich mitbestimmen. Nicht belegt werden konnte die Hypothese, dass sich Umweltmerkmale für Menschen mit fortgeschrittener Demenz bedeutsamer auswirken als bei leichter Demenz. Besondere Wichtigkeit kommt dem Vormachen zu und die Autoren empfehlen, das Vormachen (und Imitieren) von Tätigkeiten in Pflegeplänen gezielt zu berücksichtigen.

sichtigen und Mitarbeitende darin auszubilden. Die Autoren zeigen sich überrascht, dass die Teilnehmenden Tätigkeiten am besten im Laufe des Vormittags aufmerksam folgen konnten. Abschließend wird vermutet, dass präferierte Tätigkeiten (vgl. Monitor 9,18) im Rahmen adäquater Umweltmerkmale dazu beitragen können, die Bewusstheit (vgl. Monitor 9,8) und damit einen Sinn für das eigene Selbst zu erhalten.

**Quelle: Cohen-Mansfield J, Thein K, Dakheel-Ali M, Marx MS (2010) Engaging nursing home residents with dementia in activities: The effects of modelling, presentation order, time of day, and setting characteristics. Aging & Mental Health 14(4) 471-480**

## **11. Bewegung ist ein protektiver Faktor gegen vaskuläre Demenz**

### **Ziel/Hintergrund:**

Die Mehrzahl bisheriger Studien zum Thema Demenz und Bewegung konzentrierten sich auf die Demenz vom Alzheimer Typ mit in der Regel positiven Befunden. Bewegung gilt als wichtige Prävention u.a. für kardiovaskuläre Erkrankungen insgesamt. Die Studienlage zur vaskulären Demenz und Bewegung ist dagegen eher unübersichtlich und weist widersprüchliche Befunde auf. – Vorliegende Arbeit präsentiert eine Metaanalyse aller bisherigen Ergebnisse.

### **Methode:**

Beschrieben wird der Prozess der Literatursuche nach spezifischen Kriterien. Insgesamt 24 Studien konnten eingeschlossen werden. Die Daten der Studien wurden „extrahiert“ und einer gemeinsamen Würdigung unterzogen.

### **Resultate:**

Insgesamt ergibt sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen Bewegung („physical exercise“) und dem Risiko, eine vaskuläre Demenz zu entwickeln. Bewegung weist damit einen protektiven Effekt gegen Demenz insgesamt auf.

### **Schlussfolgerungen:**

Alle hinzugezogenen Studien sind naturalistische Langzeitstudien mit der Folge, dass andere Faktoren (Rauchen, Diabetes, Ernährung) das Ergebnis beeinflussen könnten. Dennoch bilden die zusammengefassten Daten eine hohe Evidenz für die Annahme, dass physische Aktivität einen präventiven Faktor gegen Demenz darstellt. Die Studien lassen die Annahme zu, dass eine Wendung zum Positiven jederzeit möglich ist und schon nach kurzer Zeit Wirkung zeigt.

**Quelle: Aarsland D, Sardahaee FS, Anderssen S, Ballard C, Alzheimer's Society Systematic Review Group (2010) Is physical activity a potential preventive factor for vascular dementia? A systematic review. Aging & Mental Health 14(4) 386-395**

## **12. Körperliche Übungen für Heimbewohner mit Depressionen haben keine Wirkung auf das psychische Wohlbefinden**

### **Ziel/Hintergrund:**

Depressionen im Alter werden oft nicht behandelt und bestehen trotz Behandlung häufig unverändert fort. Sie verschlechtern nachhaltig das Wohlbefinden, verstanden als ein allgemeines Gefühl der Zufriedenheit, der Akzeptanz seiner selbst und seiner Umwelt. – Körperliche Übungen (Sport) wurden mehrfach als alternative Behandlung untersucht. Ihr positiver Effekt auf die psychische Gesundheit gilt als belegt.<sup>2</sup> Insgesamt geht Sport bei alten Menschen mit weniger Depressivität und einer besseren physischen, psychischen Gesundheit und Wohlbefinden einher. Intensive Trainingsprogramme erweisen sich als effektiver als Programme mit niedriger Intensität. – Die Effekte von intensiven Trainingsprogrammen bei HeimbewohnerInnen mit Depressionen und hoher Abhängigkeit (z.B. Immobilität) sowie kognitiven Beeinträchtigungen sind dagegen eher selten untersucht worden. – Vorliegende Studie stellt einen Teil einer umfassenden Untersuchung dar (Frail Older People – Activity and Nutrition in Umea: FOPANU) und stellt die Teilergebnisse der Evaluation eines intensiven Trainingsprogramms für HeimbewohnerInnen mit Depressionen und weiteren Erkrankungen und Behinderungen vor. Während die positiven Effekte bezüglich Balance, Gang und Stärkung der unteren Extremitäten bereits dargestellt wurden, werden hier die Effekte auf depressive Symptome und Wohlbefinden präsentiert. (Vgl Monitor 6,10)

### **Methode:**

Es handelt sich um einer cluster-randomisierte Langzeitstudie, in der eine Interventionsgruppe verglichen wurde mit einer Kontrollgruppe. Insgesamt 191 Personen konnten für die Studie gewonnen werden. Bei der Intervention handelt es sich um ein gewichts- und belastungsorientiertes Training mit 41 Übungen, die auf die einzelnen Personen angepasst wurden. Sie wurden 5 x in 2 Wochen je 45 Minuten durchgeführt, insgesamt 29 Sitzungen in 13 Wochen. Nach diesen drei Monaten wurden für jede TeilnehmerIn individuell Aufgaben konzipiert (nicht näher beschrieben), welche die Trainingseffekte fortführen sollten. Die Vergleichsgruppe erfuhr ein Beschäftigungs- und Unterhaltungsprogramm im zeitlich ähnlichen Umfang. Die Kontrollgruppe und ihr Programm dienten dazu, mögliche Effekte, die mit Aufmerksamkeit und sozialer Anregung in Verbindung stehen, zu kontrollieren. Untersuchungen erfolgten vor Beginn der Studie (Basislinie), nach drei und nach sechs Monaten. Beschrieben werden verschiedene Assessmentinstrumente, die Aktivitäten des täglichen Lebens, kognitive Funktionen, physische und sensorische Beeinträchtigungen, Ernährungs- und Gesundheitszustand erfassen. Ergebnisse werden anhand von Depressionskalen dargestellt.

### **Resultate:**

In beiden Gruppen und zwischen beiden Gruppen konnten nach drei und sechs Monaten im Vergleich zur Basiserhebung keine Unterschiede bezüglich Depressivität festgestellt werden. Allerdings: Menschen mit Demenz profitierten von den körperlichen Übungen deutlich mehr als von der Kontrollintervention in der Hinsicht, dass die depressive Symptomatik abnahm.

### **Schlussfolgerungen:**

Menschen mit Demenz scheinen bezüglich ihres psychischen Wohlbefindens deutlich von körperlichen Übungen zu profitieren. Die Autoren stellen die Überlegung an, dass diese Gruppe wenig Anregungen und Bewegung im Alltag erlebt und deswegen für Bewegungsanregungen (und dem damit gewonnenen Kompetenzgefühl) besonders empfäng-

---

<sup>2</sup> Windle G, Hughes D, Linck P, Russell I, Woods B (2010) Is exercise effective in promoting mental well-being in older age? A systematic review. *Aging & Mental Health* 14(6) 652-669

lich sind. Des Weiteren wird vermutet, die Ursache der depressiven Störungen zusammen mit geringem Wohlbefinden und mannigfachen Einschränkungen (z.B. Apoplex, schlechter Ernährungszustand, Verluste funktionaler Kompetenzen) sind zu gravierend, um durch ein körperliches Fitnessprogramm nachhaltig beeinflusst werden zu können. Die Depressivität von mehrfach erkrankten und behinderten alten HeimbewohnerInnen zu beeinflussen, bleibt demnach eine Herausforderung, die eine komplexe, individuelle Antwort erfordert. Körperliche Übungen allein machen bezüglich des psychischen Wohlbefindens keinen Unterschied.

**Quelle: Conradsson M, Littbrand H, Lindelöf N, Gustafson Y, Rosendahl E (2010) Effects of a high-intensity functional exercise programme on depressive symptoms and psychological well-being among older people living in residential care facilities: A cluster-randomized controlled trial. Aging & Mental Health 14(5) 565-576**

### **13. Musik, Handmassage und Sport stellen erwiesenermaßen gute Interventionen für Menschen mit Demenz dar**

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

Emotionale und verhaltensbezogene Probleme kommen im Verlauf der Demenz fast immer vor und belasten die zu Hause Pflegenden stark. Medikamentöse Möglichkeiten (Psychopharmaka) sind sehr begrenzt und mit oft schwerwiegenden Nebenwirkungen verbunden (Schlaganfallrisiko). Das Interesse richtet sich daher verstärkt auf nicht-pharmakologische Möglichkeiten. – Vorliegende Studie versucht, PA Antworten auf folgende Fragen zu geben: Welche nicht-medikamentösen Möglichkeiten *wirken* wofür? Welche nicht-medikamentösen Möglichkeiten *könnten* wofür *wirken*? Welche *wirken nicht*? (vgl. Monitor 8,29)

#### **Methode:**

Beschrieben wird die Methodik der Literaturrecherche. Einbezogen werden nur systematische Übersichtsarbeiten, die mindestens eine randomisiert kontrollierte Studie mit einbeziehen.

#### **Resultate:**

35 Arbeiten konnten mit einbezogen werden, davon 17 Studien mit hoher Qualität. Die Mehrzahl der untersuchten Studien zeigte kleine Fallzahlen auf und ließ vom Forschungsdesign keine weit reichenden Schlüsse zu. Der Mehrzahl der untersuchten Interventionen wird nur *mögliche* Wirksamkeit zugebilligt: dazu gehören Tiertherapie, Aromatherapie, kognitives Verhaltensmanagement, Kognitive Stimulation, Umweltveränderungen, Lichttherapie, Realitätsorientierung, Erinnerungstherapie, Multi-sensorische Stimulation, Validation. Hier kommen Studien zu unterschiedlichen Ergebnissen oder die Studien haben ungenügende Aussagekraft. PA wird nicht abgeraten, aber auch nicht empfohlen, diese Möglichkeiten anzuwenden, obgleich sie in der Praxis als bewährt gelten.

Akupunktur und Beratung kann dagegen für Menschen mit Demenz keinerlei Wirksamkeit attestiert werden.

Gute Evidenz dagegen weisen auf: Musik und Musiktherapie, Handmassage und Berührung, sowie physische und sportliche Aktivität. Bei den beiden letzteren zeigen sich Wirkungen insbesondere bezüglich Unruhe.

#### **Schlussfolgerungen:**

Insgesamt schlussfolgern die Autoren, dass sich in allen Studien genügend Belege für die Wirksamkeit einer beruhigenden Umgebung, einer strukturierten Beschäftigung und für die Strategie der Ablenkung finden. Es wird darauf verwiesen, wie bedeutsam es sei, die Phänomene in ihrem jeweiligen Kontext individuell zu würdigen, die möglichen Ursachen und Ursachenketten zu erkunden und im multiprofessionellen Team zu diskutieren. Auch die Interventionen stünden nicht isoliert zur Verfügung, sondern ergeben sich innerhalb eines komplexen Kontextes, so dass eine Logik von „one symptom - one treatment“ nicht zu erwarten wäre. Abschließend machen die Autoren die Beobachtung, dass die meisten Studien im stationären Bereich gemacht wurden und über deren Übertragbarkeit in die häusliche Versorgung wenig bekannt wäre.

**Quelle: Hulme C, Wright J, Crocker T, Oluboyede Y, House A (2010) Non-pharmacological approaches for dementia that informal carers might try or access: a systematic review. International Journal of Geriatric Psychiatry 25: 756-763**



## **14. Nicht-pharmakologische Therapien bedürfen dringend einer besseren Evidenzbasierung**

### **Ziel/Hintergrund:**

Basisbedürfnisse, soziale Interaktion, Wohlbefinden und Menschenrechte gilt es in allen Stadien der Demenz zu berücksichtigen bzw. herzustellen. Aber auch höhere Bedürfnisse haben Anrecht auf Befriedigung: Menschen mit Demenz können weiterhin denken, lernen, fühlen, ihre Umgebung beeinflussen, wollen lieben und geliebt werden, können trotz ihrer Beeinträchtigung glücklich sein. – Die Grenzen und Risiken psychopharmakologischer Behandlung haben weltweit zur Empfehlung nichtpharmakologischer Therapien (NPT) geführt. Allerdings wurden Forschungen in diesem Gebiet selten ausreichend finanziert, so dass viele Studien methodologisch nicht voll zufrieden stellend sind. Dennoch werden seit den 90er Jahren diesbezügliche Forschungen vermehrt durchgeführt. – Vorliegendes Review präsentiert die Ergebnisse einer weltweiten Zusammenarbeit von Forschern, um die vorhandene Evidenz für NPT zu sichten und zusammenzufassen.

### **Methode:**

Eine Steuerungsgruppe von vier Personen formulierte die Methodologie des Reviews, organisierte und koordinierte die zuarbeitenden Gruppen. Einschlusskriterien wurden formuliert mit RTCs (randomisiert kontrollierte Studien) als favorisierte Evidenz. Alle identifizierten Studien wurden nach Evidenzgraden beurteilt (Oxford Center of Evidence-Based Medicine: Stufe A – RTC von hoher Qualität, Stufe B- RTC von geringerer Qualität). Interventionen fanden Berücksichtigung, wenn der positive Effekt von mindestens zwei unabhängigen Studien belegt wurde.

### **Resultate:**

Es konnten 13 Studien von Stufe A und 166 von Stufe B identifiziert werden. Sie wurden thematisch sortiert nach: Interventionen für Menschen mit Demenz, für Pflegenden Angehörige, andere Interventionen (Multikomponenteninterventionen). Hohe Evidenz konnte nur für eine Multikomponentenintervention für PA gefunden werden (Verzögerung der Heimaufnahme durch Assessment, Information, Beratung, verschiedene Formen der Unterstützung). Evidenz geringeren Grades wurde gefunden zur Verbesserung kognitiver Funktionen, zum Einwirken auf herausforderndes Verhalten, zur Unterstützung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens sowie zur Verbesserung der Stimmung/Affekte. Formen kognitiver Stimulierung, oft kombiniert mit Bewegung und sensorischer Stimulation (Multikomponenten) weisen dabei eine hohe Wirksamkeit auf. Weiterhin finden sich überzeugende Evidenzen für Strategien, durch abgestufte Hilfen die Autonomie bei der Selbstpflege und der Ernährung zu unterstützen.

### **Schlussfolgerungen:**

Die meisten Studien zeigten positive Ergebnisse für NPT. Die Autoren weisen allerdings auf folgende Mängel hin: Die Interventionen sind zumeist nicht spezifisch genug beschrieben; sie arbeiten mit kleinen Fallzahlen; oft fehlt ein theoretisches Verständnis für Intervention und Effekte; es werden oft zuviel verschiedene Ergebnisebenen und Messungen ohne theoretisch überzeugenden Zusammenhang eingesetzt. Die Kontrollgruppen erfahren in der Regel keine besondere Intervention („übliche Pflege“): dies allerdings verdeckt, dass immer dann, wenn bei Kontrollgruppen eine Intervention mit sozialer Aktivierung durchgeführt wird, die positiven Ergebnisse der Interventionsgruppe nicht sehr beeindruckend sind, also: die Vermutung kann nicht ausgeschlossen werden, dass weniger die Intervention, sondern die Zuwendung für den gemessenen Effekt verantwortlich ist. In Fall von Multikomponenten-Interventionen bleibt oft unklar, was denn nun wie gewirkt hat. – Die Evidenzen für viele, praktisch wichtige Interventionen sind nicht befriedigend, unter anderen für Bewegung, Musik, Reminiszenz, Berührung und Massage, multisensorische

Stimulation, Validation und Fallmanagement. Für die ersten drei legen die Autoren nahe, Studien mit strengerem Design durchzuführen. – Zukünftige Studien sollten Faktoren mehr in den Blick nehmen, welche die meisten NPT positiv oder negativ beeinflussen (so genannte Mediatoren); Studien sollten die Interventionen umfassender und präziser beschreiben, um die Wiederholbarkeit zu garantieren; zuletzt: die Verblindungen bezüglich der Einschätzung/Messung von Ergebnisparametern sollten in den Studien ernster genommen werden.

**Quelle: Olazaran J, Reisberg B, Clare L, Cruz I, Pena-Casanova J, del Ser T, Woods B, Beck C, Auer S, Lai C, Spector A, Fazio S, Bond J, Kivipelto M, Brodaty H, Rojo JM, Collins H, Teri L, Mittelman M, Orrell M, Feldman HH, Muniz R (2010) Nonpharmacological Therapies in Alzheimer's Disease: A Systematic Review of Efficacy. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 30, 161-178**

## 15. Übergangspflege ermöglicht den Verbleib in der eigenen Wohnung

### Ziel/Hintergrund:

„Intermediate Care“ (hier mit „Übergangspflege“ übersetzt) besteht aus einem Dienst, der über das ganze Angebot von Gesundheitsdienstleistungen hinweg Klienten und Dienste begleitet mit dem Ziel, den funktionalen Status des Klienten zu erhalten/zu verbessern, Unabhängigkeit zu ermöglichen und Leben in der eigenen Häuslichkeit (bzw. an einem möglichst mit wenig Einschränkungen einhergehenden Ort) zu unterstützen, die Integration und Teilhabe zu erleichtern, Krankenhausaufenthalte zu minimieren und eine vorzeitige Institutionalisierung zu vermeiden. Der Dienst kommt eher zeitlich eingeschränkt aber intensiv und multidisziplinär zum Tragen. Die Übergänge („transitions“) zwischen Versorgungsangeboten gelten als kritisch für Inkompetenzkaskaden und damit für den funktionalen Niedergang. Genau an dieser Schnittstelle greift die „Übergangspflege“. Eine umfassende Bedarfseinschätzung geht einer Begleitung der Person, ihrer Angehörigen bzw. der professionell Pflegenden voraus. – Dieser Dienst wurde in der Behindertenhilfe des Vereinigten Königreichs bereits mit Erfolg eingesetzt mit dem Ergebnis, Institutionalisierungen in Heimen und Krankenhäusern deutlich zu reduzieren. - Vorliegende Arbeit stellt die Evaluationsergebnisse eines spezialisierten Dienstes für Menschen mit Demenz in Kent vor. Dieser Dienst ist angesiedelt bei Trägern psychiatrisch-ambulanter Pflegedienste.

### Methode:

Es handelt sich um eine Formative Evaluation des Dienstes, eine Bewertung der Dienstleistung insbesondere in Hinblick auf die beständigen Anpassungs- und Erweiterungsprozesse des Dienstes während der Evaluationsphase. Untersucht werden Auswirkungen auf die Personen mit Demenz, ihre Angehörigen, auf den Einsatz psychiatrischer Dienstleistungen, auf Vermeidung unnötiger Hospitalisierungen und auf eine möglichst schnelle Entlassung. Es wird reflektiert, dass die Effekte von intermediären Dienstleistungen schwer zu messen sind. – Die Daten wurden erhoben anhand der laufenden Dokumentationen während des ersten Jahres und einer weiteren halbjährigen Folgephase. Bedürfnisse und Bedarfe wurden anhand von CANE (Camberwell Assessment of the Need of the Elderly) erhoben. Aus den Daten wurden beschreibende Analysen gewonnen (deskriptive Analyse).

### Resultate:

Im ersten Jahr arbeitete der Dienst mit 148 Klienten. Etwas über die Hälfte der Klienten wies eine mittelschwere, ein Drittel eine schwere und ein Fünftel eine leichte Demenz auf. Etwa die Hälfte lebte in der eigenen Häuslichkeit, ein Sechstel in der Psychiatrie und ein weiteres Viertel in Pflegeheimen. In mehr als der Hälfte aller Fälle wurde eine prekäre Pflegesituation vorgefunden, inklusive unmittelbarer Gefährdung der Versorgung. Die häufigsten unerfüllten Bedarfe nach CANE waren: Tagesaktivitäten, Stress, herausforderndes Verhalten, Bedarfe des PA oder der professionellen Pflegenden. Die häufigsten Ziele lauteten: PA und Pflegenden unterstützen/beraten, Vermeidung der Hospitalisierung, umfassendes Assessment, die Entlassung vorbereiten und flankieren, Übergänge erleichtern, den Klienten adäquate Dienste vermitteln.

73% aller identifizierten unerfüllten Bedarfe konnten erfüllt werden. 25% der Bedarfe konnten nicht erfüllt werden, 2% der Bedarfe nahmen eher zu. 2/3 aller Klienten konnten nach den Interventionen in die vorherige Wohnung/Häuslichkeit zurückkehren, 1/4 benötigte die eine oder andere Form von unterstütztem Wohnen (u.a. Heim). 2/3 aller Psychiatriepatienten konnten mit Hilfe der Übergangspflege in die eigene Häuslichkeit oder ins Heim entlassen werden. Diejenigen, die im Krankenhaus verblieben, konnten innerhalb der nächsten drei Monate entlassen werden. - Nach weiteren sechs Monaten lebten 44% immer noch am selben Ort wie zuvor, 37% mussten in ein beschützteres Umfeld umziehen und 19% in ein weniger beschütztes (in der Regel Rückkehr in eine eigene Wohnung). Letztere Zahl belegt den Umfang des möglichen rehabilitativen Potentials.

Drei typische Fallebenen werden vorgestellt: 1. Menschen mit schwerer Demenz, die alleine wohnen, an regelmäßige Hilfe heranführen und gewöhnen; 2. PA begleiten und befähigen, häufig auch im Sterbeprozess; 3. MA in stationären Einrichtungen begleiten, beraten, Fallbesprechungen durchführen.

Die Autoren weisen auf die zusammenhängende Natur der Interventionen hin: Es geht darum, Bedarfe umfassend zu erheben, sich in den vorhandenen Netzwerken vorhandener Hilfen gut auszukennen und im Rahmen des Möglichen Hilfsangebote anderer Dienste so zu koordinieren, dass die Wohnpräferenzen der Klienten sowie ihre Bedarfe mit einem Minimum von Veränderung möglichst erfüllt werden.

### **Schlussfolgerungen:**

Die Autoren stellen eine ganze Reihe positiver Effekte für Klienten, PA und Professionelle heraus und betonen, dass diese Form der Überbrückungspflege den Zusammenbruch prekärer Pflegesituationen sehr häufig kompensieren kann. Die meisten Klienten können in ihre Wohnung zurückkehren oder können in einer Einrichtung betreuten Wohnens unterkommen. Teure und traumatisierende Hospitalisierungen konnten minimiert oder ganz vermieden werden. In vielen Fällen erwiesen sich rehabilitative Interventionen als sehr hilfreich für die Wiederherstellung funktionaler Kompetenzen. Zugänge zu wichtigen Dienstleistungen (Ergo- & Logotherapie, Tages- und Kurzzeitpflege) konnten rechtzeitig und passend erschlossen werden. Die Multimorbidität der Klienten, die prekäre Gesundheit der PA sowie der Widerstand der Klienten gegen Maßnahmen (z.B. Tagespflege) stellen besondere Herausforderungen dar.

Selbstkritisch führen die Autoren den Mangel einer Vergleichs- oder Kontrollgruppe an.

**Quelle: Culverwell A, Milne A (2010) Intermediate Care: evaluating a specialist home treatment service. The Journal of Dementia Care 18(3) 32-36**

## **16. Haushaltshilfen aus anderen Kulturen weisen andere Haltung zum Missbrauch alter Menschen auf**

### **Ziel/Hintergrund:**

Es ist bekannt, dass herausforderndes Verhalten oft mit Vernachlässigung (neglect) und Missbrauch (abuse) bzw. Gewalt in der Pflege einhergeht. Die häusliche Pflege von alten Menschen (mit und ohne Demenz) wird in industrialisierten Ländern oft von (legal und illegal) arbeitenden Personen aus anderen Kulturen wahrgenommen. In der Regel werden diese Personen deutlich unterhalb der Kostensätze regulärer Dienste bezahlt. Trotz offensichtlicher Vorteile dieses Arrangements für beide Seiten wird in der Literatur auf unmenschliche Arbeitsbedingungen und Gewalt/Missbrauch hingewiesen. – Vorliegende Studie aus Israel untersucht und vergleicht die Einstellungen/Haltungen zum Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen seitens alter Menschen, ihrer Angehörigen und Haushalts-/Pflegehilfen aus anderen Kulturen (foreign home care worker).

### **Methode:**

Teilnehmende stellen eine Gelegenheitsstichprobe von Personen unterschiedlicher Einrichtungen und Dienste dar. Instrumente werden beschrieben, welche anhand einer vorgegebenen Fallsituation anhand von zehn möglichen Reaktionen Haltungen/Einstellungen zu Gewalt/Missbrauch abbilden.

### **Resultate:**

88 alte Menschen, 142 Angehörige sowie 127 Haushaltshilfen konnten befragt werden. Unterschiede ließen sich besonders zwischen den ersten zwei Gruppen (alte Menschen und deren Angehörige) und Haushaltshilfen feststellen: Letztere zeigten sich eher einverstanden, alte Menschen einzuschließen und allein zu lassen, eine Puppe wegzunehmen und mit Gewalt Nahrung zu verabreichen. Umgekehrt beurteilten Haushaltshilfen die Anbringung eines Armbandes mit Daten zur Person als schwierig, eine Praxis, der alte Menschen und deren Angehörige eher zustimmten. - Im Umgang mit herausforderndem Verhalten fanden es Haushaltshilfen eher als alte Menschen und deren Angehörige akzeptabel, alte Menschen einzuschließen, sie von Familienfeiern fernzuhalten, sie anzuschreien, die Puppe wegzunehmen, auf wiederholte Fragen nicht zu antworten und sie zum Essen zu zwingen.

### **Schlussfolgerungen:**

Die Studie belegt, dass die drei beteiligten Parteien recht unterschiedliche Auffassungen zum Missbrauch alter Menschen hegen. Besonders Haushaltshilfen aus anderen Kulturen legen gegenüber Gewalt/Missbrauch eher zulassende Haltungen an den Tag als bei alten Menschen und deren Angehörigen. Es werden Haltungen offenbar, die mit den ethischen Standards der gastgebenden Kultur nicht zu vereinbaren sind. – Die Autorin macht darauf aufmerksam, dass Haltung nicht gleich Tat ist und die Gelegenheitsstichprobe nur eingeschränkte Schlussfolgerungen erlaubt. Dennoch empfiehlt die Autorin, Haushaltshilfen aus anderen Kulturen nicht ohne Ausbildung und Kontrolle tätig werden zu lassen.

**Quelle: Ayalon L (2010) The perspectives of older care recipients, their family members, and their round-the-clock foreign home care workers regarding elder mistreatment. *Aging & Mental Health* 14(4) 411-415**

## **17. Wenig vorhandenes Wissen über die letzten Tage in der häuslichen Versorgung von Menschen mit Demenz**

### **Ziel/Hintergrund:**

Professionelle Vorgaben für die Versorgung von Menschen mit Demenz nahe vor dem Tod (dies erfasst auch sterbende Menschen und Menschen in palliativen Situationen) umfassen Vorsorgevollmachten, Zusammenarbeit verschiedener Dienste sowie palliative Rahmenbedingungen. 40-50% aller Menschen mit Demenz sterben in der eigenen Häuslichkeit. – Vorliegende Studie fasst das Wissen zusammen, dass über die Versorgung von Menschen mit Demenz nahe vor dem Tod - möglichst in der eigenen Häuslichkeit - vorliegt.

### **Methode:**

Die Suchstrategien für Literaturen zwischen 1985 und 2006 werden beschrieben. Zudem wird eine repräsentative Gruppe von Nutzern dieses Wissens herangezogen (Professionelle der Gesundheitsberufe, Pflegende Angehörige, Repräsentanten von Seniorenorganisationen), um Kernfragen der Forschung und Forschungsprioritäten zu identifizieren.

### **Resultate:**

67 Studien konnten nach den Auswahlkriterien identifiziert werden, die in vier thematische Gruppen aufgeteilt wurden:

1. Demenzversorgung am Lebensende,
2. Kriterien für die Frage nach dem Beginn des Sterbeprozesses,
3. palliatives Symptommanagement,
4. Entscheidungen am Lebensende.

Zu 1: Zunächst wird von Studien aus verschiedenen Ländern berichtet, die den Einfluss von Kultur und Kontext auf den Sterbeprozess belegen. So wird in den Niederlanden bereits Anfang des Jahrhunderts (2000) weitgehend auf künstliche Ernährung und aggressive Therapien verzichtet mit der Folge, dass dort die Klienten häufiger an Lungenentzündungen versterben, als in den USA. Eine andere Studie belegt, dass medizinische Behandlungen am Lebensende auf dem Land weniger aggressiv ausfallen als in der Stadt. – Insgesamt gilt für alle industrialisierten Länder, dass die Lebensqualität von Menschen mit Demenz am Lebensende schlechter als die der nicht-dementen Vergleichsgruppen ausfällt. Dies gilt insbesondere für die Versorgung mit Analgetika und überflüssige Transfers in Kliniken. Das weitgehende Fehlen von Instrumenten zur Erfassung von Lebensqualität am Lebensende von Menschen mit Demenz erschwert die Forschungslage. Selbst unter Zuhilfenahme klinischer Assessmentinstrumente fällt es schwer, den Beginn des Sterbeprozesses zu erkennen und die sachlich richtigen Maßnahmen einzuleiten. - In stationären Einrichtungen mit gut ausgebildetem Personal und gut strukturierten Versorgungspfaden für Menschen mit Demenz und für sterbende Menschen weisen die Klienten weniger Befunde auf, die auf niedriges Wohlbefinden schließen lassen. – In der häuslichen Pflege kommt den PA eine besondere Rolle zu: ihre Erfahrung des Sterbeprozesses ist wesentlich geprägt von dem lang andauernden, kontinuierlichen Verlusterleben und gemischten Gefühlen beim tatsächlichen Versterben: die Mehrzahl der PA zeigt sich erleichtert trotz Trauer.

Zu 2: Nicht zu erkennen, wann ein Sterbeprozess beginnt, führt zu unnötigen und belastenden Klinikaufenthalten. Bisherige Studien liefern widersprüchliche und uneinheitliche Ergebnisse. Einige Studien belegen eine höhere Mortalität von Menschen mit Demenz, andere widersprechen dem. Die Schwere der Demenz selbst – unabhängig von Komorbidität – ist ein wichtiger Indikator für das Lebensende. Sehr weit fortgeschrittenes Alter, Anorexie und ein sehr niedriges Funktionsniveau machen einen baldigen Tod wahrscheinlich.

Zu 3: Vergleichsweise oft werden Schmerzen von Menschen mit Demenz weniger gut behandelt. Demenz sagt unkontrollierte Schmerzen voraus. Die Nutzung systematischer Assessments, ein strukturiertes Vorgehen (z.B. STI: Serial Trial Intervention) zusammen mit gezielten Trainings und Fortbildungen verbessert die Versorgungslage.

Zu 4: Befragungen weisen darauf hin, dass die Mehrzahl alter Menschen keine aggressiven Behandlungen am Lebensende im Fall der Demenz wünschen. Hier greift die Möglichkeit der Vorsorgevollmacht, da ein erheblicher Teil der betroffenen Personen zu Entscheidungen nicht mehr in der Lage ist. – Familien benötigen in der Regel kompetente Hilfe, Krankheitsverläufe zu verstehen, die vorhandenen Handlungsoptionen abzuwägen und zu Entscheidungen zu kommen.<sup>3</sup> Hierbei spielen Kontextfaktoren, wie z.B. Bildung, städtischer oder ländlicher Hintergrund, besonders aber die Art der Aufklärung und Versorgungsverhandlung durch Ärzte und andere Gesundheitsberufe eine Schlüsselrolle. Bislang liegen keine Studien vor, welche den Effekt von Vorsorgevollmachten auf die Versorgungsqualität untersucht haben.

### **Schlussfolgerungen:**

Es ist bislang wenig darüber bekannt, wie Menschen mit Demenz ihre letzten Tage erleben und wie Angehörige dies erfahren und bewerten. Gleichfalls ist wenig bekannt, was PA in dieser Situation helfen könnte und wie ein ambulantes Unterstützungssetting aussehen könnte, das Transfers in Kliniken vermeiden hilft. Ohne die Interaktion und Zusammenhänge zwischen Symptomen der Klienten, bestimmende Faktoren von PAs, kulturellen und ethnischen Unterschieden, und verschiedenen Formen der interprofessionellen Kooperation zu verstehen – so summieren die Autoren – ist es eher wahrscheinlich, dass die Forschung eher theoriearm bleibt und den Kontext der ambulanten Versorgung dieser Gruppe von Klienten nicht rekonstruieren kann. Bislang gibt es wenig Interventionsstudien darüber, wie Menschen mit Demenz ‚nah am Tod‘ optimal zu Hause versorgt und deren Angehörige unterstützt werden können.

**Quelle: Goodman C, Evans C, Wilcock J, Froggatt K, Drennan V, Sampson E, Blanchard M, Bissett M, Iliffe S (2010) End of Life care for community dwelling older people with dementia: an integrated review. International Journal of Geriatric Psychiatry 25: 329-337**

---

<sup>3</sup> Vgl.: Kaufman SR, Dementia-Near-Death and ‚life itself‘, in: Leibing A, Cohen L, Thinking about dementia culture, loss, & the anthropology of senility, Rutgers University 2006, 23-42

## **18. Experten einigen sich auf Konsenspapier zum Fallmanagement für Menschen mit Demenz**

### **Ziel/Hintergrund:**

In der Literatur werden als wesentliche Komponenten des Fallmanagements diskutiert: Information, Unterstützung, Beratung, Koordination der Versorgung und Pflege, patientenorientierter Ansatz, praktische Hilfen. An Voraussetzungen werden genannt: Vision, Aufbau und Pflege einer Sorgebeziehung, strukturiertes, methodisches Vorgehen, Integration des Fallmanagements in die gesundheitliche Versorgungskette, hohe Expertise des Fallmanagers. Vorliegende Forschung kommt überwiegend zu positiven Ergebnissen: es liegen positive Effekte für Klienten und PA vor, Reduzierung herausfordernden Verhaltens, Reduktion von Stress, Depressivität und Belastungserleben von PA, Verzögerung der Heimunterbringung, vermehrte Nutzung ambulanter Pflege und häuslicher Unterstützungsdienste. – Die Bandbreite vorhandener Dienstleistungen im Feld des Fallmanagements ist sehr groß, daher liegt kein allgemeiner Konsens über die wesentlichen Komponenten des Fallmanagements vor. Entsprechend können belastbare Schlussfolgerungen (z.B. Empfehlung eines länderumfassenden Angebotes von Fallmanagement) nicht gezogen werden. – Vorliegende Studie verfolgt zwei Fragen: Welche Komponenten des Fallmanagements für Menschen mit Demenz werden von Experten für wesentlich erachtet? Welche Voraussetzungen müssen erfüllt sein um diese Komponenten bereit zu stellen?

### **Methode:**

Vorliegende Studie berichtet über die Anwendung der Methodik des Delphi-Verfahrens: Experten werden identifiziert, wesentliche Komponenten werden aufgrund einer Literaturanalyse zusammengestellt, in Fokusinterviews diskutiert und in mehreren Runden durch die Experten beurteilt. Am Ende ergibt sich ein Konsenspapier, das von allen Experten gut geheißen wird. – Die Studie wurde in den Niederlanden in vier Phasen von 2008-9 durchgeführt.

### **Resultate:**

Von 50 angefragten nahmen 35 ExpertInnen an der Studie teil. Insgesamt wurde zu 44 Aussagen, gegliedert in drei Themenbereichen, ein Konsens gefunden: 1. Vision und grundlegende Annahmen (9 Thesen), 2. Organisatorische und operationale Annahmen (14 Thesen), 3. Wesentliche Komponenten für Fallmanagement für Menschen mit Demenz (21 Thesen).

Zu 1: Zentrale Inhalte betreffen die individuellen Bedürfnisse und Wünsche von Klienten und PA, die Prinzipien von Empowerment und Prävention, die Bedeutung eines „benannten Fallmanagers“, der dauerhaft den Klienten zugewiesen bleibt, die Integration des Fallmanagements in den Gesamtprozess des Gesundheitswesens.

Zu 2: Zentrale Inhalte betreffen die Qualität der Beziehungsaufnahme (Entwicklung einer Sorgebeziehung), ein methodisch gut strukturiertes Vorgehen, die Bedeutung von strukturierter Diagnostik (einschl. Pflegediagnostik), eine aktive Auseinandersetzung mit den die Versorgung durchführenden Instanzen und Personen (primäre und sekundäre Versorgung) sowie den hohen professionellen Status des Fallmanagers (hoch angesehene Funktion im Gesundheitswesen, in der Regel akademische Qualifikation, Fähigkeit evidenzbasiert zu intervenieren).

Zu 3: Neben Information und Aufklärung (differenziertes Informationsmanagement) kommt der Unterstützung (support) viel Bedeutung zu. Es wird unterschieden zwischen emotionaler Unterstützung, Beratung, Coaching der PA, anwaltschaftlichem Engagement (advocacy service) für den Klienten. Weitere Komponenten sind: die Koordination und Überwa-



chung (monitoring) der Versorgungsleistungen anderer, sowie (im geringem Umfang) praktische Hilfen. Zusätzliche Thesen unterstreichen die Bedeutung einer im Sinne des Klienten „leidenschaftlichen Einmischung“ in die Versorgungslandschaft, der Hinweis, sich der unterschiedlichen Bedürfnisse von Klienten und PA bewusst zu sein sowie des Prinzips, Klienten und PA zu signalisieren „Ich bin für euch da, ich bin gut erreichbar“.

### **Schlussfolgerungen:**

In der Diskussion wird auf die Themen und Thesen verwiesen, über die kein Konsens erzielt werden konnte. So konnte man sich nicht auf die Fallzahl pro Fallmanager einigen (Vorgabe war: 15 Personen in einer Woche im Rahmen einer 40-Stunden Woche); ebenfalls blieb es uneinig, wann das Fallmanagement beginnen und enden soll. Hier kristallisierten sich zwei Auffassungen heraus:

- Das Fallmanagement beginnt nach der ärztlichen Diagnosestellung ; es umfasst Unterstützung und keine praktischen Hilfen (Modell: Prozessberatung)
- Das Fallmanagement erfolgt unabhängig von ärztlichen Diagnosen; Diagnostik und praktische Hilfen gehören mit zum Fallmanagement und müssen in dieses integriert werden. Dies setzt hoch differenziertes Spezialistenwissen voraus (Modell: Expertenberatung)

Abschließend weisen die Autoren auf die Stärke des Designs und die hohe Anzahl mitwirkender Experten hin. Hierdurch konnte der Gegenstand breit und umfassend entwickelt sowie verschiedene fachlichen Perspektiven berücksichtigt werden.

**Quelle: Verkade PJ, van Meijel B, Brink C, van Os-Medendorp H, Koekkoek B, Francke AL (2010) Delphi-research exploring essential components and preconditions for case management in people with dementia. BMC Geriatrics 2010, 10:54  
Doi: 10.1186/1471-2318-10-54**

## 19. Gut vorbereitete Umzüge steigern die Lebensqualität von Menschen mit Demenz

### Ziel/Hintergrund:

Im Kontext der Differenzierung stationärer Angebote für Menschen mit Demenz wird oft die Meinung vertreten, dass Umzüge (transits) gerade für diese Gruppe mit einer erhöhten Mortalität und Morbidität bzw. einer Verschlechterung der Lebensqualität einhergehen. Trotz gegenteiliger Ergebnisse empirischer Forschung ist diese Auffassung weit verbreitet. Vorliegende Studie aus Australien beschreibt klientenbezogene Effekte von drei Untergruppen (mobile, nichtmobile sowie BewohnerInnen mit ausgeprägtem herausforderndem Verhalten) drei Monate nach dem Umzug sowie drei Monate nach einer gezielten Fortbildung der MitarbeiterInnen.

### Setting:

Die HeimbewohnerInnen lebten zuvor in einer traditionellen Einrichtung mit drei spezialisierten Wohnbereichen: mobile Bewohner mit Demenz, immobile Bewohner mit Demenz, mobile BewohnerInnen mit herausforderndem Verhalten. Der Umzug erfolgte in kleinere, sich selbst versorgende Einheiten („cottages“) mit Einzelzimmern für 15 Personen. Die im Altbau vorgegebene BewohnerInnenendifferenzierung wurde beibehalten. Im Unterschied zum Altbau wurde auf Wohnlichkeit geachtet, ein großer Garten angelegt sowie ein elektronisches Infrarot-Überwachungssystem installiert, das auf die individuellen Profile der Personen angepasst ist. Alle Mahlzeiten wurden nach Möglichkeit von MitarbeiterInnen und BewohnerInnen gemeinsam gerichtet und eingenommen. Ein System versteckter Serviceeinheiten (Wäscherei, Reinigung, Material etc.) vor den Klienten. Im Unterschied zum Altbau gilt in den cottages eine Politik des Wohnens ohne Fixierung.

### Methode:

90 Personen nahmen an der Studie teil. Beschrieben werden drei Instrumente, um Umgebungsfaktoren (ambience) abzubilden, weitere Instrumente beschreiben das soziale Miteinander sowie Verhalten (vor und nach dem Umzug). Zusätzlich wurden Sterblichkeit und Stürze acht Monate vor und acht Monate nach dem Umzug erhoben. Daten von Angehörigen bezüglich Zufriedenheit mit MitarbeiterInnen, Sauberkeit, Aktivitäten, Ernährung und Umgebung wurden vor dem Umzug und fünf Monate nach dem Umzug erhoben.

3-4 Monate nach dem Umzug erfolgte eine einwöchige Fortbildung der MitarbeiterInnen zum Thema personenzentrierte Pflege mit dem Schwerpunkt der Teilhabe von Klienten an Alltagsaktivitäten.

In der Analyse der Daten wurde zwischen den drei Hauptgruppen unterschieden. In einem ersten Schritt wurden Daten des Altbaus verglichen mit Klientendaten nach dem Umzug, aber vor der Fortbildung. In einem zweiten Schritt wurden Daten nach dem Umzug mit Daten nach der Fortbildung verglichen.

### Resultate:

Daten der drei Umgebungsassessments liefern bessere Ergebnisse für die cottages (z.B. Helligkeit, Lärm, Wegweiser, Wahlmöglichkeiten, sichere Wege). Das soziale Miteinander zwischen den BewohnerInnen verbesserte sich (statistisch signifikant) von 20% (im Altbau) auf 33% nach dem Umzug und steigerte sich auf 58% nach der Fortbildung. Bei Neuzugängen (Zuzug in die cottages) wurde ein soziales Engagement von 54% der Zeit vor und von 72% der Zeit nach der Fortbildung beobachtet.

Daten zu Belastung und Stress zeigen insgesamt ein niedriges Niveau mit keinen mit dem Umzug signifikant im Zusammenhang stehenden Korrelationen.

Mitarbeiterdaten zu direkten Interaktionen mit Klienten nahmen zu von 16% im Altbau zu 33% nach dem Umzug und stiegen nach der Fortbildung an auf 41%. Nicht klientenbezogene Arbeiten nahmen im Altbau 73% der Zeit in Anspruch; dies reduzierte sich nach dem

Umzug auf 67% und fiel weiter ab nach der Fortbildung auf 59% der Zeit. Die Anzahl der Stürze nahm in den cottages allerdings zu.

Insgesamt zeigten sich die Angehörigen im Vergleich zufriedener mit Pflege und Versorgung in den cottages.

### **Schlussfolgerungen:**

Alle Datenebenen weisen auf eine gestiegene Lebensqualität der BewohnerInnen nach dem Umzug und weiterhin nach der Fortbildung auf. Der Verzicht auf Fixierungen erhöhte das Engagement deutlich und trug zur Reduzierung von Stress bei; allerdings mussten dadurch vermehrt Stürze in Kauf genommen werden. Klienten zeigten sich an der neuen Einrichtung sehr interessiert, nutzten den Garten und beteiligten sich vermehrt an Aktivitäten. Die Gruppe mit herausforderndem Verhalten profitierte vom Umzug und der Fortbildung in gleichem Maße; mobile Klienten profitierten am deutlichsten von der Fortbildung. In der Gruppe der Klienten mit herausforderndem Verhalten konnte eine deutliche Reduktion sozial störender Verhaltensweisen festgestellt werden. Insbesondere das Vorhandensein von Einzelzimmern, die gute Beleuchtung, genügend Bewegungsraum in Freien, kleinere Gruppen von nicht mehr als 15 Personen sowie kleinere Tischgruppen bei den Mahlzeiten wirkte sich interaktionsfördernd und stressmindernd aus. Das Verstecken aller pflegetypischen Merkmale (Dienstzimmer, Pflegewagen, Wäscherei, Meldesysteme etc.) trug zur Herstellung von Wohnlichkeit erheblich bei.

Ein Umzug (transit), der gut geplant und auf verschiedene Klientengruppen hin differenziert erfolgt im Zusammenhang mit gezielten Fortbildungen, transformiert den Umzug in ein eher freudiges und förderndes Ereignis für alle Beteiligten.

**Quelle: Smith R, Mathews RM, Gresham M (2010) Pre- and Postoccupancy Evaluation of New Dementia Care Cottages. American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias 25(3) 265-275**

## **20. Ordnungsorientierung stellt die zentrale Barriere in der Kommunikation und Interaktion mit Menschen mit Demenz dar**

### **Ziel/Hintergrund:**

Bisherige Studien zur Kommunikation und Interaktion zwischen Professionellen und Klienten in Pflegeheimen wiesen immer wieder auf einen hohen Grad von Inaktivität und Isolation der Klienten, zusammen mit einem geringen bis nicht vorhandenen affektiven Ausdruck hin. Diese Befunde haben sich trotz mannigfaltiger Entwicklungen in Politik, Wissenschaft, Servicephilosophie, Prüfpraktiken und QM-Maßnahmen weltweit kaum verändert. Bestimmte Eigenschaften institutioneller Pflege scheinen unverrückbar fest zu stehen, insbesondere der Gegensatz funktionaler Aufgabenorientierung der Professionellen zu den auf Kontakt und Interaktion zielenden Bedürfnissen der Klienten. Als Ursache werden genannt: schlechte und zu wenig Aus- und Fortbildung, unzureichende Rahmenbedingungen, schlechte Bezahlung, öffentliche Vorurteile, welche die klinische Orientierung der Einrichtung forcieren. – Vorliegende Studie untersucht die bestimmenden Elemente und Prioritäten praktischer Pflege von Menschen mit Demenz durch Beobachtung und Analyse der tagtäglichen Beziehungen zwischen Professionellen und Klienten in Pflegeheimen. Die englische Studie wurde durchgeführt im Rahmen einer Kooperation der Middlesex University und Jewish Care; sie dient Jewish Care zur Weiterentwicklung ihrer Dienstleistungen für Menschen mit Demenz.

### **Methode:**

Anhand von Videofilmen wurden die alltäglichen Muster und Praktiken in der Pflege erfasst. Diese Daten wurden verglichen mit den Selbstauskünften der MitarbeiterInnen. - Aus einer Liste von 594 MitarbeiterInnen wurden 123 per Zufall ausgewählt (alle betrieblichen Ebenen). 32 Personen wirkten im Projekt mit und wurden interviewt. – Von 95 Personen mit Demenz wurden per Zufall 28 bestimmt; nach einem umfassenden Konsensprozess stimmten 17 davon zu, gefilmt und befragt zu werden. Personen wurden nur in öffentlichen Bereichen gefilmt. Diese Daten wurden ergänzt durch Feldnotizen und Analysen der Dokumentationen. Insgesamt wurden erhoben

- 32 Interviews mit Mitarbeitenden, 18 mit Angehörigen, 17 mit Menschen mit Demenz
- 1000 Stunden Filmmaterial
- 2000 Seiten Feldnotizen
- Umfassende Aufzeichnungen über Struktur und Inhalt von Tagesabläufen und Pflegeplänen.

Die Interviews wurden einer vergleichenden Analyse unterzogen und mit den Filmdaten verglichen. Szenen aus Filmen wurden kodiert in: aufgabenorientiert, beziehungsorientiert, kombiniert. Beide Analyseebenen (Interviews und Filme) wurden aufeinander bezogen, um zentrale, übergreifende Themen zu identifizieren bezüglich: Muster des Selbstausdrucks (von Menschen mit Demenz), Interaktionen, Reaktionen auf die soziale Umgebung.

### **Resultate:**

#### *Funktionales Theater*

10% des Tages (zwischen Aufstehen und Zubettgehen) verbringen die beobachteten Klienten mit Kommunikation und Interaktion. Die Autoren beobachten große Unterschiede in der Gruppe. In der Regel gilt: je immobilere, desto passiver, desto weniger Kontakt. Die Sitzposition ist entscheidend für Qualität und Quantität der Kontakte. Einige Klienten haben im Heim kleine Netzwerke, unterhalten sich, helfen einander. Wer noch bessere kommunikative Kompetenzen besitzt, verlässt die Wohngruppe und trifft sich mit Gleichgesinnten im Foyer. – Kontakte zwischen Mitarbeitern und Klienten machen 2,5% des Tages aus: die Varianz ist gering. Jeder Klient hat durchschnittlich 17 Kontakte mit Mitarbeiten-

den am Tag, wovon 13 durch Mitarbeitende initiiert werden; drei von 13 sind kürzer als fünf Sekunden, 2,3 von 13 erfolgen völlig still. Zusammenfassend: Kontakte gehen von Mitarbeitern aus, sind kurz und zuweilen wortlos. – 77% der Kontakte sind aufgabenorientiert, 15% beziehungs-/sozialorientiert, 8% gemischt. Klienten haben bei diesen Kontakten wenig Einwirkungs- und Wahlmöglichkeiten: Pflegende bestimmen, was wann wie (z.B. schnell) gemacht wird. Trotz sehr unterschiedlicher Klienten läuft die Kommunikation und Interaktion seitens der Pflegenden standardisiert und ohne große Unterschiede ab, in der Regel dominiert durch die zu erledigende Aufgabe. Beide Seiten scheinen dabei – wie in einem Theater – feste Rollen einzunehmen und selten davon abzuweichen. Die Autoren sprechen vom „Mantra der Dementenarbeit: aus dem Bett, waschen, anziehen, „füttern“ (feed), Toilette, ins Bett zurück.“ Nur einige wenige Szenen gehen mit Wärme und Zärtlichkeit und damit auch mit erkennbarem Wohlbefinden einher. Pflegende betonen die Bedeutung des Badens: dies sei die einzige Zeit, in der sie Gelegenheit zu einer persönlichen Kommunikation haben.

### *Care-speak*

In den Interviews mit Menschen mit Demenz wurde deren oft verzweifelt Verlangen nach Kontakt und Beziehung deutlich; dieses Bedürfnis blieb weitgehend unbeachtet und unerfüllt. Interaktionen sind durchdrungen von der Aufgabenorientierung mit - wenn der Klient mitmacht - minimalen Kommunikationen; tut er letzteres nicht, dann und nur dann ist die Kommunikation umfassender. Hierbei konnte in allen Heimen dieselbe Strategie identifiziert werden: verbale Überzeugung, Einsatz von anderen Kollegen um zu überzeugen, Einsatz eher autoritativer Kommandos, deutliche Instruktionen und dann auch physischer Zwang; sehr selten dagegen wird der Wille des Klienten berücksichtigt und vom eigenen pflegerischen Anliegen Abstand genommen. Ansonsten werden Maßnahmen begleitet von Formen der begleitend-direktiven Erzählung, welche die Autoren „care-speak“ nennen, z.B.: „ja, das machst du richtig Maria, nein, den Fuß hier nach links, ja, schön hast du das gemacht....“ Diese Mischung aus Direktiven und Ermutigungen wird von allen Pflegenden eingesetzt; sie gibt dem Klienten wenig Gelegenheit, sich einzubringen, selber etwas zu sagen; die Pflegekraft wiederum hat ebenfalls wenig Gelegenheit, Persönliches bzw. Beziehungsbezogenes einzubringen. Da diese Art der Interaktion und Kommunikation standardmäßig abläuft, gleicht eine Interaktion der anderen und der Bewohner erfährt – gleich wer kommt – immer dasselbe.

### *Was die Pflegenden erzählen...*

Viele Pflegenden berichten von einem enormen Druck, der die Priorität funktional bestimmter outcomes auf Kosten der Beziehungsarbeit erzwingt. Pflegende meinen, sie haben keine große Bestimmungsmacht über das, was sie tun. Beziehungsstiftende, emotionale Kommunikation werde versucht, sei aber angesichts des Zeit- und Arbeitsdrucks mit erheblichen psychischen Belastungen verbunden. Ein Aspekt dieser Arbeit wird mit der „ewig lächelnden Persona“ (Maske, äußeres Erscheinungsbild) beschrieben, die man um der Klienten, aber auch um der Einrichtung willen, glaubt aufrecht erhalten zu müssen. – Der Aufrechterhaltung von „Ordnung“ kommt hohe Bedeutsamkeit zu; in diesem Zusammenhang wird zwischen „guten“ und „schlechten/schwierigen“ Bewohnern unterschieden. Begriffe wie „Aufmerksamkeit suchendes Verhalten“ oder „anspruchsvoll“ werden häufig verwendet, um Ansprüche und Bedürfnisse abzuwehren, die über Regelleistungen hinausgehen. Zu dieser Ordnung gehört auch die „Präsentation ordentlicher Leiber“ im Sinne eines „lounge-standard resident“ (etwa: wohnzimmertauglicher Bewohner). Daran werde die Leistung gemessen, sowohl von den Pflegenden selbst, als auch von Kollegen, Leitung und Angehörigen. Aus der Sicht der Autoren kommt dem ordentliche Leib symbolischer Wert zu, quasi als Ersatzhandlung für mangelnde Beziehung und Kontakt oder gar als Wiedergutmachung für Kontaktverweigerung: Dies gelte für professionell Pflegenden genauso wie für Angehörige. Der Primat des „wohntauglichen Bewohners“ dient dazu, andere Bedürfnisse der Klienten auszublenden.

### *Das Ambiente*

Diese Beobachtungen werden unterstützt durch das Design der Bereiche. Dies ist in der Regel so arrangiert, dass funktionale Tätigkeiten erleichtert werden; Kontaktbedürfnisse der Klienten haben dabei keine Bedeutung: es sitzen oft nicht die zueinander passenden BewohnerInnen zusammen oder der Raum zwischen ihnen ist für eine Kontaktaufnahme zu groß. Aufenthaltsbereiche werden so angelegt, dass sie von einem Mitarbeiter leicht überschaut werden können. Klienten, die viel laufen, werden immer wieder zum Sitzen animiert und in Wohnzimmerbereiche zurückgeführt. In einigen Bereichen wurden die Wohnzimmer oder auch die Aufenthalts- oder Speisebereiche verschlossen.

Aus Sicht der Klienten stellt die Ordnungsorientierung, die Pflegende, Leitende, Angehörige und Aufsichtsbehörden teilen, Barrieren für Klienten dar, sinnvoll mit Mitarbeitenden und anderen Klienten zu kommunizieren und zu interagieren.

### *Non-verbaler Selbstausdruck*

Klienten drücken sich primär über nonverbale, körperbezogene Signale aus, z.B. über Frequenz und Intensität repetitiver Selbststimulation. Den Forschern gelang es, den verschiedenen körpersprachlichen Äußerungsmustern Bedeutungen und Sinnzusammenhänge zuzuordnen. MitarbeiterInnen aber deuteten dieses Verhalten durchgängig als Unfähigkeit zu kommunizieren. Bewegungen mit klarem kontextuellen Bezug wurden als unfreiwillige Bewegungen und als Krankheitssymptom verstanden. Eher selten und vereinzelt konnten auch persönlichere Kontakte beobachtet werden, und einige Mitarbeiter ließen im Ansatz ein Verstehen von Verhaltensmustern als Kommunikation erkennen: darüber wurde aber im Team nicht gesprochen. Die Autoren legen nahe, dass es „dafür“ in der Pflege keine Sprache gibt und auch nicht danach gesucht wird. Nur selten sorgen Leitungen für einen Rahmen, in dem dies thematisiert werden konnte.

### **Schlussfolgerungen:**

Pflegende erwerben in ihrer beruflichen Sozialisation einen sprachlichen „Tunnelblick“, der die Wahrnehmung steuert. Die Sprache und Wahrnehmung ist ausgerichtet auf Kontrolle und Aufgabenorientierung. Die in diesem Kontext stattfindenden Interaktionen gestalten sich hoch standardisiert und erzeugen eine sich selbst erhaltende/reproduzierende Routine (unter der Pflegende dann auch wieder leiden). Personzentrierte Ansätze werden nicht gelebt, statt dessen ist der Umgang mit Menschen mit Demenz Ausdruck einer eng biomedizinischen Sicht der Demenz bzw.: praktisches Handeln und personzentriertes Denken stehen unverbunden nebeneinander. – Die Autoren betonen, dass der multimethodische Ansatz ermöglicht hat, Interaktion und Kommunikation von verschiedenen Seiten zu betrachten und die – kontrastierende – Wahrnehmung der Klienten stark zu machen. Pflege hat wenig mit den sozialen und psychischen Bedürfnissen ihrer Klienten zu tun, sondern strukturiert sich um ein Wertesystem, in dem die Aufrechterhaltung einer (bürgerlichen) Ordnung den zentralen Stellenwert einnimmt. – Die Autoren geben zu bedenken, dass ein höherer Personaleinsatz die Basis für eine Verbesserung der Situation darstellt. Ohne diesen würden Schulungseffekte, die ebenfalls unabdingbar sind, verpuffen. Angemessene Kommunikation mit Menschen mit Demenz – verbal und non-verbal - muss zudem systemisch die zentrale Kategorie in der (externen und internen) Qualitätsbewertung von Einrichtungen werden. Dann werden die Ausbildungssysteme folgen. Die Autoren nehmen abschließend Stellung zu Themen wie Ermöglichung emotionaler Arbeit, gezielte Bereicherung des Umfeldes durch Einsatz von Personen aus anderen Berufen, Feedback und Veränderung von „care-speak“, systematische Einbeziehung von Menschen mit Demenz auf allen Ebenen der Organisation (Inklusion), Einbinden von Leitungen in den Versuch, Ordnungsorientierungen im Pfllegalltag zu reduzieren.

**Quelle: Ward R, Vass AA, Aggerwal N, Garfield C, Cybyk B (2008) A different story: exploring patterns of communication in residential dementia care. Ageing & Society 28(5) 629-651**

## 21. Kinder demenzkranker Eltern zeigen eine problematische „falsche Reife“

### Ziel/Hintergrund:

Menschen mit frühem Demenzbeginn (jünger als 65 Jahre) leben häufig in Familien mit schulpflichtigen Kindern. Über Kinder als pflegende Angehörige ist bekannt, dass sich die Pflege auf die Beziehung zu Gleichaltrigen auswirkt, Gesundheitsprobleme zur Folge hat, sich auf die schulische Entwicklung auswirkt und mit emotionalen Schwierigkeiten einhergeht. Umgekehrt wurden auch positive Folgen benannt, wie z.B. gewachsenes Selbstvertrauen, Reife und Entwicklung der Resilienz (Anpassungsfähigkeit an Herausforderungen des Lebens). Kritisch wird diskutiert, ob es sich um eine ‚falsche Reife‘ handelt, bei der die eigenen Bedürfnisse übersehen bzw. negiert werden. – Vorliegende Studie untersucht die Erfahrungen von Kindern, deren Elternteil eine Person mit frühem Demenzbeginn ist.

### Methode:

Es handelt sich um eine Studie mit qualitativen und quantitativen Anteilen (mixed methods), die zum einen in leitfadengestützten Interviews die Erfahrungen der Kinder exploriert und durch Vergleiche und Clusterungen zu zentralen Themen verdichtet. Das Interviewschema liegt der Studie bei. Quantitativ werden erfasst: Depressivität, Belastung, Resilienz.

### Resultate:

12 Kinder aus 9 Familien mit einem Alter von 11 bis 17 Jahren (Durchschnitt 14,6) aus Großbritannien wurden untersucht. Bei den an Demenz erkrankten Personen handelt es sich in 7 von 9 Fällen um die Väter. Vier zentrale Themen konnten identifiziert werden:

1. Die Demenz entdecken (etwas hat sich verändert, Bedeutung der Ehrlichkeit der Eltern über die Krankheit, an der Beziehung – mit Mühe – arbeiten),
2. Eine neue Beziehung entwickeln (er/sie ist nicht mehr dieselbe Person, eher wie ein Kind, Verlust der alten Beziehungsqualität und deren Verlässlichkeit, Trauern, was früher gut war im Gedächtnis behalten),
3. Lernen damit zu leben (Widerwillen sich als Pfleger Angehöriger zu verstehen, eher: „einfach helfen“ oder „mein Gewicht in die Waagschale legen“, Stolz auf die Leistung für die Familie, Opfer und Verzichte, Freunde nicht nach Hause bringen, Erwachsen werden, sich distanzieren),
4. Es gemeinsam durchstehen (die Familie neu entdecken, seinen Anteil einfach tun, außerhalb der Familie etwas anderes tun und nicht darüber reden, Schule als willkommene Abwechslung, wichtig: Hilfe von außen nötig um den Druck zu reduzieren).

Quantitative Daten: Zwei von 12 offenbarten eine Depression, zwei weitere eine affektive Störung, sieben zeigten einen hohen Grad der Belastung, zwei wiesen eine hohe Resilienz auf. –

Die Kinder bemühten sich in den Interviews, die eigene Rolle zu minimalisieren. Der Prozess aller Kinder folgte drei Schritten: Trauer über den Elternteil, eine neue Beziehung entwickeln mit emotionaler Distanzierung, erwachsene Aufgaben übernehmen. Den eigenen emotionalen Bedürfnissen wird wenig Beachtung geschenkt.

### Schlussfolgerungen:

Die Ergebnisse sind vergleichbar zu denen über pflegende Kinder außerhalb des Themenfeldes Demenz. Auffällig in dieser Untersuchung: die Minimalisierung der Bedeutung der eigenen Pflegerolle. Hieraus leiten die Autoren die Notwendigkeit ab, mit pflegenden Kindern im Gespräch zu bleiben. Insgesamt wiesen die Kinder dieser Studie eine recht hohe Resilienz auf. Das emotionale Wohlbefinden schien durch die hohe Belastung nicht sehr

tangiert zu sein. Die Autoren überlegen, dass die Kinder u.U. Gründe hatten, ihre Gefühle nicht zu zeigen. – Von offensichtlicher Bedeutung hingegen war der Verlust eines Elternteils, die Anpassung an die neue Situation zusammen mit der Entstehung einer verantwortungsvollen Rolle. Diese Anpassung bringt die Ausblendung eigener emotionaler Anteile mit sich und wird von den Autoren als Teil der „falschen Reife“ diskutiert. – Insgesamt minimalisierten die Kinder die Belastung und fokussierten auf den Prozess der Anpassung an eine neue Beziehung. Hier besteht ein markanter Unterschied zur Beziehungsentwicklung von Paaren mit Demenz: dort wird eher versucht, die alte Beziehung so lange wie möglich zu erhalten.

Abschließend diskutieren die Autoren die Notwendigkeit, Pflegedienste und andere Verantwortungsträger im Pflegebereich (Beratungseinrichtungen) für das Thema „pflegende Kinder von Eltern mit Demenz“ zu sensibilisieren und entsprechende Unterstützungsprogramme zu verfolgen. Interessanterweise gaben die Kinder den Hinweis, es hätte ihnen geholfen, mit anderen pflegenden Kindern zusammen zu sein und sich auszutauschen.

**Quelle: Svanberg E, Stott J, Spector A (2010) ‚Just Helping‘: Children living with a parent with young onset dementia. *Aging & Mental Health* 14(6) 740-751**  
**Svanberg E (2010) Recognising the needs of children of younger people with dementia. *The Journal of Dementia Care* 18(4) 35-37**



## **22. Schmerzen und Depressivität von Menschen mit Demenz gehen mit erhöhtem Belastungserleben der Pflegenden einher**

### **Ziel/Hintergrund:**

Im Rahmen des NDB-Modells (Need-Driven-Compromised Behaviour) wird herausforderndes Verhalten als Ausdruck von Bedürfnissen aufgefasst. Das Verhalten wird verursacht durch Hintergrundfaktoren (relativ stabile neurologische, kognitive Faktoren, psychosoziale Charakteristika) und Kontextfaktoren (die jeweilige konkrete physische und soziale Umgebung, Schmerzen). – Vorliegende Studie untersucht die Zusammenhänge zwischen Hintergrund- und Kontextfaktoren zu Schmerzen, herausforderndem Verhalten und Widerstandsverhalten gegen Pflege.

In Bezug auf Hintergrundfaktoren ist bekannt: Frauen weisen mehr herausforderndes Verhalten insgesamt auf, bei Männern kommt aggressives Verhalten häufiger vor. Mit Zunahme der kognitiven Beeinträchtigung und mit zunehmender Abhängigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens macht sich auch mehr herausforderndes Verhalten bemerkbar; diese Korrelation nimmt bei sehr schwerer Demenz wieder ab. Bei eher geringer Komorbidität imponiert eher ein rastloses Verhalten (Agitiertheit), bei hoher Komorbidität nehmen Vokalisierungen zu.

In Bezug auf Kontextfaktoren ist bekannt: Personen ohne Schmerzen zeigen eher Rast- und Ruhelosigkeit, mit Schmerzen dagegen eher Vokalisierungen und verbale Aggressionen. Zu den Effekten von Schmerzmitteln gibt es unterschiedliche Befunde: bisherige Studien legen eher nahe, dass der Einsatz von Schmerzmedikamenten das herausfordernde Verhalten nicht sehr beeinflusst.

Vorliegende Studie nimmt an, dass Geschlecht, kognitiver Status, ADL-Einschränkungen, Komorbidität und Schmerzstatus mit herausforderndem Verhalten einhergehen. Eben diese Faktoren werden daraufhin untersucht, ob sie das Belastungserleben von Pflege Mitarbeitern vorhersagen.

### **Methode:**

In 10 Heimen konnten 162 Personen mit Demenz für die Untersuchung herangezogen werden. Es werden Instrumente beschrieben, die Verhalten, Erinnerung, Emotionen, kognitive Funktionen, Komorbidität, funktionale Einschränkungen, Schmerz und Schmerzintensität sowie den Einsatz von Schmerzmitteln abbilden.

### **Resultate:**

Personen mit schwereren kognitiven Einbrüchen zeigten mehr herausforderndes Verhalten, Menschen mit hoher Abhängigkeit in den Tätigkeiten des täglichen Lebens legten weniger disruptives (sozial störendes) Verhalten an den Tag. Personen mit einem höheren Maß wöchentlich erhobener Schmerzen legten vermehrt disruptives Verhalten an den Tag. Das Belastungserleben der Pflegenden stellte sich am höchsten bei Menschen mit intensiven Schmerzen und Menschen mit emotional bedingten Verhaltensveränderungen (Traurigkeit, Depressivität) heraus. Ein Zusammenhang zwischen Widerstandsverhalten bei der Pflege und der Häufigkeit von herausforderndem Verhalten konnte nicht hergestellt werden. Allerdings: Patienten mit viel Schmerzen und einer hohen Komorbidität zeigten auch vermehrt herausforderndes Verhalten und wurden in diesem Kontext auch als belastend in der Pflege erlebt.

### **Schlussfolgerungen:**

Wie erwartet sagen kognitive Einbrüche (Hintergrundfaktor) auch eine Zunahme von herausforderndem Verhalten voraus. Frauen zeigten vermehrt emotionale Probleme, afrikanische Amerikaner zeigten weniger emotionale Verhaltensprobleme als weiße Amerikaner. – Schmerzen (Kontextfaktor) der Klienten erwiesen sich als wichtiger Faktor, um Stress von Pflegenden vorherzusagen. Auch in dieser Studie konnte nicht gezeigt werden, dass die

Gabe von Schmerzmitteln das herausfordernde Verhalten wesentlich beeinflusste. – Die Autoren geben die bekannte Einschätzung wieder, dass die Beobachtung und das Miterleben von Schmerzen bei Pflegenden Stress erzeugt insbesondere dann, wenn die Notwendigkeit von Transfers (z.B. bei der Körperpflege) die Schmerzintensität der Klienten erhöht; dies wiederum lässt die emotionale Belastung für die Pflegenden steigen. Die Autoren empfehlen, Schmerzen zu identifizieren und Pflegende zu schulen, wie und unter welchen Umständen Schmerzpatienten pflegerisch versorgt werden können.

**Quelle: Norton MJ, Allen RS, Snow AL, Hardin JM, Burgio LD (2010) Predictors of need-driven behaviors in nursing home residents with dementia and associated certified nursing assistant burdens. Aging & Mental Health 14(3) 303-309**

## **23. Je höher die Assessmentkompetenz der Pflegenden, desto eher werden gesundheitliche Probleme erkannt**

### **Ziel/Hintergrund:**

HeimbewohnerInnen weisen zusätzlich zur Demenz eine hohe (psychische und physische) Komorbidität auf, die in der Regel zunimmt und sich verschlimmert. Es ist bekannt, dass der Einsatz weniger qualifizierter MitarbeiterInnen das zeitige Erkennen gesundheitlicher Probleme verringert und das Hospitalisierungsrisiko erhöht. Einer Studie zufolge hätten etwa 42% der Krankenhauseinweisungen durch kompetentere Pflege verhindert werden können. Da Menschen mit Demenz sich zu ihrer Verfassung oft nicht äußern können, Symptome im Alter oft verspätet, verzögert oder verändert zu Tage treten und Verhaltensänderungen vielfältige Ursachen haben können, sind Menschen mit Demenz besonders gefährdet, notwendige Behandlungen nicht zu erhalten. – Vorliegende Studie beschreibt die Anzahl von neu auftretenden gesundheitlichen Problemen in einer Gelegenheitsstichprobe von Menschen mit Demenz im Heim in einem Zeitraum von sechs Wochen. Zusammenhänge zwischen klienten- und personalbezogenen Faktoren und der Zeit, die es braucht, die Symptome zu erkennen werden beschrieben. Zudem wird analysiert, welchen Einfluss die assessmentbezogene Kompetenz auf diesen Zusammenhang hat sowie das Verhältnis von bekannten zu neuen Interventionen.

### **Methode:**

Die Studie erfolgt im Rahmen einer größeren Untersuchung, welche die Effekte einer stufenweise Abklärung und Behandlung unerfüllter Bedürfnisse von Menschen mit Demenz zum Gegenstand hat. (STI: Serial Trial Intervention) Daten von insgesamt 65 Personen aus sechs Heimen im mittleren Westen der USA konnten herangezogen werden. Die Gruppe wies einen mittleren MMSE Wert von 7,6 (schwere Demenz) sowie einen hohen Grad an chronischen Erkrankungen auf. Relevante Daten zur Problemerkennung, zur Zeit und Interventionen wurde den STI-Protokollen sowie der Pflegedokumentation entnommen.

### **Resultate:**

61 von 65 Personen entwickelten innerhalb von sechs Wochen mindestens ein, in der Regel aber zwei neue Gesundheitsprobleme (insgesamt 149). Die meisten Probleme brachten unkontrollierte Schmerzen, neue Infektionen sowie psychotisches Verhalten mit sich. Dies zeigte sich am meisten durch Widerstandsverhalten in der Pflege(39%), Hilferufe (15%), gepeinigtem Gesichtsausdruck (35%) und Unruhe (29%). Die Zeit zwischen dem Beginn der Veränderung und der Problemidentifikation betrug zwischen 1/2 und 4 Tagen. 39% zeigten ursachenspezifische Symptome, in 16% der Fälle waren die Symptome mehrdeutig und vage. Bei Infektionen fehlte zumeist das Fieber. – Je höher die Assessmentkompetenz<sup>4</sup> der Pflegenden und je eher Pflegenden zu neuen (statt den üblichen) Interventionen griffen, desto schneller wurden Probleme erkannt und angegangen. Je länger BewohnerInnen in den Einrichtungen lebten, desto länger dauerte die Problemerkennung und der Interventionsbeginn. Je höher die Assessmentkompetenz, desto länger beschäftigte sich die Pflegekraft mit dem Problem.

### **Schlussfolgerungen:**

Je höher die Kompetenz der Pflegenden bezüglich früher verhaltensbezogener Erkennungszeichen gesundheitlicher Probleme, desto eher werden diese erkannt und behandelt. In Einrichtungen der Altenpflege gibt es zu wenig hochkompetente Personen, um subtile klinische Veränderungen zeitig zu bemerken. Bedeutsam auch: Je mehr Pflegenden in der Lage waren, neue Interventionen zu entwickeln, desto eher wurden Probleme erkannt und

---

<sup>4</sup> Dass diese auch bei Medizinern selbst bei Standardinstrumenten wie das MMSE nicht als gesichert gelten kann, wurde jüngst eindrücklich erwiesen: Burns A, Karim S, Morris J, Byrne J (2010) The conversational mini-mental examination: Estimating cognitive impairment. *Aging & Mental Health* 14(6) 692-694

gelöst. Die Wiederholung von immer selbigen Interventionen ist damit eher ein Anzeichen geringer Kompetenz (statische Pflege). Die Autoren plädieren, mehr Wissen über die Zusammenhänge zwischen gesundheitlichen und verhaltensbezogenen Veränderungen bei Menschen mit Demenz zu gewinnen, um die Identifikation von physischen Problemen bei Menschen mit Demenz zu beschleunigen.

**Quelle: Kovach CR, Logan BR, Simpson MR, Reynolds S (2010) Factors Associated With Time to Identify Physical Problems of Nursing Home Residents With Dementia. American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias 25(4) 317-323**