

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

(Landesinitiative Demenz-Service NRW)

Newsletter und Forschungsmonitoring 2/2014

gefördert von:

Ministerium für Gesundheit,  
Emanzipation, Pflege und Alter  
des Landes Nordrhein-Westfalen



**LANDESVERBÄNDE  
DER PFLEGEKASSEN**



Das Dialog- und Transferzentrum Demenz (DZD) fördert den Dialog zwischen Forschung und Praxis in der Versorgung von Menschen mit Demenz. Das DZD wird seit 2005 seitens des Sozialministeriums (MGEPA) und der Pflegekassen NRW gefördert und ist Teil der Landesinitiative Demenz-Service NRW. Es ist inneruniversitär am Department Pflegewissenschaft (Fakultät für Gesundheit) der privaten Universität Witten/Herdecke angesiedelt.

Über UW/H:

Die Universität Witten/Herdecke (UW/H) nimmt seit ihrer Gründung 1982 eine Vorreiterrolle in der deutschen Bildungslandschaft ein: Als Modelluniversität mit rund 1.900 Studierenden in den Bereichen Gesundheit, Wirtschaft und Kultur steht die UW/H für eine Reform der klassischen Alma Mater. Wissensvermittlung geht an der UW/H immer Hand in Hand mit Werteorientierung und Persönlichkeitsentwicklung.

Witten wirkt. In Forschung, Lehre und Gesellschaft.

© Landesinitiative Demenz-Service NRW 2014

Private Universität Witten/Herdecke gGmbH, Department Pflegewissenschaft,

Dialog- und Transferzentrum Demenz (DZD)

Stockumer Str. 10 • 58453 Witten

Telefon +49 (2302) 926306 • Fax +49 (2302) 926310

[dialogzentrum@uni-wh.de](mailto:dialogzentrum@uni-wh.de)

[www.dialogzentrum-demenz.de](http://www.dialogzentrum-demenz.de) || [www.demenz-service-nrw.de](http://www.demenz-service-nrw.de)

## ***Sehr geehrte Leserinnen und Leser des DZD-ForschungsNewsletters,***

kurz vor Weihnachten senden wir Ihnen unsere aktuellen ForschungsNewsletter. Seit dem letzten Newsletter ist eine gehörige Zeit vergangen, in der bei uns – und vermutlich auch bei Ihnen – viel passiert ist.

In dieser Ausgabe des ForschungsNewsletters stellen wir Ihnen 20 aktuelle Studien aus den Bereichen Grundlagen, neuropsychiatrische Symptome, Wohnen/Versorgen und Lebensqualität, Interventionen und Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen vor. Das Lesen lohnt sich!

Jedes Mal, wenn ich das Editorial zu unserem Newsletter schreibe, sitze ich einige Zeit da und lasse die letzten Monate Revue passieren. Und jedes Mal, wenn ich das tue, stelle ich beglückt und zugleich frustriert fest, was alles geschafft und angegangen wurde und was auf der anderen Seite in unseren und Ihren Augen unbedingt bearbeitet werden sollte und sich noch in Entwürfen und Konzepten auf unseren Schreibtischen befindet.

Insbesondere auf Letzteres weisen Sie uns immer wieder hin. Vielen Dank für Ihre vielen Mails, facebook-Mitteilungen und Anrufe, in denen Sie uns Rückmeldung zu Getanem und vor allem Hinweise auf zu Tuendes geben. Wie Sie feststellen können, nehmen wir Ihre Anregungen auf und gehen Ihre Vorschläge an. Dieser Dialog steht dem Dialogzentrum gut zu Gesicht! DANKE!!

Also: Es gibt neue „Demenz-Eier (Videos)“ zu den Themen „Problematisches Essverhalten“ und „Angst“, neue Arbeitspapiere und ein Video zum Thema Inklusion und Demenz sind erschienen, Interviews und Themenblogs zu Ernährung und Depression und auch unser Wissensmagazin zum Thema Emotionen und Demenz wurde weitergeführt. Das E-Book zum Selbstmanagement und unser Hörbuch entwickeln sich zu einem „Bestseller“ und jeden Tag flattern uns neue Anmeldungen zu unserem ForschungsNewsletter aus dem In- und Ausland ins Haus. Des Weiteren haben wir Vorträge gehalten, haben die Landesinitiative bei Fortbildungen und Tagungen unterstützt und haben mit vielen Personen aus Praxis, Forschung und Politik oft kontrovers – aber fruchtbar diskutiert. Und dies sind nur einige unserer Aktivitäten ...

An dieser Stelle wie immer ein besonderer Dank an das Pflegeministerium NRW und die Pflegekassen NRW, welche gemeinsam die Förderung des Dialogzentrums bestreiten.

Neben dem ForschungsNewsletter möchten wir Sie auf den kommenden Seiten kurz über Aktivitäten aus dem Dialogzentrum und der Uni Witten/Herdecke informieren.

### **Und eine Ankündigung schon einmal an dieser Stelle:**

Am 25. Februar 2015 veranstaltet das DZD den 3. Newsletter-Day. Im Mittelpunkt steht der Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen bei Demenz. Es ist uns gelungen, die Gesundheitsministerin des Landes Nordrhein-Westfalens Frau Barbara Steffens zu einem Vortrag zu uns zu holen. Und etwas Weiteres freut uns sehr: Frau Prof. Jiska Cohen-Mansfield aus Tel Aviv – weltweit eine der renommiertesten Forscherinnen auf dem Gebiet der Versorgungsforschung im Bereich Demenz - reist zum Newsletter-Day an und wird einen weiteren Festvortrag zum Thema herausforderndes Verhalten halten (Vortrag wird simultan ins Deutsche übersetzt). Und das ist bei weitem noch nicht alles an diesem Tag, an

dem wir gleichzeitig am Rande 10 Jahre Dialogzentrum feiern! Melden Sie sich rasch an; die Kapazitäten sind begrenzt! Sie können sich aktiv an der Veranstaltung beteiligen!! Bitte lesen Sie dazu unter der Rubrik „Neues aus dem DZD“ auf den folgenden Seiten die erforderlichen Informationen.

Also: Es war viel los, es ist viel los und es wird hoffentlich auch im nächsten Jahr im und um das DZD viel los sein. Das Team des DZD wünscht Ihnen nun eine schöne und erholsame Zeit über den Jahreswechsel ... - und bleiben Sie uns gewogen!

Viel Freude beim Lesen  
wünscht Ihnen  
Ihr

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'D. Rüsing', with a long horizontal stroke extending to the right.

Detlef Rüsing  
(Leiter DZD)

## Newsletter DZD 2/2014

Willkommen zum sechzehnten 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 fördern. 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))“.

### Dialog- und Transferzentrum Demenz (DZD)

Dialog- und Transferzentrum Demenz (DZD)

Fakultät für Gesundheit

Universität Witten/Herdecke

Stockumer Str. 10

58448 Witten

tel.: ++49 (0) 2302/926306

fax: ++49 (0) 2302/926310

e-mail: [dialogzentrum@uni-wh.de](mailto:dialogzentrum@uni-wh.de)

**web:** [www.dialogzentrum-demenz.de](http://www.dialogzentrum-demenz.de)

**facebook:** <https://www.facebook.com/DialogzentrumDemenz>

**twitter:** <https://twitter.com/DemenzDialog>

**youtube:** <https://www.youtube.com/user/DialogzentrumDemenz>

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

### **„Demenzeier“ zu den Themen „Problematisches Essverhalten“ und „Angst“ auf dem Blog des DZD erschienen**

Auf dem Blog des DZD (<http://dzd.blog.uni-wh.de/category/das-demenzei-des-monats>) sind zwei neue Beiträge im Rahmen der Serie „Demenzei des Monats“ erschienen. Bei diesem Format geht es darum, kontroverse und komplexere Themen aus der Pflege Demenzerkrankter zunächst in Form eines Videostatements aufzugreifen und davon ausgehend eine Diskussion zu starten.

Wer dem Dialogzentrum zum aktuellen Demenzei „Angst“ bis zum **28. Februar 2015** Antworten auf Fragen sendet (als Video, E-Mail oder per Post) kann ein Buch im Wert von 30 Euro gewinnen.

### **3. Newsletter-Day am 25. Februar 2015 und Möglichkeit zur aktiven Beteiligung an der Tagung**

Am **25. Februar 2015** wird das Dialog- und Transferzentrum Demenz (DZD) an der Universität Witten/Herdecke eine Tagung zu herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz abhalten. Zu den Highlights gehören Vorträge von NRW-Gesundheitsministerin Barbara Steffens und der israelischen Demenzforscherin Jiska Cohen-Mansfield. Aber Sie können sich auch aktiv beteiligen!

Zum dritten Mal veranstaltet das Dialog- und Transferzentrum Demenz (DZD) den Newsletter-Day. Und zum dritten Mal haben wir uns ein Thema für den Tag ausgewählt, von dem wir durch Ihre Rückmeldungen und Diskussionsbeiträge der letzten Monate wissen, dass es Sie als Betreuende und Forschende intensiv beschäftigt: Es geht um herausfordernde Verhaltensweisen bei Personen mit Demenz. Wir wissen, dass diese Verhaltensweisen auch bei Demenzerkrankten sowie bei allen anderen Personen zumeist nicht zufällig oder willkürlich auftreten. An diesem Tag werden wir uns im Rahmen einer multidisziplinären Fallbesprechung auf Spurensuche begeben. Wie ernst nehme ich die Anliegen meines Gegenübers mit und ohne Demenzerkrankung? Wir freuen uns sehr, dass Frau Barbara Steffens, die nordrheinwestfälische Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA), in ihrem Festvortrag der Frage „Wie möchten wir im Alter (mit Demenz) leben?“ nachgehen wird.

Ebenfalls stolz sind wir darauf, dass Frau Prof. Jiska Cohen-Mansfield, eine der weltweit renommiertesten Forscherinnen aus dem Bereich der Versorgung von Menschen mit Demenz, für einen weiteren Festvortrag zum Thema „Herausforderndes Verhalten“ aus Tel Aviv anreisen wird. Beiden Festrednerinnen können Sie nach den Vorträgen Ihre Fragen stellen.

Und dann kommt es auf Sie an! Diskutieren Sie mit uns und untereinander, damit es wirklich eine Dialogveranstaltung wird!

Und ganz nebenbei feiert das Dialogzentrum an diesem Tag sein 10-jähriges Bestehen! Der Eintritt zur Tagung ist frei, jedoch ist eine Anmeldung aufgrund begrenzter räumlicher Kapazitäten erforderlich. Anmeldungen zum dritten Newsletter-Day des DZD werden unter folgender E-Mail Adresse entgegengenommen: [dialogzentrum@uni-wh.de](mailto:dialogzentrum@uni-wh.de).

Hier der Link zum Flyer: <http://dzd.blog.uni-wh.de/files/2014/12/Flyer-zur-Tagung-Herausforderndes-Verhalten.pdf>

### Möglichkeit zur aktiven Beteiligung an der Fallbesprechung auf dem Newsletter-Day

Im Rahmen unserer Tagung „Möglichkeiten und Grenzen psycho-sozialer Interventionen bei Demenz“ wollen wir eine Brücke schlagen von der Theorie zum konkreten „Fall“. Einerseits muss sich die Theorie am Fall bewähren; andererseits ist jeder Fall komplexer als jede Theorie und erfordert neu eine fachliche und ethische Bewertung. Unserer Ansicht nach stellt die Fallbesprechung eine vielversprechende Möglichkeit dar, zusammen im Team zu lernen, gemeinsame Ziele und Maßnahmen zu verfolgen und den individuellen Bedürfnislagen des Klienten gerecht zu werden.

Daher möchten wir Sie einladen, einen Fall aus Ihrer Praxis einzubringen. Konkret heißt das, einen Fall einzubringen in eine Expertenrunde, die mit Ihnen zusammen nach einem vorstrukturierten Ablauf den Fall bespricht.

Wenn Sie einen Fall einbringen wollen, dann melden Sie sich per e-mail ([dialogzentrum@uni-wh.de](mailto:dialogzentrum@uni-wh.de)) bei uns und schildern kurz: den Anlass/ das Problem/ das Fallthema, die vorhandenen Diagnosen (besonders die psychiatrischen Diagnosen), den bisherigen Pflege- und Betreuungsverlauf (was alles schon an Maßnahmen versucht wurde, um das Verhalten zu beeinflussen).

Wir werden aus den genannten Fällen einen Fall aussuchen und mit Ihnen vorab in Kontakt treten, damit Sie die Fallsituation möglichst umfassend vorbereiten und präsentieren können. Haben Sie den Mut, Ihren Fall auf die Bühne zu bringen und mit Fachexperten zu diskutieren.

### **E-Book „Selbstmanagement und Demenz“ des DZD erschienen**

Seit August 2014 ist das E-Book „Und wer fragt nach mir? Selbstmanagement in der Versorgung von Menschen mit Demenz“ auf dem Blog des Dialog- und Transferzentrums Demenz (DZD) frei erhältlich. Autor ist der Kommunikations- und Medienwissenschaftler Marcus Klug, wissenschaftlicher Mitarbeiter des Dialogzentrums.

Das E-Book „Und wer fragt nach mir? Selbstmanagement in der Versorgung von Menschen mit Demenz“ kann seit August 2014 auf dem Blog des DZD kostenfrei als PDF mit einem Umfang von circa 100 Seiten und zahlreichen zusätzlichen Literaturempfehlungen und Links heruntergeladen werden. Wir haben das E-Book Anfang September durch zwei neue Videos ergänzt.

Hier der Link zum E-Book:

<http://dzd.blog.uni-wh.de/das-e-book-und-war-fragt-nach-mir-selbstmanagement-in-der-versorgung-von-menschen-mit-demenz-download/#more-8336>

### **Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des DZD sind gefragte Redner auf Tagungen, Seminaren und Workshops**

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des DZD sind gefragte Rednerinnen und Redner zu Themen der Versorgung von Menschen mit einer Demenzerkrankung im Rahmen der Landesinitiative Demenz-Service NRW und werden als solche zu Tagun-

gen, Kongressen, Seminaren und Workshops eingeladen. In den letzten Monaten hielten wir Vorträge zu den Themen Inklusion und Demenz, Kommunikation bei Demenz, personenzentrierte Pflege bei Demenz, Belastungserleben pflegender Angehöriger und zu Zukunftsszenarien im Bereich Demenz. Verfolgen Sie unsere Vortragsveranstaltungen im neuen Jahr auf unserem Blog-Kalender

### **Prof. Jiska Cohen-Mansfield hält am 26.02.2015 Forschungsworkshop in der Uni Witten/Herdecke**

Am Tag nach ihrem Vortrag auf dem 3. Newsletter-Day wird Frau Prof. Cohen-Mansfield einen Forschungsworkshop an der Uni Witten/Herdecke halten. Der Workshop richtet sich an Wissenschaftler im Bereich Versorgung Demenzerkrankter und ist öffentlich. Es wird eine Gebühr erhoben und Teilnehmerplätze sind begrenzt. Weitere Informationen werden in Kürze auf unserem Blog sowie auf den Seiten der Universität Witten/Herdecke und in Pressemitteilungen veröffentlicht. Veranstalter ist die Fakultät für Gesundheit der Uni Witten/Herdecke, der auch das DZD angehört.

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

#### **Expertentagung „Multiprofessionelle Handlungsfelder in der Versorgung: Neue Herausforderungen und Konzepte am Beispiel von Menschen mit Demenz“ am 26. und 27. März 2015 in Witten**

Wie können Gesundheitsberufe mit Technikentwicklern, Kommunen und Leistungserbringern kooperieren und welche Anforderungen ergeben sich für multiprofessionelle Versorgungssettings? Neben der Vorstellung multiprofessioneller Projektstudien werden multiprofessionelle Lernsettings und einzelne professionelle Tätigkeitsfeldern sowie Anforderungen für die multiprofessionelle Zusammenarbeit fokussiert. Referent/inn/en sind unter anderem Prof. Dr. Ursula Walkenhorst (Universität Osnabrück), Dr. Beate Radzey (Demenz-Support Stuttgart), Dr. Daniela Schmitz (Universität Witten/Herdecke) und Dr. Bernadette Klapper (Robert Bosch Stiftung). Außerdem wird eine Studienberatung für Interessenten auf der Tagung angeboten. Veranstalter sind Prof. Dr. Ulrike Höhmann, Dr. Daniela Schmitz, Manuela Lautenschläger und Otto Inhester. Die Tagung wird von der Robert Bosch Stiftung gefördert.

#### **Neues Seminarangebot ab 16. April 2015: Kollegiale Beratung für Start-helfer**

"Mit nur einer Hand lässt sich kein Knoten knüpfen." Das mongolische Sprichwort bringt es auf den Punkt: gegenseitige Unterstützung erzielt am Ende bessere Ergebnisse! Im Interesse von Qualitätsentwicklung und mehr Professionalisierung braucht auch die Pflege Möglichkeiten (plus zugehöriger Zeitkorridore), sich strukturiert auszutauschen.

Hier setzt Kollegiale Beratung an. Pflegende werden befähigt, gemeinsam und mit fester Ablaufstruktur Praxisfragen und berufliche Probleme zu lösen. Kollegiale Beratung dient dem regelmäßigen Austausch zwischen Kolleginnen und Kollegen und der eigenen beruflichen Entwicklung durch Reflexion. Ein Instrument,



mit dem Pflegefachpersonen sich in Zeiten enormer Belastungen und großer Verantwortung Selbstachtung und Selbstpflege gönnen dürfen.

Der DBfK und die DGP (Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft- Sektion BIS) als Kooperationspartner bieten unter der Federführung von Fr. Prof. Dr. Zegelin (Universität Witten/Herdecke, Department für Pflegewissenschaft) jetzt erstmalig eine Starthelferschulung zur Kollegialen Beratung an. Das fünftägige Seminar ist auf zwei Termine gesplittet und findet ab **16. April 2015** in Berlin statt. Vermittelt werden Basis- und Methodenwissen sowie die Vertiefung durch Übungen Kollegialer Beratung. Darüber hinaus Strategien zur Einführung und nachhaltigen Implementierung in die pflegerische Praxis. Das Ziel ist, die Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu befähigen, Starthelfer und Impulsgeber für Kollegiale Beratung in der Pflege zu werden.

Weitere Informationen zu den Seminarinhalten, Dozenten, Konditionen und zur Anmeldung hier:

[http://www.dbfk.de/bildung/veranstaltungen/Flyer\\_Kollegiale-Beratung.pdf](http://www.dbfk.de/bildung/veranstaltungen/Flyer_Kollegiale-Beratung.pdf)

### **„Gerontopsychiatrie Basislehrgang“ an der Universität Witten/Herdecke**

Fort- und Weiterbildungen werden immer mehr auf bestimmte Zielgruppen ausgerichtet und an spezifische Voraussetzungen gebunden. Dies erschwert ein gemeinsames Lernen über alle Berufsgruppen hinweg. Das Zentrum für Fort- und Weiterbildung der Universität Witten/Herdecke hat einen Basislehrgang Gerontopsychiatrie entwickelt, der für die verschiedenen, in Pflege und Betreuung tätigen Personen mit unterschiedlichen beruflichen Voraussetzungen offen ist. Dies gilt auch für Pädagogen, Supervisoren, Coaches und andere, in der Begleitung von in Arbeitsteams tätigen Personen, die sich im Feld Gerontopsychiatrie fort- und weiterbilden wollen.

Der Lehrgang ist um eine zentrale Kompetenz herum entwickelt: der Fähigkeit, Fallbesprechungen in Teams vorzubereiten, durchzuführen und auszuwerten. Dazu sind neben einer fachlichen psychiatrischen Expertise Wissen und Erfahrung in der Durchführung von Fallbesprechungen unabdingbar. Der Lehrgang ist daher so aufgebaut, dass sich jedem fachlichen Input (über 2 Tage) eine Übungsphase zu themenzentrierten Fallbesprechungen anschließt. Fachliche, personenbezogene Recherchen ergänzen den Lernprozess in Form von Kompetenznachweisen. Fallbesprechungen stellen eine Schlüsselkompetenz dar an der Schnittstelle von Lebensqualität, Pflegeplanung, fachlicher Weiterentwicklung, Team- und Organisationsentwicklung. Sie bildet eine Voraussetzung für Konzeptentwicklung und Implementierung.

Nähere Informationen finden Sie unter:

[www.zentrum-weiterbildung.de/programme/pflege](http://www.zentrum-weiterbildung.de/programme/pflege)

Ihr Team des Dialog- und Transferzentrums Demenz (DZD)

Georg Franken  
Marcus Klug  
Christian Müller-Hergl  
Katharina Ziebarth

Gergana Ivanova  
Britta Koch  
Detlef Rüsing



## **Forschungsmonitoring 2/2014**

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

**Dezember 2014**

## Inhaltsverzeichnis

1. Belastende Lebensereignisse im höheren Erwachsenenalter wirken sich nicht auf einen Demenzbeginn aus .....	16
2. Menschen mit Demenz stellen miteinander eine geteilte Wirklichkeit her.....	19
3. Die Vorstellung, nicht zu Hause zu sein, stellt ein eigenständiges Symptom der Alzheimer Demenz dar .....	22
4. Zentrales Thema bei Wahn ist die Beruhigung.....	26
5. Persönlichkeitsveränderungen sagen beginnende Demenz sehr früh voraus .....	29
6. Mit der Zeit nehmen Agitiertheit und Apathie zu, Depressivität, Ängste und Psychosen eher ab.....	31
7. Apathie und Depression erfordern unterschiedliche Handlungsstrategien.....	34
8. Die Schwere neuropsychiatrischer Symptome sagt Belastungserleben professionell Pflegender voraus .....	37
9. Nächtliche Verwirrtheit führt zur quälenden Tagesmüdigkeit pflegender Angehöriger .....	39
10. Aktuelle Rahmenbedingungen erschweren die Einführung von demenzspezifischen Fallbesprechungen .....	42
11. Die Anzahl von Pflegeassistenten ist einer der wichtigsten Faktoren für das Wohlergehen von Menschen mit Demenz.....	44
12. In kleinen Wohneinheiten verbessert sich das Wohlbefinden der Bewohner besser als in großen Wohnbereichen .....	46
13. Haltung und Prioritäten der Mitarbeitenden entscheiden über Tätigkeiten, die das Wohlbefinden von Bewohnern erhöhen.....	48
14. Die Orientierung an Risiken trägt entscheidend zur Heimeinweisung bei .....	51
15. Fallmanagement und Pflege aus einer Hand ist besser als die Koordination verschiedener Anbieter .....	54
16. In Wohngemeinschaften werden weniger freiheitsentziehende Maßnahmen und weniger Psychopharmaka verwendet.....	57
17. Gemeinsames Tun erweitert die Fähigkeiten und Kompetenzen der einzelnen Person.....	60
18. Dauerlutscher für einen Patienten mit frontotemporaler Demenz stoppt beständiges Vokalisieren.....	63
19. iPad Aktivitäten sind traditionellen Beschäftigungen überlegen.....	65
20. Viele Menschen mit Demenz werden in der eigenen Wohnung fixiert.....	66

## Forschungsmonitoring 2/2014

### **Editorial**

Liebe Interessierte,

wie immer weisen wir Sie darauf hin, dass es sich bei den Zusammenfassungen der Studien 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.

Die heutige Ausgabe des Newsletters gliedert die Studien in folgende Kapitel: Grundlagen, neuropsychiatrische Symptome, Wohnen/ Versorgen und Lebensqualität, Interventionen und Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen.

Wir möchten das Editorial mit einer kurzen Einführung in die Diskussion über den Wahn (delusion) verbinden, zu dem sich in diesem Newsletter verschiedene Beiträge finden. Wahn stellt ein Thema aus dem Umkreis der neuropsychiatrischen Symptome dar, die insgesamt das Schwerpunktthema dieser Ausgabe bilden. Auf der Ebene der Theoriebildung wird versucht, eine möglichst einheitliche, über alle Diagnosen hinweg geltende Theorie des Wahns („delusion“) zu entwickeln. Dabei stehen die Korrelationen einzelner Symptome mit neuroanatomischen und neuropsychologischen Beeinträchtigungen im Mittelpunkt, nicht mehr die verschiedenen psychischen Erkrankungen. Es gilt demnach, krankheitsübergreifende und symptomspezifische kausale Hypothesen über einzelne Wahnphänomene zu entwickeln.

Coltheart (2011)\* erklärt monothematische Wahnvorstellungen mit der 2-Faktoren-Theorie: Zunächst macht die Person ungewöhnliche Erfahrungen, z.B. glaubt die Person, die Ehefrau sehe so aus wie immer, sei aber ausgetauscht worden. (Capgras-Delusion) Verschiedene hirnorganische Veränderungen können dazu beitragen, ungewöhnliche Wahrnehmungen zu machen. Im Falle von Capgras scheint die Ursache zu sein, dass die Gesichtserkennung zwar funktioniert, die damit einhergehenden emotionalen Assoziationen in Verbindung mit dem autonomen Nervensystem aber nicht parallel abgerufen werden können. Nur Personen mit hoher Bedeutsamkeit sind Gegenstand dieses Wahns, andere bekannte Personen sind nicht betroffen. Eine mögliche Erklärung dieser Divergenz zwischen Gesichtserkennung und autonomen Nervensystem könnte sein, dass die Frau gar nicht die wirkliche Ehefrau ist, sondern eine Doppelgängerin – ein logischer Schritt, der „Abduktion“ (aus dem Ereignis eine mögliche Ursache erschließen) genannt wird. Dies scheint die ungewöhnliche Erfahrung zu erklären, also wird an dieser These festgehalten. Da nun aber viele Angehörige und Freunde mit guten Argumenten die Person eines Besseren belehren, muss ein zweiter Faktor hinzutreten: eine Beeinträchtigung der Fähigkeit, Überzeugungen auf ihre Plausibilität und Wahrscheinlichkeit zu überprüfen. Das Misslingen dieser Prüfung wird mit einer spezifischen Schädigung des (rechts-) lateralen präfrontalen Kortex in Verbindung gebracht – sie erklärt, warum die Person an dieser Erklärung festhält. Coltheart et al spielen dieses Erklärungsmodell - verschiedene Ursachen für ungewöhnliche Wahrnehmungen, eine Quelle für mangelhafte Plausibilitätsprüfung - an 6 verschiedenen monothematischen Wahnvorstellungen durch.

In Erweiterung dieses Ansatzes widmen sich Poletti und Sambataro \*\* polithe-matischen, komplexen Wahnvorstellungen, z.B. der Vorstellung, verfolgt zu werden, oder die Vorstellung, innere Organe seien heimlich entfernt worden, oder

die Vorstellung, andere würden Gedanken eingeben, entziehen oder auf geheimnisvolle Weise mit einem kommunizieren. Auf neuroanatomischer und neurochemischer Ebene erklären sie, dass in einem ersten Schritt gewöhnliche Reize eine ungewöhnliche Bedeutsamkeit verliehen bekommen (übermäßige, unkontrollierte striatale dopaminerge Aktivität), die mit bestimmten Handlungsimpulsen, Belohnungserwartungen, Zielen einhergeht. (falsche affektiv geladene Bedeutungszuweisung) Zu dieser falsch geladenen Bedeutungszuweisung gesellt sich gleichzeitig in einem zweiten Schritt: krankhaft veränderte interne Modelle von Welt, veränderte Vorstellungen der Unterscheidung Selbst-Andere (Theory of Mind), sowie veränderte Fähigkeit zum Entwurf zukünftiger Szenarien, die allesamt neuroanatomisch mit Veränderungen des ventromedial präfrontalen Kortex einhergehen. (Default Mode Network: DMN) Letzterem kommt die Funktion zu, zwischen Gefühl und Verstand zu vermitteln, emotionale Prozesse zu regulieren, Situationseinschätzung, Verhalten und Emotionen zu verknüpfen und Handlungen angemessen zu steuern: die Brücke zwischen Affekt und Kognition. Auch Veränderungen in der rechten frontalen Kortex spielen eine Rolle, die mit Hemmung, Kontrolle und Plausibilisierung zu tun haben. Falsche Bedeutsamkeitszuweisung (1) geht mit krankhaft veränderten inneren Modellen des Verstehens und Deutens einher (2), die sich zu einem - fast - irreversiblen kognitiven Schema verfestigen. An diesem Punkt ist die Schwelle zu komplexen und bizarren Wahnvorstellungen überschritten.

Coltheart et al nehmen an, dass der Prozess der Erzeugung einer Annahme auf der Basis einer ungewöhnlichen Wahrnehmung (Überzeugungsgeneration) intakt ist, aber die Korrektur bzw. Plausibilisierung nicht gelingt. Poletti et al gehen bei polithematisch komplexen Wahnvorstellungen davon aus, dass die Überzeugungsgeneration selbst gestört ist, da andere Annahmen über die Welt und die gestörte Unterscheidung von Selbst/Anderen bizarre Konstruktionen zu entwickeln erlaubt.

Auf diesem Hintergrund entfalten Nakatsuka et al ihre Überlegungen: diese behaupten nun, dass einige zentrale Wahnvorstellungen von Menschen mit Demenz in weiten Teilen nicht psychotischer Natur sind. Den Wahninhalten von Menschen mit Demenz korrespondieren andere neuroanatomische und neurochemische Prozesse, die in erster Linie mit dem kognitiven Niedergang einhergehen. Dies gilt in besonderem Maße für die Vorstellung, nicht zu Hause zu sein. Auf einer mehr theoretischen Ebene hätte dies zur Folge, nicht alle wirklichkeitsfremden Phänomene einer einheitlichen Erklärung zuführen zu können. Offen bleibt die Frage: wenn es sich bei der Überzeugung, nicht zu Hause zu sein, nicht um eine Wahnvorstellung handelt, was ist es denn dann? Die Autoren stellen Zusammenhänge mit Störungen in der echten Amygdala, also der Emotionsentstehung her. Während bei üblichen Psychosen verhaltenstherapeutische Maßnahmen darauf zielen, sich vorsichtig anderen Hypothesen und Erklärungen zu nähern (und damit die wahnhaftige Überzeugung zu relativieren), würden die neuroanatomischen Zusammenhänge im Fall der Demenz eher emotionsfokussierte Strategien nahelegen. Die neuropsychologischen Eigenschaften der dementogenen Überzeugung, nicht zu Hause zu sein, bedürfen weiterer Klärungen.

Nun aber zur Übersicht über die einzelnen Artikel.

## Grundlagen

Eine Hypothese zur Demenzentstehung ist die Stressthese: Höhere Belastungen verändern den Hormonhaushalt und die vaskuläre Gesamtsituation mit wachsendem Demenzrisiko. Zumindest für belastende Vorkommnisse nach dem 55. Lebensjahr scheint dies nicht zuzutreffen. Auch die Frage, ob Belastungen erwartbar und kontrollierbar waren und wie mit ihnen umgegangen wurde, spielt für die

Inzidenz (Auftreten) keine erkennbare Rolle. Nicht ausgeschlossen werden kann, dass frühere Belastungen aus der Jugend und Kindheit dementogene Auswirkungen mit sich bringen. (1) Heimbewohner mit Demenz leben nicht in „ihrer eigenen Welt“, vielmehr scheinen sie miteinander einen assoziativ reichhaltigen Kontext, also eine gemeinsame „Welt“ zu gestalten, innerhalb dessen sie sich aufeinander beziehen, Themen verhandeln, Empathie und Wechselseitigkeit zeigen. Dieser – von außen oft absurd anmutende Kontext – wird sogleich verlassen, wenn sich Mitarbeiter nähern. Mitarbeiter respektieren diesen Kontext nicht, sondern verlangen, dass Personen mit Demenz sich an den Kontext der institutionellen Themen halten. Die Vorstellung, den Kontext der Bewohner zu unterstützen, zu halten oder auch nur zu respektieren konnte nicht beobachtet werden. (2)

### Neuropsychiatrische Symptome

Zunächst zum Wahn: Bestimmte Wahnphänomene scheinen typisch für die Demenz zu sein, insbesondere die Vorstellung, nicht zu Hause zu sein (und dorthin gehen zu wollen). Diese Vorstellungen sind antipsychotisch wirkenden Medikamenten wenig zugänglich, die nur einen sedierenden Effekt zu haben scheinen. Es wird vorgeschlagen, diese Vorstellungen nicht als Psychose zu werten, sondern eher als Anzeichen für den fortschreitenden kognitiven Niedergang aufzufassen. (3) Mitarbeitende reagieren unterschiedlich auf Wahnphänomene. Für die Reaktion entscheidend scheint zu sein, ob sie selbst oder andere Schutzbefohlene in den Wahn inkludiert werden: dann wird erläutert und argumentiert und weniger toleriert. Ein einheitliches Vorgehen ist nicht erkennbar, eher ein Mix aus Versuch und Irrtum. Erfahrungsreichtum und Flexibilität sowie eine souverän-gelassene Grundhaltung wirken sich günstig aus. (4) Persönlichkeitsveränderungen sind mitunter früher und deutlicher zu erkennen als kognitive Einbußen. Abnehmende Offenheit für Erfahrungen und abnehmende Sorgfalt in der Erledigung alltäglicher Angelegenheiten sowie zunehmende Unterschiede in der Selbst- und Fremdeinschätzung der eigenen Person, gelten als besonders einschlägige Anzeichen für eine beginnende Demenz. (5) Apathie und Agitiertheit nehmen im Verlauf der Demenz eher zu, affektive Symptome nehmen eher ab. Es stellt sich die Frage, ob zunehmende Agitiertheit und Apathie nichts anderes darstellt als einen fortdauernden (über- oder unteraktiven) delirösen Zustand. In der späten Demenz sind affektive Befindlichkeiten weniger befragbar – ob sich die affektive Situation wirklich bessert ist fraglich. (6) Apathie und Depressivität werden seit einigen Jahren als verschiedene Symptome betrachtet. Geht die Apathie mit Demenz einher, scheinen aktivierende Interventionen erfolgreich, eine Psychotherapie (hier: Lebensrückblick) scheint eher zu einer Verschlechterung zu führen. Apathie bei Menschen ohne Demenz erweist sich mehr der Psychotherapie zugänglich, nicht aber der Aktivierung – hier ist Apathie vielmehr ein Zeichen der Depressivität. Antidepressiva wirken sich fast immer eher ungünstig auf Apathie aus. Beide – Psychotherapie und Aktivierung – wirken sich nicht auf die Stimmung, wohl aber auf die Motivation aus. Insgesamt trägt die Studie dazu bei, Apathie bei Demenz als eigenständigen Symptomkomplex zu betrachten. (7) Apathie stellt für Angehörige, Agitiertheit und Aggressivität für professionell Pflegende die größte Belastung unabhängig von Art und Schwere der Demenz dar. Dabei ist die Schwere des neuropsychiatrischen Symptoms belastender als dessen Häufigkeit. Der Apathie dagegen wird weniger Aufmerksamkeit zuteil, vermutlich deswegen, weil apathische Personen die Arbeitsroutine nicht stören. (8) Eine ganze Reihe von hirnorganischen Veränderungen struktureller und biochemischer Natur, führen bei Menschen mit Demenz zu einem gestörten Nachtschlaf. Dies wiederum stört und verändert den Schlaf der Angehörigen, die auch nachts in eine beständige Alarmbereitschaft geraten. Obwohl sich Angehörige als

recht erfinderisch erweisen und oft das fachlich Richtige beachten, erweisen sich diese Strategien als nur bedingt erfolgreich. (9) Fallbesprechungen gelten als probates Mittel, Maßnahmen für Menschen mit Demenz mit herausforderndem Verhalten individuell auszurichten. Die Studie beschreibt viele individuelle und institutionelle Herausforderungen in der Implementierung. Mangel an gerontopsychiatrischem Wissen und fehlende Kompetenzen in der Moderation von Gruppen stechen besonders hervor. (10)

### Wohnen und Lebensqualität

Die Anzahl der Mitarbeiter scheint doch eine Rolle zu spielen: je besser der Personalschlüssel und die Zeit für persönliche Pflege, desto besser die Lebensqualität. Auf Demenz spezialisierte Einrichtungen schneiden besonders deswegen besser ab, weil sie kleinere Einheiten mit weniger Bewohner haben und mehr persönliche Zuwendung erlauben. Je größer die Einrichtung und die Bewohneranzahl pro Abteilung, desto schlechter die Lebensqualität. (11) Insgesamt scheint es aber mehr auf die konkrete Wohneinheit als auf die Einrichtung insgesamt ankommen. Entscheidend scheint die Nähe der Leitung zu den konkreten Arbeitsprozessen zu sein: dies ist in kleinen Einheiten eher gegeben, und schon steigt die Lebensqualität der Bewohner. (12) Zentrale Angebote (Bingo, Gymnastik, Gedächtnistraining) sind für das Wohlbefinden weniger wichtig als die Haltung und die Prioritäten der Mitarbeiter. Auch die Anzahl macht es nicht, vielmehr das konkrete Zusammensein und zusammen tätig sein von Mitarbeitern und Bewohnern. Der Verzicht auf zentrale Angebote ermöglicht den Mitarbeitern, mehr Gewicht auf das Zusammensein zu legen – mit besseren Ergebnissen für die Lebensqualität. (13) Oft ist der Gang in die Klinik verbunden mit einer unfreiwillig hinzunehmenden Heimeinweisung. In England ist dafür die Urteilsfähigkeit, nicht die vorhandenen Risiken entscheidend. Konkret aber wird die Urteilsfähigkeit der Person oft daran gemessen, ob sie mit den Sicherheitsüberlegungen der Professionellen und Angehörigen übereinstimmt. Unkluge, eigenwillige, risikoreiche Urteile, gegen den Strich der Angehörigen und Professionellen gebürstet, gelten dann als Beleg für die Urteilsunfähigkeit – ganz im Gegenteil zum Sinn des Gesetzes. (14) Bleibt die Person dann dennoch in der eigenen Häuslichkeit, dann ist eine kluge Vernetzung und Koordination von Diensten erforderlich – Care- und Case-Management. Unterschiedliche, miteinander konkurrierende Dienste zu vernetzen stellt eine schwierige Herausforderung dar. Sehr viel besser schneiden Versorgungssysteme ab, bei denen alle Leistungen und deren Integration aus einer Hand kommen. (15) Zwei Studien aus den Niederlanden befassen sich mit einer in die Mode gekommenen Alternative, der Wohngemeinschaft. Leichte Vorteile werden erkennbar, da in Wohngemeinschaften weniger fixiert und weniger Psychopharmaka verabreicht werden; auch die Arbeitszufriedenheit ist höher. Allerdings ist die Agitiertheit der Mieter deutlich höher in Wohngemeinschaften. Nicht immer scheinen die Populationen (Heim vs. Wohngemeinschaft) vergleichbar. Ganz eindeutig fallen die Vorteile nicht aus. (16)

### Interventionen

In welcher Wohnform auch immer: Menschen mit Demenz auch im fortgeschrittenen Stadium können an gemeinsamen Tätigkeiten teilnehmen, wenn ihnen dafür ein adäquates „Gerüst“ gebaut wird. Im Rahmen dieses Gerüsts (vielfache Erleichterungen, Anpassungen, Imitationsmöglichkeiten) gewinnen sie an Kompetenzen und Fertigkeiten, zu denen sie allein nicht fähig wären. (17) In der Arbeit mit Menschen mit frontotemporaler Demenz (verhaltensbezogene Variante), sind bislang keine wirklich überzeugenden Interventionen und Konzepte erkennbar. Hier nun ein eher kurioses Fundstück: in einer Fallstudie wird vorgestellt,

wie ein höchst schwieriges Verhalten durch Dauergabe von Lutschern positiv beeinflusst werden konnte. Dies kann als Beispiel für innovatives und kreatives Denken in der Pflege gewertet werden – meinen die Autoren. (18) Seit einiger Zeit werden zunehmend moderne neue Medien in der Arbeit mit Menschen mit Demenz eingesetzt. Fast immer verzeichnet deren Einsatz sehr gute Erfolge wie auch in vorliegendem Fall: gut angepasst und vorbereitet haben Personen mit Demenz sehr viel Spaß in der Freizeitgestaltung mit iPads, deutlich mehr als bei traditionellen Tätigkeiten wie Kochen und Handarbeit. (19)

#### Freiheitsentziehende Maßnahmen

Freiheitsentziehende Maßnahmen in der Häuslichkeit bilden ein wenig beforschtes Gebiet mit vermutlich hoher Dunkelziffer. Mitarbeiter in der ambulanten Pflege werden oft wider Willen in derartige Maßnahmen involviert. Auch Ärzte erweisen sich entgegenkommend, ohne strenge Indikation Psychopharmaka zur Sedierung zu verschreiben – auf Betreiben der Angehörigen. Häusliche Pflege findet oft unter prekären Umständen statt, zuweilen unter Verletzung der Menschenwürde. Häusliche Pflege – so die Autoren – darf nicht mehr ohne eine Form der Überwachung mit Eingriffsrechten stattfinden. (20)

Wie immer freuen wir uns darüber, dass Sie sich die Mühe machen, unseren Newsletter zu lesen. Wir wünschen Ihnen, dass Sie etwas für sich Nützliches und Förderliches finden mögen. Über Rückmeldungen – auch kritischer Natur – freuen wir uns.

\*Coltheart M., Langdon R., McKay R. (2011). Delusional Belief. *Annual Review of Psychology*, 62, 271-298

\*\*Poletti M., Sambataro F. (2013). The development of delusion revisited: A transdiagnostic framework. *Psychiatry Research*, 210, 1245-1259  
Ihr Team des Dialog- und Transferzentrums Demenz (DZD)



## 1. Belastende Lebensereignisse im höheren Erwachsenenalter wirken sich nicht auf einen Demenzbeginn aus

### Ziel/Hintergrund

Eine These zur Entstehung von Demenz vom Alzheimer Typ ist die Stresshypothese: es wird angenommen, dass Stress in Form von belastenden Vorkommnissen zu einer höheren körpereigenen Kortisolproduktion mit möglichen Strukturschäden am Hippocampus, der Amygdala sowie diverser (rechtshirnbetonter) frontaler Regionen führt (vgl. Newsletter 14,2)\*.

Bisherige Studien zu diesem Thema zeigen ein eher uneinheitliches Bild: Elternverlust in der Kindheit, schwere Erkrankung des Partners oder Kindes und anhaltende schwere Belastungen im mittleren Lebensalter werden in einigen Studien als mitursächlich für Demenz beschrieben. Andere Studien zeichnen ein gegenteiliges Bild: je geringer die Lebensbelastungen, desto größer das Demenzrisiko. Hierbei wird angenommen, dass geringe Lebensbelastungen auch mit weniger Aktivitäten und Kontakten einhergehen, welche sich demenzfördernd auswirken.

Viele dieser Studien weisen methodische Mängel auf: kleine Fallzahlen, rückblickende Forschungsdesigns, Befragung von Angehörigen. Wenig Berücksichtigung findet, dass belastende Lebensereignisse sehr unterschiedlich verkräftet und bewertet werden, dass das Ausmaß der dabei erlebten Kontrolle über die Belastung entscheidend sein kann und positive Lebensereignisse einen Puffer bilden können. – Vorliegende prospektive Langzeitstudie untersucht Zusammenhänge von negativen Lebensereignissen mit dem Risiko, an Demenz zu erkranken. Zudem wird der möglicherweise lindernde Effekt positiver Ereignisse untersucht.

### Methoden

Es handelt sich um eine Teilstudie im Rahmen einer größeren schwedischen Langzeitstudie über die Zusammenhänge von Altern, Kognition und Gesundheit. Seit 1988 wurden 6 größere Personengruppen (55 Jahre und älter) gewonnen, die alle 5 Jahre umfassend u.a. auch zur Demenz untersucht und u.a. auch zu besonderen Lebensereignissen befragt werden. Insgesamt basiert die Studie auf Daten von 2.462 Personen, die bei Aufnahme in die Studie nicht an Demenz litten. Beschrieben werden Instrumente zur Abbildung von Demenz und zur Ermittlung von Lebensereignissen, ihrer Erwartbarkeit, der damit verbundenen emotionalen Betroffenheit, der Kontrolle über die Ereignisse und wie gut sie verkräftet werden konnten. Das Analyseverfahren der Daten wird beschrieben.

### Resultate

Von 2.462 Personen entwickelten im Zeitraum von 1988 bis 2010 insgesamt 423 Personen eine Demenz, davon 240

(57%) eine Demenz vom Alzheimer Typ. Das Alter aller Teilnehmenden insgesamt betrug 70,8 Jahre. Die fünf häufigsten negativen Lebensereignisse lauteten: somatische Erkrankung oder Operation, Tod eines nahen Angehörigen, ernsthafte Erkrankung eines guten Freundes und Tod eines nahestehenden guten Freundes. Personen, die eine Demenz entwickelten, berichteten durchschnittlich von 3 Lebensereignissen (negativ: 1,6), Personen ohne Demenz von 3,7 (negativ: 1,9) Lebensereignissen. 16,1% der Personen mit Demenz und 12,7% der Personen ohne Demenz konnten über kein negatives Lebensereignis berichten. Insgesamt konnte kein signifikanter Zusammenhang zwischen Lebensereignissen bzw. negativen Lebensereignissen und dem Beginn einer Demenz festgestellt werden. Auch Aspekte der Erwartbarkeit, der Kontrolle oder der Bewältigung sowie möglicherweise lindernde positive Ereignisse spielten keine Rolle.

## Diskussion

Die Autoren betonen die Qualität der Langzeitstudie, das prospektive Design, die hohe Fallzahl sowie die intensive und umfassende Befragung zu Lebensereignissen. Nicht nur die Ereignisse selbst, sondern auch ihre Bewertung und Bewältigung wurden umfassend erforscht. Die Studie erfasste nur Lebensereignisse ab dem Zeitpunkt der Aufnahme in die Studie (frühestens ab dem 55. Lebensjahr). Nicht ausgeschlossen werden kann, dass frühe Lebensereignisse oder auch lang anhaltende tägliche Belastungen\*\* ein höheres vaskuläres Risiko mit möglichem Demenzbeginn zur Folge haben kann.

## Quellen

Sundström A., Rönnlund M., Adolfsson R., Nilsson L.-G. (2014). Stressful life events are not associated with the development of dementia. *International Psychogeriatrics*, 26(1), 147-154

\*Vgl.: Sachs-Ericsson N. et al. (2013). A longitudinal study of differences in late- and early-onset geriatric depression: Depressive symptoms and psychosocial, cognitive, and neurological functioning. *Aging and Mental Health*, 17(1), 1-11  
These dieser Studie: Zusammenhänge zw. Demenz und Depression zeigen sich eher bei Depression im höheren Lebensalter, nicht bei Depression in jungen Lebensjahren. Vermutung, dass die Depression eher ein erstes Zeichen der beginnenden Demenz darstellt und nicht, dass sie der Demenz vorhergeht.

\*\*Vgl.: Ritchie K. et al. (2011). Adverse childhood environment and late-life cognitive functioning. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 26, 503-510

These dieser Studie: strukturelle Probleme in der Kindheit (erwachsene Probleme mit dem Kind teilen – Missbrauch -, Schulprobleme, insbesondere mit anderen Kindern- Mobbing-, Verlust eines Elternteils, Alkohol) wirken sich eher

nachhaltig auf Kognition auch im Alter aus als einzelne  
traumatisierende Einzelerlebnisse.

## 2. Menschen mit Demenz stellen miteinander eine geteilte Wirklichkeit her

### Ziel/Hintergrund

Es gibt wenig Wissen darüber, wie Heimbewohner ihre Zeit gestalten, wenn keine funktionalen Anliegen anstehen und sie keinen Kontakt zu Mitarbeitenden haben. Oft sitzen sie und warten, zuweilen haben sie Kontakt untereinander. Vorliegende Studie untersucht, wie Bewohner den Kontakt zueinander außerhalb funktionaler Kontakte gestalten. Die Autorin nennt solche Zeiten ‚Ruhepausen‘ (respite spaces). Diese Ruhepausen werden im Rahmen von Situationsdefinitionen gestaltet, innerhalb derer die Bewohner sich, die anderen und ihre Umgebung verstehen. Die Autorin nennt dies den jeweiligen „Rahmen“ (frame). Sie beschreibt, wie Menschen mit Demenz im Heim ihren Ruhepausen einen Rahmen verleihen, diesen wechseln, ihn miteinander teilen und verschiedene Rahmen übereinander legen (so dass man sich zugleich in zwei verschiedenen Situationsdefinitionen bewegt).

### Methoden

Es handelt sich um eine ethnographische Studie, bei der 14 Bewohner eines demenzspezifischen Wohn/Pflegebereiches über 5 Monate hinweg beobachtet wurden. Art und Schwere der Demenzen werden nicht angegeben, wohl aber, dass auch Personen mit schwerer und sehr schwerer Demenz in dem Bereich leben. Trotz des angestrebten wohnlichen Milieus sind Mahlzeiten, Duschzeiten, aber auch Gruppenangebote einseitig seitens der Mitarbeitenden bestimmt und entsprechen nur scheinbar einer häuslichen Situation. Die Autorin beschreibt ihre beobachtende Rolle, die Erhebung und qualitative Auswertung von Feldnotizen. Es wird angenommen, dass der Situationsrahmen von Menschen mit Demenz für einen Außenstehenden absurd und grotesk sein kann, die sich darin bewegenden Personen aber zu einem Einvernehmen kommen und wechselseitig aufeinander bezogen sich austauschen und handeln können.

### Resultate

Kontakte und Kommunikationen mit Pflegenden haben in der Regel einen verrichtungsorientierten Rahmen. Beim Erscheinen von Mitarbeitern wechseln die Bewohner aus ihrem jeweiligen Rahmen und steigen in den ‚institutionellen Rahmen‘ ein. Mitarbeiter befördern dies: sie interpretieren den Dialog der Personen als ‚dementen Rahmen‘ – zum Beispiel nach einem Mädchen suchen, das nicht da ist -, unterbrechen ihn und leiten auf die für sie wichtigen Themen um (Essen, Trinken, Medikamente, Transfers). Bewohner scheinen dies zu wissen und lassen sich in der Regel auf den Rahmen der Mitarbeiter ein. Außerhalb dieser Situation und diesem Rahmen, tauchen institutionelle Themen kaum auf. Dieser außerinstitutionelle Rahmen nimmt zeitlich den größten Raum ein. Hier unter

scheidet die Autorin den Rahmen der Erinnerung und den Rahmen des sich Sorgens.

Erinnerung: Hierbei kommt es zu Dialogen zwischen Bewohnern über Themen, die oft durch eher zufällige Objekte – ein Bild, ein Spielzeug – ausgelöst werden. Dabei mischen sich gegenwärtige und vergangene Elemente zu einem assoziativen Amalgam. Die Teilnehmer greifen Elemente des Gesagten auf, reagieren darauf durchaus folgerichtig, bieten zuweilen einen neuen Rahmen an, der wiederum von den anderen angenommen wird. Dabei ist ein Wechselspiel von Eingehen und Variation erkennbar, das Elemente von Empathie, Verstehen und kreativer Weiterführung des Dialogs erkennen lässt – also Elemente, die man mit der „Theory of Mind“ in Verbindung bringt. (siehe Newsletter 15) Teilnehmende bringen dabei frühere Identitäten und Kompetenzen ins Spiel, die allesamt aus dem Leben außerhalb der Institution stammen. Dieser assoziative Rahmen wird in der Regel schnell bei Mitarbeiterkontakt verlassen.

Sorgen: Hierbei werden vergangene, aber als gegenwärtig relevante Sorgethemen verhandelt bezüglich Familie, Kinder, Kochen, verspätet in die Schule oder zur Arbeit kommen.

Andere Bewohner stellen diese Sorgethemen nicht in Frage, reagieren eher empathisch bzw. bringen die eigenen Sorgethemen ein. Dabei fällt auf, dass die Personen durchaus aus den verschiedenen Beiträgen einen gemeinsamen Sorge-Rahmen (z.B. über Kinder) entwickeln und diesen logisch kohärent ausgestalten können. So bietet eine Bewohnerin den Rahmen an, ein Kissen als lebende Katze zu behandeln – sie streichelt das Kissen und küsst es – und die anderen Bewohner scheinen darin mitzuschwingen und die Freude zu teilen. Mitarbeiter dagegen lenken von diesen Themen ab und greifen den Rahmen nicht auf, bieten statt dessen einen ‚institutionellen Rahmen‘ an.

## Diskussion

Menschen mit Demenz leben nicht ‚in ihrer je eigenen Welt‘, sondern entwickeln miteinander zusammen gemeinsame Bezüge bzw. ‚Rahmen‘, innerhalb derer sie sich kreativ, komplementär, empathisch, variantenreich verhalten und dazu äußern können. Sie scheinen dies vorzugsweise miteinander zu tun und brechen den Rahmen ab, wenn sich Mitarbeiter hinzugesellen. Die Personen mit Demenz fügen sich demnach nicht nur passiv dem vorgegebenen institutionellen Rahmen, sondern stellen interaktiv in nicht-verrichtungsbezogenen Atem/Ruhepausen miteinander einen Rahmen her über Themen aus der Erinnerung oder aus der Sorge. Sie können dabei aneinander anschließen und interpretieren die Signale der anderen innerhalb des gewählten Rahmens richtig. - Die Autorin verweist darauf, dass diese nicht-institutionelle Zeit den größten Zeitanteil ausmacht und die kreative Gestaltung dieser Ruhe/Atempause für die Bewohner von großer Wichtigkeit ist, wenn sie auch bislang kaum beforscht wurde.

**Quelle**

Harnett, T. (2014). Framing spaces in places: Creating „respite spaces“ in dementia care settings. *Dementia*, 13(3), 396-411

### 3. Die Vorstellung, nicht zu Hause zu sein, stellt ein eigenständiges Symptom der Alzheimer Demenz dar

#### Ziel/Hintergrund

Je nach Studie kommt Wahn bei Menschen mit Demenz vom Alzheimer Typ mit einer Wahrscheinlichkeit von 30-40% vor. Obgleich ein psychotisches Symptom, wird die Behandlung mit Psychopharmaka zunehmend kritisch gesehen. Die Befunde bezüglich eines möglichen Zusammenhangs mit dem Grad kognitiver Einschränkung sind uneinheitlich und widersprüchlich. Dies wirft die Frage auf, ob es sich beim Wahn (engl.: ‚delusion‘) in der Demenz um ein einheitliches Phänomen handelt. Wahnphänomene sind – auch bei Demenz – sehr heterogen. Wahn wird oft mit Schizophrenie in Verbindung gebracht, obwohl bei letzterer ganz andere Inhalte als bei Demenz im Vordergrund stehen.

In einer ersten Studie (Nakatsuka 2013) konnte gezeigt werden, dass die typischen Wahninhalte bei Demenz (Diebstahlswahn, Eifersuchtswahn, das eigene Haus ist nicht mein Zuhause) mit Veränderungen in je anderen spezifischen Hirnregionen korreliert. Die unterschiedlichen Wahninhalte spiegeln demnach möglicherweise unterschiedliche Schädigungsmuster wider: so scheint die Vorstellung, im eigenen Haus nicht Zuhause zu sein, mit spezifischen Schädigungen der rechten Amygdala – für die Verarbeitung von Emotionen zuständig – und damit auch mit zunehmenden Angstgefühlen einher zu gehen. Es geht darum, an einem Ort sein zu wollen, an dem man sich Zuhause fühlen kann – eben dies gelingt nicht mehr.

Die verschiedenen Wahnphänomene scheinen demnach kein einheitliches Gebilde darzustellen, sie insgesamt „Wahn“ zu nennen trägt daher zur Klärung nicht bei. Vorliegende Studie geht der Frage nach, ob bestimmte Wahnthemen in der Demenz mit dem kognitiven Niedergang einhergehen und damit für diesen typisch sind.

#### Methoden

Es handelt sich um eine klinische Studie aus Japan, in der die Korrelation des Grades kognitiver Einschränkungen in Beziehung gesetzt wird zur Häufigkeit und Schwere spezifischer Wahninhalte. Beschrieben werden Einschlusskriterien, Assessmentinstrumente sowie das statistische Analyseverfahren.

#### Resultate

43% (61 von 142) der untersuchten Personen wiesen einen oder mehrere Wahninhalte auf. Die Vorstellung, das eigene Haus sei nicht das Zuhause, wies deutliche Zusammenhänge mit schwereren kognitiven Einbußen auf. Kein anderer Wahninhalt zeigte diese Korrelation. Bei schwerer Demenz (MMSE 0-9) erwies sich dieser Zusammenhang am deutlichsten. Diese Vorstellung korrelierte auch bedeutsam mit nachlassender Orientierung, weniger mit Erinnerung, Aufmerksamkeit, Abstraktionsfähigkeit und Sprache.

## Diskussion

Die Autoren schlagen vor, die Wahnvorstellung, nicht zu Hause zu sein, von anderen Wahninhalten zu unterscheiden und weniger als Ausdruck einer Psychose, sondern als mit dem kognitiven Niedergang zusammenhängendes Symptom zu betrachten. 24% aller Wahnvorkommnisse in dieser Studie, wiesen diese Vorstellung auf, die nicht als paranoide Psychose, sondern eher als Fehlidentifikation und Ausdruck von Desorientierung gedeutet werden sollte. Aus diesen Überlegungen folgt, dass es weniger sinnvoll ist, in Assessmentverfahren verschiedene Wahninhalte unter einer Rubrik zusammenzufassen und kollektiv nach Häufigkeit und Schwere einzuschätzen.

## Quellen

Quelle: Nakatsuka M., Meguro K., Nakamura K., Akanuma K., Yamaguchi S. (2014). ‚Residence is not home‘ ia a particulat type of delusion associated with cognitive decline of Alzheimer’s Disease. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 38, 46-54.

Nakatsuka M., Meguro K., Tsuboi H., Nakamura K., Akanuma K., Yamaguchi S. (2013). Content of delusional thoughts in Alzheimer’s disease and assessment of content-specific brain dysfunctions with BEHAVE-AD-FW and SPECT. *International Psychogeriatrics*, 25, 939-948

## Zusatz

Harris B.S., Kotsopoulos E.J., Yamin S. (2014). Phenotypic cognitive impairment in late-onset delusional disorder. *International Psychogeriatrics*, 26(6), 965-975.

Personen, die im Alter ab 40 Jahren eine Schizophrenie entwickeln(Paraphrenie), zeigen komplexe Wahnvorstellungen ohne weitere psychische Phänomene – wie zum Beispiel Halluzinationen oder affektive Symptome. Auch bei Personen mit Demenz liegen zu 30% Wahnvorstellungen vor. Stellen Wahnvorstellungen im Alter nun eine Vorphase der Demenz dar oder handelt es sich bei spät einsetzenden Wahnvorstellungen um ein eigenständiges, demenzunabhängiges, neuropsychiatrisches Phänomen? Bisherige Studien zeichnen ein uneinheitliches Bild.

Wahnvorstellungen setzen nach heutiger Forschung zwei miteinander interagierende Prozesse voraus: 1. Eine neuropsychologische Beeinträchtigung, die der Person abnormen Erfahrungsinput nahelegt, 2. eine weitere neuropsychologische Beeinträchtigung, welche die Beurteilung von Vorstellungen tangiert – es gelingt nicht, den Erfahrungsinput zu ent-plausibilisieren(ein Defizit der exekutiven und frontalen Systeme). Während unterschiedliche neuropsychologische Schädigungen zu verschiedenen Wahninhalten beitragen (1.Faktor: häufig räumlicher Wahn - Menschen, Objekte, Strahlungen gehen durch Wände - , oft zusammenhängend mit Verfolgungswahn), scheint der 2. Faktor über verschiedene Inhalte hinweg derselbe zu sein und sich in der Inkorrigierbarkeit des Wahns zu manifestieren.



Die Studie sagt voraus, dass es sich bei der Paraphrenie um ein eigenständiges Phänomen handelt und andere neurophysiologische Prozesse zugrunde liegen als bei der Demenz. Anhand neuropsychologischer Tests kann für Menschen mit Paraphrenie ein eigenständiges Profil spezifischer Beeinträchtigungen aufgezeigt werden, das insbesondere die Wahrnehmung, die Bearbeitung von Wahrnehmungsinhalten, die Geschwindigkeit der Bearbeitung, Exekutivstörungen sowie Arbeitsgedächtnis betreffen unter Erhalt des Langzeitgedächtnisses: Beispielsweise können visuelle Informationen schlecht zugeordnet, gedeutet und in ihrer Handlungsrelevanz beurteilt werden. Die Personen halten an ihren Vorstellungen fest (3 Jahre), die Stimmung ist weitgehend nicht betroffen. Neuroleptika zeigen eher einen sedierenden Effekt, ohne die Vorstellungsinhalte zu tangieren. Die für Demenz typischen Symptome konnten nicht beobachtet werden. Die Autoren stellen Überlegungen an, welche neuroanatomische Pathologie der Paraphrenie im Unterschied zur Demenz zugrunde liegt, insbesondere Schädigungen in der rechten Hirnhälfte und im frontalen Kortex, in dem Funktionen für die Bewertung von Wahrnehmungen und Überzeugungen angesiedelt sind.

Cipriani G., Vedovello M., Ulivi M., Lucetti C., Di Fiorino A., Nuti A. (2013). Delusional Misidentification Syndromes and Dementia: A Border Zone Between Neurology and Psychiatry. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 28(7), 671-678

Raskins M.A., Wang L.Y (2014). Antipsychotic drugs for psychosis and agitation in dementia: efficacy, safety, and a possible noradrenergic mechanism of action. *International Psychogeriatrics*, 26(6), 879-883

Für die Demenz vom Alzheimer Typ und die Lewy Body Demenz sind wahnhaftes Verkennungen typisch: Man erkennt Personen, Objekte, Situationen, hält existierende Personen für Doppelgänger, glaubt, dass Phantommietler in der eigenen Wohnung wohnen (phantom boarder). Diesen ‚Doppelgängern‘ wird in der Regel eine böse Absicht unterstellt. Verkennungen geschehen insbesondere mit Personen und Situationen, die für die Person eine besondere Bedeutung haben. Die Verkennungen tauchen eher bei Männern auf und gehen oft mit einer aggressiven Vorgeschichte, zuweilen auch mit früherer Alkoholabhängigkeit einher. Oft führen Verkennungen auch zu aggressiven Verhaltensweisen. Es wird angenommen, dass den wahnhaften Verkennungen ein ähnlicher pathophysiologischer Mechanismus unterliegt. Die Gesichter sind bekannt – die Bearbeitung der visuellen Informationen gelingt, aber die dazugehörigen Gefühle können nicht aufgerufen werden, es fehlt das Gefühl der Vertrautheit und Verbundenheit. Da dies nicht zusammenpasst, hat die wahnhafte Verkennung für die Person einen erklärenden Wert; sie erscheint daher zwingend und es wird somit an ihr festgehalten.

Es liegen demnach Dissonanzen zwischen affektiven, wahrnehmungsbezogenen und kognitiven Prozessen vor. Diesen Dissonanzen liegen dysfunktionale Verbindungen und Störungen zwischen den Hirnbereichen für Assoziation, limbischen System und der frontalen rechten Hirnhemisphäre vor. Letzterer kommt unter anderem die Funktion zu, das Selbst zu steuern, Erinnerungen zuzuordnen oder zu verwerfen. Einige Psychopharmaka haben sich als sinnvoll erwiesen, insgesamt aber sind Verkennungen bei Demenz recht unempfindlich für pharmakologische Behandlung. Die meisten antipsychotisch eingesetzten Medikamente reduzieren allerdings nur – zumeist sedierend – die Agitiertheit, ohne die zugrundeliegende Psychose zu mildern. Insbesondere Diebstahlwahn und Halluzinationen bei Demenz lassen sich kaum mit antipsychotisch wirksamen Medikamenten beeinflussen.

Liegt eher weniger Widerstandsverhalten, Aggressivität und Agitiertheit vor, sollte man eher nicht-pharmakologisch vorgehen.

Cipriani G., Di Forino M. (2014). Delusion of Pregnancy: An Unusual Symptom in the Context of Dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, published online 5.Sept. 2014, DOI: 10.1177/1533317514549412

Der Schwangerschaftswahn kann bei verschiedenen psychotischen Erkrankungen vorkommen, auch bei Demenz vom Alzheimer Typ und anderen Demenzen, besonders bei starker frontotemporaler Beteiligung. Frauen (und selten auch Männer) glauben schwanger zu sein ohne besondere körperliche Veränderungen. Der Wahn kann kaum durch einen einzigen Faktor erklärt werden, allerdings muss eine Erhöhung der Prolaktinspiegels (Hormon, verantwortlich für das Wachstum der Brustdrüse), unter anderem eine Nebenwirkung von Psychopharmaka aber auch von nicht erkannten Tumoren, ausgeschlossen werden. Die Autoren diskutieren die engen Zusammenhänge zwischen Schizophrenie und frontotemporaler Demenz, nicht nur in Bezug auf das symptomatische Bild, sondern auch bezüglich der neuropathologischen Ähnlichkeiten. Die Ursachen können ansonsten vielfältig sein und mit unerklärlicher Gewichtszunahme sowie hormonellen Störungen zusammenhängen. Der Schwangerschaftswahn scheint dann diese Veränderungen zu erklären (zusammen mit dem Faktor, dass es nicht mehr gelingt, diese Erklärung auf Plausibilität zu überprüfen). Aber auch psychodynamische Faktoren können eine Rolle spielen – auf diese wird nicht weiter eingegangen.

Es gibt keine speziellen Behandlungsempfehlungen. Der Wahn besteht oft weiter trotz Gabe von Neuroleptika.

## 4. Zentrales Thema bei Wahn ist die Beruhigung

### Ziel/Hintergrund

Wahnvorkommnisse lösen bei Angehörigen und professionell Pflegenden hohe Belastung aus, besonders im Fall des Diebstahlswahns. Die Studie geht der Frage nach: wie fassen Mitarbeiter in der Pflege Wahnvorkommnisse auf und wie reagieren sie darauf? Es wird angenommen, dass sich diese Reaktion nachhaltig auf das Wohlbefinden der Person mit Demenz auswirkt. Neben pharmakologischen Möglichkeiten sind aus der Literatur bekannt: Umgebung anpassen, ablenken, mehr oder besser kommunizieren, in Interaktionen einbinden wiezum Beispiel Umgang mit Tieren, sinnvolle Beschäftigung, Musik. Wenn dies anschlägt, dann wird von einer Reduktion von Psychopharmaka und Einschränkungen der Bewegungsfreiheit berichtet. Vorliegende Studie beschreibt und kategorisiert Reaktionen und Interventionen von Mitarbeitenden auf Wahnvorkommnisse.

### Methoden

In die Studie konnten 38 Klienten mit Demenz und Wahn („delusion“) aus 8 Institutionen – Krankenhaus, Heime, Sanatorium – in Israel einbezogen werden. Beschrieben werden Assessments, die von geschulten Mitarbeitenden ausgefüllt wurden. Die Auswertung der Daten wird beschrieben.

### Resultate

Folgende Umgangsweisen mit wahnhaften Inhalten konnten festgestellt werden:

#### Beruhigen

Hierbei kommen eine ganze Reihe unterschiedlicher Möglichkeiten in Betracht – über etwas anderes reden, die Aufmerksamkeit auf etwas anderes lenken, beruhigend und einfühlsam sprechen, wenn möglich auch mit nonverbalen Mitteln. Beruhigen kommt dann zum Einsatz, wenn der Patient sich verloren und verlassen, nicht zu Hause und bedroht und gefährdet fühlt.

#### Zustimmen

Hierbei wird der Wirklichkeitssicht der Person mit dem Ziel zugestimmt, zu beruhigen. Auch hier zumeist bei Personen, die sich von ihren Familien verlassen oder gefährdet und bedroht fühlen. Dies wird besonders dann gemacht, wenn die Zustimmung als Beruhigung reicht, keine negativen Konsequenzen hat und keine weiteren Aktionen nach sich zieht. So verkennt ein Patient eine Mitarbeiterin als seine Tochter; da dies zu keinen weiteren negativen Konsequenzen führt, er sich beruhigt und sonst nichts weiter braucht, belässt man ihm seine Vorstellung.

#### Argumentieren

Argumentiert und gestritten wird häufig beim Diebstahls-wahn, bei Verkennung von Personen und bei der Vorstellung, nicht zu Hause zu sein. So ist eine Dame besorgt, ihr Sohn sei verhaftet worden: dem wird nachhaltig widersprochen, weil sich die Patientin anschickt, den Bereich zu verlassen,

um den Sohn zu suchen. Widersprochen wird auch, wenn Mitarbeitenden böse Absichten unterstellt werden, sich diese Unterstellung mit rassistisch motivierter Ablehnung verbindet und die Einrichtung übel verleumdet wird.

#### Erklären

Hierbei wird der Person zu erklären versucht, warum sie hier ist und nicht nach Hause kann. Es werden Gründe und Umstände ins Feld geführt – zum Beispiel Erholungsbedürftigkeit des Ehepartners – um die Person zur Einsicht zu bewegen und zu beruhigen. – Die Realität wird umstrukturiert: nicht das Bedürfnis, nach Hause zu gehen, wird fokussiert, sondern das Bedürfnis des Ehepartners, sich zu erholen.

#### Die Familie einbinden

Personen, die nach der Mutter oder dem Ehepartner verlangen, kann zuweilen geholfen werden, indem sie mit den eigenen Kindern telefonieren oder von diesen Besuch erhalten.

#### Ignorieren

Dies kommt insbesondere bei Diebstahlwahn und anderen Beschuldigungen zum Einsatz, aber auch bei der Vorstellung, mit großer Dringlichkeit den Bereich verlassen zu müssen. Mitarbeitende merken, dass die Nichtbeachtung am ehesten dazu führt, dass sich die Person beruhigt.

#### Individuell angepasste Strategien

Es werden verschiedene einzelne Möglichkeiten genannt: nach verloren gegangenen (geglaubten) Dingen suchen, ins Freie gehen, Autoritätsfiguren nutzen wie zum Beispiel den Heimleiter, mit Tieren in Kontakt bringen, beim Wahn aktiv mitspielen (versichern, fiktive Soldaten erhielten Speisen), Wechsel des Ortes. Es wird auch berichtet, dass sich andere Bewohner über die Wahnhalte der Person aufregen und diese auffordern, den Unsinn sein zu lassen.

## Diskussion

Die Studie zeigt, dass Pflegende eine Vielzahl von Strategien anwenden, um mit Wahnsituationen umzugehen. Diesen Umgangsweisen liegt zumeist kein Plan zugrunde, vielmehr werden sie ausprobiert und bei Gelingen verstetigt. Bisher fehlt jegliche Forschung darüber, welche Umgangsweise bei welchen Wahnhalten besonders effizient ist.

Alle Umgangsweisen zielen im Kern darauf ab, die Person zu beruhigen. Auch das Zustimmung, Mitspielen – zuweilen therapeutische Täuschung genannt – zählt dazu. Zumeist erfolgt dies im Sinne eines Nicht-Widersprechens: man fügt sich ein in die falsche Wahrnehmung der Person. In der Regel wird dies akzeptiert, wenn das Vorgehen zum Wohlbefinden der Person beiträgt. Grundsätzlich kann angenommen werden, dass dem Wahn ein unerfülltes Bedürfnis zugrunde liegt, das empathische Begleitung erfordert. Die Autoren plädieren dafür, die Empathie in den Mittelpunkt der Bewertung zu stellen und das Mitgehen im Wahn nicht als Lüge aufzufassen.

Viele der individuellen Strategien erfordern Erfindungsreichtum und außergewöhnliche Bemühungen seitens der Pflegenden. Die beteiligten Einrichtungen unterschieden sich

deutlich in Bezug auf die Bereitschaft, diese Mühen auf sich zu nehmen. Dies mag ein Merkmal für die jeweilige Pflegekultur der Einrichtung darstellen.

Die Reaktionen der Mitarbeiter scheint davon abzuhängen, ob und wer angeschuldigt wird. Werden sie selbst oder Mitbewohner angegriffen, argumentieren und erklären sie eher; wird die Familie des Bewohners angegriffen, beruhigen sie eher und stimmen zu.

Oft werden viele Ansätze zugleich in Anwendung gebracht: es ist unklar, ob dies ein Zeichen für ein umfassendes Vorgehen darstellt oder eher die Ratlosigkeit bzw. mangelnde Wirksamkeit einzelner Ansätze widerspiegelt. Auch das Bemühen, das zugrundeliegende Bedürfnis zu erkunden, unterliegt unterschiedlicher Aufmerksamkeitsdichte: es besteht die Vermutung, dass unerfüllte Bedürfnisse besonders dann recherchiert werden, wenn sie zu einem Verhalten führen, das die betrieblichen Abläufe nachhaltig stört.

Abschließend stellen die Autoren Überlegungen an, welche komplexen Zusammenhänge den jeweiligen Praxisstil einer Einrichtung oder Abteilung prägen und wie dieser zu beeinflussen sei.

### **Quelle**

Cohen-Mansfield J., Golander H., Arnhem G., Cohen R. (2014). Reactions and Interventions for Delusions in Nursing Home Residents with Dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 29(4), 384-394

## 5. Persönlichkeitsveränderungen sagen beginnende Demenz sehr früh voraus

### Ziel/Hintergrund

Milde kognitive Beeinträchtigung (MCI) beschreibt eine oft der Alzheimer Demenz vorhergehende Verfassung kognitiver Veränderungen: 6-12% der Betroffenen entwickeln innerhalb einer Jahresfrist eine Demenz, nach 6 Jahren sind es 80%. Vermutet wird, dass neben kognitiven Veränderungen auch Persönlichkeitsveränderungen vorliegen könnten, die sich später innerhalb der Demenz zu verhaltensbezogenen und neuropsychiatrischen Symptomen verschlimmern. – Vorliegende Studie geht der Frage nach, ob Persönlichkeitsveränderungen mit MCI einhergehen, welche – da kognitive Veränderungen nicht immer sicher erkannt werden – eine möglichst frühzeitige Diagnose erleichtern könnten.

### Methoden

Es handelt sich um eine 2 jährige Studie aus der Schweiz, die an 2 Memory-Kliniken durchgeführt wurden. 63 Personen mit MCI und 90 Personen für die Kontrollgruppe konnten gewonnen werden. Beschrieben werden Untersuchungen und Einschätzungsinstrumente für die Personen mit MCI und Angehörige. Personen mit Demenz schätzten ihre Persönlichkeit jetzt und vor 5 Jahren ein, enge Angehörige schätzten die Persönlichkeit der Teilnehmenden jetzt und vor 5 Jahren ein. Das statistische Analyseverfahren wird beschrieben.

### Resultate

In der Selbsteinschätzung wiesen die Personen mit MCI höhere Depressionswerte und niedrigere Werte für kognitive Funktionen auf als Personen aus der Kontrollgruppe. Deutliche Differenzen zwischen der MCI- und der Kontrollgruppe in der Selbsteinschätzung der Persönlichkeit ergaben sich nur für den Persönlichkeitsfaktor ‚Offenheit‘. Zwischen den Einschätzungen zur Persönlichkeit von Angehörigen und MCI-Betroffenen gab es deutlich größere Unterschiede als zwischen Angehörigen und Mitgliedern der Kontrollgruppe: die Einschätzungen letzterer deckten sich weitgehend mit den Personen der Kontrollgruppe. Ähnliche Differenzen zwischen den beiden Gruppen zeigen sich auch in der Persönlichkeitsbeurteilung vor 5 Jahren, insbesondere für die Dimensionen Offenheit, Verträglichkeit und Sorgfalt. Die Ergebnisse legen deutliche Veränderungen in der Persönlichkeit von Personen mit MCI nahe: Sorgfalt und Extrovertiertheit nehmen ab und Neurotizismus nimmt zu. Im Kontrast dazu blieben die Persönlichkeitszüge der Personen aus der Kontrollgruppe stabil. Veränderungen bezüglich Offenheit und Sorgfalt – in Kombination – erweisen sich als vorhersagende Faktoren für beginnende kognitive Veränderungen im Sinne des MCI-Konzepts.

**Diskussion**

Die Autoren heben hervor, dass sich an selbsteingeschätzter abnehmender Offenheit (für neue Erfahrungen) sowie an zunehmenden Differenzen in der Persönlichkeitseinschätzung zwischen Patienten und nahen Angehörigen erste Anzeichen einer beginnenden MCI (und nachfolgend mit hoher Wahrscheinlichkeit, einer Demenz) festmachen lassen. Persönlichkeitsveränderungen sagen demnach beginnende Demenz sehr früh voraus.

Dabei nimmt die Richtung der Veränderungen eine bei allen Personen ähnliche Richtung ein: Zunahme des Neurotizismus und Abnahme der Dimensionen Extrovertiertheit, Sorgfalt und Offenheit. Zudem neigen Personen mit beginnender MCI dazu, ihre Persönlichkeitszüge im Hier und Jetzt und die vor 5 Jahren nicht differenziert beurteilen zu können – sie schätzen sich im Jetzt genauso ein wie rückblickend vor 5 Jahren, im Unterschied zu Angehörigen, die Differenzen durchaus erkennen. Im Kontrast dazu bleiben Persönlichkeitszüge bei gesunden Personen in etwa gleich und verändern sich nur langsam und geringfügig.

**Quelle**

Donati A., Studer J., Petrillo S., Pocnet C., Popp J., Rossier J., von Gunten A. (2013). The evolution of personality in patients with Mild Cognitive Impairment. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 36, 329-339

## 6. Mit der Zeit nehmen Agitiertheit und Apathie zu, Depressivität, Ängste und Psychosen eher ab

<b>Ziel/Hintergrund</b>	Neuropsychiatrische Symptome, darunter auch herausforderndes Verhalten, lassen sich im Verlauf der Demenz bei fast allen Personen feststellen. Sie werden zumeist mit Psychopharmaka behandelt, obgleich sie eher sedierend und nicht antipsychotisch wirksam sind und ihre Gabe mit erheblichen Risiken einhergeht. Um Behandlungsoptionen zu entwickeln ist es wichtig, Daten über die zeitliche Verlaufsgestalt neuropsychiatrischer Phänomene zu erhalten. – Vorliegende Studie aus Norwegen stellt Daten einer Langzeitstudie über 53 Monate vor. Es wird vorhergesagt, dass Schwere und Häufigkeit psychotischer Symptome, der Agitiertheit und Apathie mit der Schwere der Demenz zunimmt und Häufigkeit und Schwere anderer neuropsychiatrischer Symptome eher gleich bleiben.
<b>Methoden</b>	An der Studie sind 26 Heime mit 931 Bewohnern beteiligt. Die Auswahl erfolgte gezielt, um eine hohe Repräsentativität zu erzielen. Daten wurden innert 53 Monaten an 4 Zeitpunkten von sorgfältig geschulten Pflegekräften erhoben. Instrumente werden beschrieben, mit denen an den vier Zeitpunkten neuropsychologische Symptome erhoben wurden. Die Symptome wurden in vier Gruppen zusammengefasst: Agitiertheit (Aggression und Enthemmung und Irritierbarkeit), Psychose (Wahn und Halluzination), affektive Symptome (Depressivität und Angst). Apathie wurde getrennt erhoben. Die Schwere der Demenz sowie die Selbstpflegefähigkeit wurden festgestellt. Beschrieben wird die statistische Datenbearbeitung.
<b>Resultate</b>	Apathie, Irritierbarkeit und Agitiertheit kamen bei den ersten drei Messungen, Apathie, Enthemmung und Irritierbarkeit bei der letzten Messung am häufigsten vor. Halluzinationen und Euphorie kamen dagegen bei allen Messungen am wenigsten vor. Apathie, Enthemmung und Veränderungen des Ernährungsverhaltens nahmen im Verlauf der Zeit zu. Zusammengefasst: Agitiertheit und Apathie nahmen mit der Zeit zu, affektive Symptome – Depressivität und Angst – nahmen mit der Zeit ab. Bis auf die affektiven Symptome gingen die Symptome einher mit zunehmender Schwere der Demenz. Psychotische Symptome blieben recht stabil auf niedrigem Niveau – zu Beginn häufiger vorkommend als später bei vorangeschrittener Demenz.
<b>Diskussion</b>	Insgesamt 97% aller untersuchten Personen wiesen ein oder mehrere neuropsychiatrische Symptome auf. Irritierbarkeit und Apathie kamen am häufigsten, Halluzinationen und Euphorie am wenigsten vor. Im Unterschied zu anderen Studien überrascht das geringe und relativ stabile Vorkommen psychotischer Symptome (Halluzinationen, Wahn – vgl. auch



die Resultate im Zusatz). Hyperaktivität und Apathie nehmen ständig in Häufigkeit und Schwere zu, affektive und psychotische Symptome mit der Zeit eher ab.

Die Autoren vermuten, dass zunehmende Agitiertheit und Apathie mit spezifischen hirnorganischen Veränderungen zusammenhängen. Veränderte psychomotorische Eigenschaften werden schnell als Agitiertheit bzw. Apathie interpretiert. Beide Phänomene entsprechen den Erscheinungsformen des Delirs (überaktives/hyperaktives und unteraktives/hypoaktives Delir), für das Menschen mit zunehmender Demenz immer anfälliger werden. Symptome des Delirs und neuropsychiatrische Symptome entsprechen einander stark. Zunehmende Agitiertheit und Apathie könnte schlicht bedeuten, dass die Personen mit zunehmender Demenz häufiger an Delirien leiden.

Die Abnahme affektiver Symptome könnte darauf zurückzuführen sein, dass Menschen mit zunehmender Demenz an Aphasie (mangelndes Sprachverständnis und Sprachproduktion) leiden und sich zu ihren Gefühlen nicht mehr äußern können. Apathie und Agitiertheit können dagegen unabhängig von verbalen Fähigkeiten festgestellt werden. Da sich Personen nicht mehr zu depressiogenen Themen äußern können, wird ihr Verhalten eher in Richtung Apathie als in Richtung Depressivität gedeutet. Es bleibt daher offen, ob der anhand von Befragungsinstrumenten gemessenen Abnahme affektiver Symptome eine tatsächliche affektive Verbesserung entspricht oder diese nur anders – als Apathie – dargestellt werden.

Pflegerisch bedeutet diese Studie, Agitiertheit und Apathie möglichst wirksam und früh entgegenzutreten. Dazu gehören besonders ausgestattete, eher kleine, geräusch- und stimulationsreduzierte Pflegebereiche mit einer eher häuslichen, nicht-klinischen Umgebung und einem ebenerdigen Außenbereich.

## Quelle

Selbaek G., Engedal K., Benth J.S., Bergh S. (2014). The course of neuropsychiatric symptoms in nursing-home patients with dementia over a 53-month follow-up period. *International Psychogeriatrics*, 26(1) 81-91

## Zusatz

Oppikofer S., Geschwinder H. (2014). Nursing interventions in cases of agitation and dementia. *Dementia*, 13(3), 306-317

Geringe Wirksamkeit und bedenkliche Risiken pharmakologischer Behandlungen von Agitiertheit haben in den letzten Jahren die Erforschung individuell angepassten nichtpharmakologischer Möglichkeiten beflügelt. Vorliegende Forschung identifiziert tagtägliche Situationen in der Langzeitpflege von Menschen mit schwerer Demenz, in denen Agitiertheit vorkommt sowie gängige Pflegeinterventionen für diese Fälle. In der Studie aus der Schweiz werden über 11 Wochen hinweg in zwei Einrichtungen Vorkommnisse von Agitiertheit

und Pflegeinterventionen bei insgesamt 60 Personen beobachtet. Instrumente werden beschrieben, um Agitiertheit an drei Zeitpunkten abzubilden. Alle gängigen Interventionen wurden im Voraus gesammelt und in Kategorien systematisiert (Dimensionen: Ernährung, Aktivitäten, Anpassung der Umgebung, individualisierte Pflege und Aufmerksamkeit). Pflegende dokumentierten ihre Interventionen mit Bezugnahme auf diese Liste. Nur erfolgreiche Interventionen wurden dokumentiert.

Die Anwendung der gelisteten Interventionen führte zu einer mäßigen Reduktion von Agitiertheit bei einem insgesamt eher überraschend geringen agitierten Ausgangsniveau. Etwa 2/3 der Bewohner mit Demenz zeigten überhaupt keine Form von Agitiertheit.

Die häufigsten pflegerischen Interventionen bei Agitiertheit sind: Kommunikation und Validation (25%), individualisierte Pflege und Betreuung (17%), Vermeidung lauter Geräusche (9%), Vermeidung von Aufregung (9%), Toilettengänge (8%), Speisen und Getränke anbieten (je 6%), Anforderungen anpassen (5%). Am erfolgreichsten stellten sich heraus: Geräusche vermeiden (61%), zur Toilette führen (34%), Kommunikation und Validation, Bewegung (30%), Getränke anbieten (28%). Aktivitäten wie Malen, Kochen, Backen, Spielen, Anwendung von Aromen wurden sehr selten genutzt.

Als besonders bedeutsam heben die Autoren hervor, dass Agitiertheit besonders dann auftrat, wenn die Personen alleine waren oder wenn Agitiertheit im Kontext einer bereits lange vorliegenden Störung eingeordnet werden konnte. Bezüge zur Forschungsliteratur werden hergestellt und die Annahme bestätigt, dass der Agitiertheit häufig unerfüllte Bedürfnisse zugrunde liegen.

## 7. Apathie und Depression erfordern unterschiedliche Handlungsstrategien

### Ziel/Hintergrund

Apathie stellt das häufigste neuropsychiatrische Symptom der Demenz dar. Apathie steigert die Abhängigkeit, geht einher mit beschleunigtem funktionalen und kognitiven Abbau und lässt sich therapeutisch nur marginal beeinflussen. Apathie gilt als Anzeichen für Depression, wird in der Literatur aber zunehmend als eigenständiges Syndrom aufgefasst. Unter Apathie wird verstanden: abnehmende Motivation in Verbindung mit einem Mangel an zielgerichtetem Verhalten und Gedanken sowie fehlender emotionaler Resonanz. Apathie und Depressivität überschneiden sich nicht im Bereich von Stimmung – zum Beispiel Traurigkeit, Schuldgefühle –, sondern im Bereich der Motivation – Interessensverlust, Energieverlust, psychomotorische Verarmung, Einsichtsmangel. Aufgrund dieser Überschneidungen könnten sich antidepressive Strategien wie positive Aktivitäten auch lindernd auf Apathie auswirken. Die Gabe von Antidepressiva geht dagegen eher mit einer Verschlechterung der Apathie einher. Es ist noch nicht geklärt, inwieweit antidepressive Maßnahmen die Apathie günstig bzw. ungünstig beeinflussen. Ziel vorliegender Studie: Wie unterschiedlich wirkt sich ein multidisziplinäres antidepressives Programm auf Apathie aus, zum einen im Rahmen von besonderen Wohneinheiten für Menschen mit Demenz, zum anderen in somatisch orientierten Wohneinheiten? Es besteht Grund für die Annahme, dass ein solches antidepressives Programm Apathie und motivationale Aspekte der Depression beeinflussen wird, sich die Effekte für beide aber unterscheiden werden.

### Methoden

Die niederländische Studie untersucht ein multidisziplinäres Programm (AiD: Act in case of Depression), das drei Vorgehensweisen vorgibt: Assessment der Depression (Verdachtsassessment, psychologische Untersuchungen), drei Behandlungsmodule (Tagesstrukturierung und erfreuliche Aktivitäten, Psychotherapie und Lebensrückblick, medikamentöse Therapie) und Überwachung der Behandlungsergebnisse. Teilnehmende konnten aus 16 Wohnbereichen für Menschen mit Demenz sowie 17 somatischen Wohnbereichen gewonnen werden, insgesamt 793 Personen. Die Bereiche wurden zu insgesamt 5 Gruppen per Zufall zugeordnet. Alle Gruppen begannen als Kontrollgruppen; in Abstand von 4 Monaten wechselte je eine Gruppe in die Intervention; alle Gruppen endeten als Interventionsgruppe. (stepped-wedge-design: Methode der „gestuften Keile“). Daten wurden an 6 Zeitpunkten erhoben.

In der jeweiligen Kontrollgruppenphase erfolgten keine Interventionen jenseits des Üblichen, das heißt in der Regel wurden Antidepressiva regulär verordnet. Zu Beginn der Interventionsphase wurde das Programm vorgestellt und die

Mitarbeitenden erhielten eine spezielle Schulung über Depressivität, Apathie und Lebensrückblick. Instrumente werden beschrieben, um den Grad der Apathie, der Depressivität, der Demenz und die Einhaltung der Maßnahmen abzubilden. Das Analyseverfahren wird beschrieben.

## Resultate

Teilnahme am Behandlungsmodul 1 (Aktivierung) führte in Demenzbereichen zu einer Abnahme der Apathie. In den somatischen Wohneinheiten konnte dies nicht durch Aktivierung, sondern mit Psychotherapie (Lebensrückblick) erreicht werden. Psychologische Untersuchungen verschlimmerten die Apathie in den somatischen Einheiten, Psychotherapie (Lebensrückblick) verschlimmerte die Apathie in den Demenzbereichen. Behandlungen mit Antidepressiva führten zu einer Zunahme von Apathie sowohl in Demenzbereichen wie in somatischen Bereichen.

In beiden Bereichen (Demenz, Somatik) führte die Intervention nicht zur Verbesserung der Stimmung, wohl aber zur Verbesserung der motivationalen Symptome. Diese Verbesserung wurde aber in den Demenzbereichen durch Aktivierung, in den somatischen Bereichen durch Psychotherapie erzielt.

## Diskussion

Der Umstand, dass Psychotherapie bei Menschen ohne Demenz und Aktivierung bei Menschen mit Demenz (und nicht umgekehrt) greift, untermauert die Hypothese, dass Apathie bei Demenz nicht als depressiogenes Symptom aufzufassen ist. Es bleibt offen, warum Psychotherapie bei Menschen mit Demenz nicht greift. Bisherige Untersuchungen zur Wirkung von Antidepressiva werden bestätigt: depressive Symptome blieben gleich und die Apathie verschlechterte sich – auch dies ein Hinweis für den Unterschied zwischen Depression und Apathie.

Die Studie legt unterschiedliche Behandlungsstrategien für somatisch erkrankte Menschen mit Depression und Personen mit Apathie bei kognitiver Beeinträchtigung nahe.

## Quelle

Leontjevas R., Teerenstra S., Smalbrugge M., Vernooij-Dassen M., Bohlmeijer E.T., Gerritsen D.L., Koopmans T.T.C.M. (2013). More insights into the concept of apathy: a multidisciplinary depression management program has different effects on depressive symptoms and apathy in nursing homes. *International Psychogeriatrics*, 25(12), 1941-1952

## Zusatz

Eurelings L.S.M., Ligthart S.A., van Dalen J.W., van Charante E.P.M., van Gool W.A., Richard E. (2014). Apathy is an independent risk factor for incident cardiovascular disease in the older individual: a population-based cohort study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29, 454-463  
Apathie - und nicht Depressivität - stellt ein Anzeichen für eine vaskuläre Erkrankung dar. Sie signalisiert den Beginn

eines kardiovaskulären Geschehens (mit erhöhtem Risiko von Herzinfarkt, nicht aber Schlaganfall). Apathie geht einher mit ungesunden Verhaltensweisen, insbesondere weniger Bewegung und geringem sozialen Austausch. Beides erhöht das vaskuläre Risiko. Bisher wird Apathie nicht als Anzeichen einer beginnenden kardiovaskulären Erkrankung angesehen und löst keine dementsprechenden präventiven Maßnahmen aus.

## 8. Die Schwere neuropsychiatrischer Symptome sagt Belastungserleben professionell Pfleger voraus

<b>Ziel/Hintergrund</b>	Neuropsychiatrische Symptome, darunter auch herausforderndes Verhalten, belasten die Beziehung zu pflegenden Angehörigen erheblich. Insbesondere geht die Apathie mit einem Niedergang der Beziehungsqualität einher. Da Personen wegen eben dieser Symptome in eine stationäre Versorgung verlegt werden, findet sich eben dort ein hoher Konzentrationsgrad von Menschen mit belastenden Erlebens- und Verhaltensformen. Im Zusammensein mit professionell Pflegenden scheinen sich eher störendes Vokalisieren (auch ‚Lauten‘ genannt) sowie Widerstandsverhalten gegenüber Pflegenden belastend auszuwirken. – Unklar ist, welche Formen neuropsychiatrischer Symptome für professionell Pflegende belastend sind und welche nicht und ob eher der Schweregrad oder die Häufigkeit den Stress erhöht. Hoher Stress könnte die Gefahr von Burnout anzeigen, niedriger Stress könnte mit zu geringer Aufmerksamkeit für Personen mit bestimmten Symptomen signalisieren.
<b>Methoden</b>	Es handelt sich um eine niederländische Querschnittsstudie, die mit den Ersterhebungsdaten einer größer angelegten Langzeitstudie arbeitet. Beteiligt waren 432 Personen mit Demenz aus 17 demenzspezifischen Wohn/Pflegebereichen. Beschrieben werden Instrumente, anhand derer die Schwere der Demenz, neuropsychiatrische Symptome, deren Häufigkeit und Schwere abgebildet wurden.
<b>Resultate</b>	In der Mehrzahl handelt es sich um Personen einer mittleren bis schweren Demenz. Die häufigsten Symptome waren Agitiertheit und Aggression (57%), Irritierbarkeit (53%), Ängstlichkeit (44%). Eben diese drei Symptome wiesen in dieser Reihenfolge auch die höchsten Stresswerte bei professionell Pflegenden auf. Euphorie, Halluzinationen und Apathie dagegen gingen mit dem geringsten Stress einher. Die Schwere der Symptome wirkte sich sehr viel deutlicher stresserzeugend aus als deren Häufigkeit.
<b>Diskussion</b>	Schwere Ausprägungen neuropsychiatrischer Symptome sagen hohe Belastung der professionell Pflegenden voraus. Agitiertheit/Aggressivität wird am häufigsten genannt und geht mit dem höchsten Stress einher. Die verschiedenen Demenzdiagnosen spielten bei den Belastungen keine Rolle, auch nicht Demenzen vom fronto-temporalen Typ. Die verschiedenen Symptome kommen oft in Kombination vor, zum Beispiel Aggression, Agitiertheit und Enthemmung. Dies erhöht die Stressbelastung deutlich. Im Unterschied zum Belastungserleben pflegender Angehöriger, spielen psychotische Symptome, insbesondere Wahn eine untergeordnete Rolle. Die Autoren vermuten: in persön-

lichen Beziehungen wirken sich Verkennungen und wahnhaft-  
te Verdächtigungen sehr viel belastender aus als im profes-  
sionellen Kontext, in dem die Distanzierung leichter fällt.  
Weiterhin besteht ein Unterschied in der Belastung durch  
Apathie: Professionell Pflegende werden durch Apathie in  
ihren Arbeitsroutinen nicht gestört, Apathie oft als Zeichen  
von Zufriedenheit fehlinterpretiert. Die Gefahr besteht, dass  
Professionelle dem Symptom zu wenig Aufmerksamkeit zu-  
kommen lassen, obgleich Apathie ein Symptom von Schmer-  
zen, Depressivität oder Delir darstellen kann.  
Insgesamt gilt: die Schwere der Ausprägung eines neu-  
ropsychiatrischen Symptoms sagt immer höheres Belas-  
tungserleben voraus.

In der Diskussion der Ergebnisse im Kontext vorliegender  
Forschungen stellen die Autoren abschließend heraus, dass  
neuropsychiatrische Symptome immer im Zusammenhang  
mit der Beziehungsdynamik zwischen Person mit Demenz  
und professionell Pflegenden zusammenhängt und oft Folge  
von Missverständnissen darstellen.

#### **Quelle**

Zwijssen S.A., Kabboord A., Eefsting J.A., Hertogh C.M.P.M.,  
Pot A.M., Gerritsen D.L., Smalbrugge M. (2014). Nurses in  
distress? An explorative study into the relation between dis-  
tress and individual neuropsychiatric symptoms of people  
with dementia in nursing homes. *International Journal of  
Geriatric Psychiatry*, 29, 384-391

## 9. Nächtliche Verwirrtheit führt zur quälenden Tagesmüdigkeit pflegender Angehöriger

### Ziel/Hintergrund

Schlafstörungen bilden einer der Hauptgründe für Heimeinweisungen. Der Schlaf in der Nacht wird diskontinuierlich, fragmentiert, und der Tag/Nacht Rhythmus kommt aus dem Takt mit zunehmenden ‚Nickerchen‘ am Tag. Spezifische Degenerationen von Hirnstrukturen und Veränderungen in den Neurotransmittersystemen liegen dem zugrunde. Diese Veränderungen – in der Regel zunehmend mit dem kognitiven Abbau – gehen auch einher mit wachsenden psychosozialen und verhaltensbedingten Störungen. Diese wiederum in Kombination mit Schlafstörungen, zum Beispiel in Form nächtlicher Unruhe, erzeugen Schlafstörungen der familiären Hauptpflegeperson und führen zu mitunter erheblichen Belastungen im häuslichen Zusammenleben.

Vorliegende Studie beschreibt Erfahrungen von Personen mit Demenz und deren Hauptpflegepersonen in Bezug auf Schlafstörungen und stellt Strategien im Umgang mit diesen Störungen dar.

### Methoden

Für die neuseeländische Studie konnten 12 Paare gewonnen werden, von denen eine Person eine gesicherte Demenzdiagnose besaß und Schlafstörungen vorhanden waren. Es handelt sich um eine qualitative Studie anhand von Fokusgruppeninterviews, an denen beide Partner teilnahmen. Die Fragen wurden im Vorfeld zugestellt, damit sich Personen mit Demenz inhaltlich vorbereiten konnten. Besondere Aufmerksamkeit wurde darauf gelegt, die Personen mit Demenz während des Interviews zu Wort kommen zu lassen. Es wurden 3 Gruppeninterviews von einer Dauer zwischen 60 und 90 Minuten durchgeführt. Beschrieben wird die qualitative Inhaltsanalyse der transkribierten Gespräche.

### Resultate

Die Ergebnisse werden in drei Rubriken präsentiert:

Schlafthemen für Menschen mit Demenz, Schlafthemen der Hauptpflegepersonen, Strategien.

Schlafthemen für Menschen mit Demenz: Zunächst wird über allgemeine altersbedingte Schlafprobleme berichtet wie Schnarchen, Apnoe (Aussetzen der Atmung) und rastloses-Bein-Syndrom. Typischer schon für Demenz ist das sehr frühe Ins-Bett-Gehen (vor 21:00) oder das frühe Aufstehen (vor 6:00). Besonders Hauptpflegepersonen berichten vom nächtlichen Aufwachen mit Verwirrtheit (nocturnales Delir): die Personen sind rastlos, rufen und schimpfen, zeigen Ängste und halluzinieren. Sie ziehen sich an, wieder aus, verräumen und verlegen Dinge, suchen nach Getränken und Speisen, drehen sich im Bett heftig nach links oder rechts, machen Lichter an und aus, kontrollieren Fenster und Türen, wecken den Partner. Menschen mit Demenz erinnern sich wenig bis kaum an diese Situationen, was es für die Hauptpflegepersonen schwierig macht, diese anzusprechen. Aller



dings klagen Menschen mit Demenz über sehr lebhaft und bedrückende Alpträume, die erstaunlich gut erinnert werden und oft stimmungsmäßig lange in den Tag hinein nachschwingen. Es fällt dann schwer, in den Tag zu kommen und es resultiert eine gesteigerte Verwirrtheit, abgelöst von übermäßigem Tagesschlaf. Abends erschweren depressive und ängstliche Stimmungen das Einschlafen. Auf Hypnotika wird weitgehend verzichtet.

Schlafthemen der Hauptpflegeperson: Viele stehen vermehrt auf in der Nacht um sich dessen zu vergewissern, was der Partner macht. Dies wird zur Gewohnheit wie bei einem kleinen Kind. Einige führten das gemeinsame Ritual eines Mittagsschlafes ein, andere nicht wegen der Unruhe des Partners. Viele Hauptpflegepersonen beklagen eine andauernde, quälende Tagesmüdigkeit. Man geht in der Regel deutlich später ins Bett als der Partner mit Demenz, um etwas Zeit für sich zu haben oder Dinge in Ruhe zu erledigen. Morgens aber muss früh aufgestanden werden, weil der Partner bereits unterwegs ist. Viele leiden unter den nächtlichen Verwirrheitszuständen und finden nur mit Mühe oder gar nicht in den Schlaf zurück. Dies nimmt mit der Zeit eine zermürbende Qualität an.

Strategien: Viele schlafen in getrennten Zimmern. Oft wird im Schlafrum Licht belassen, um Ängsten entgegenzuwirken und eine räumliche Orientierung in der Nacht zu ermöglichen. Manche lassen auch Musik oder Fernsehen laufen, da sich hier zuweilen ein einschläfernder Effekt erkennen lässt. Lampen werden in Korridoren und Badezimmern brennen gelassen, um Stürzen in der Nacht vorzubeugen. Fenster und Türen werden verschlossen, um ein nächtliches unkontrolliertes Verlassen der Wohnung zu verhindern. Einige pflegende Angehörige haben versucht, feste Routinen einzuführen, die das Zu-Bett-Gehen begleiten: Beruhigungstee, warmes Bad, Tierkontakt oder Kuschtier, eine bestimmte Fernsehsendung oder ein Musikstück, kein Kaffee oder Alkohol am Nachmittag. Zudem sorgen sie für Bewegung und Sozialkontakte, so dass keine übermäßige Langeweile entsteht. Dennoch machen die nächtlichen Verwirrheitszustände oft all diese Versuche wieder zunichte.

## Diskussion

Die Schlafstörungen von Menschen mit Demenz gehen deutlich über die altersüblichen Veränderungen des Schlafes hinaus. Die Autoren gehen auf die neurophysiologischen Hintergründe vertieft ein, welche die geschilderten Phänomene erklären. Die Autoren diskutieren die neurophysiologischen Veränderungen des Schlafzentrums, die Verringerung des Neurotransmitters Acetylcholin, die für das Sundowning (nachmittägliche und abendliche Unruhe) verantwortlich ist. Alpträume werden auf die Störungen des limbischen Systems – Emotionsverarbeitung – sowie auf Veränderungen der frontalen Bereiche - Kontrolle, Steuerung - zurückgeführt. All diese Aspekte begünstigen auch das Entstehen von traumähnlichen halluzinatorischen Zuständen und verringern

die Fähigkeit, diese Inhalte als irrelevant zu beurteilen. Zuletzt tragen Ängstlichkeit und Depressivität zu dysfunktionalen Gedanken bei, die das Ein- und Wiedereinschlafen stören.

Die Autoren zeigen sich überrascht, dass die Angehörigen die fachlich empfehlenswerten Strategien kennen und beachten. Dennoch fällt auf, dass diese Strategien nur teilweise bis gar nicht zum Erfolg führen. Stimmung, Tagesverfassung und Lebensqualität beider, insbesondere aber der Person mit Demenz, werden wesentlich vom Schlaf bestimmt. Es besteht dringender Forschungsbedarf, weitergehende Möglichkeiten zur positiven Beeinflussung von Schlaf zu erforschen.

**Quelle**

Gibson R.H., Gander P.H., Jones L.M. (2014). Understanding the sleep problems of people with dementia and their family caregivers. *Dementia*, 13(3), 350-365

## 10. Aktuelle Rahmenbedingungen erschweren die Einführung von demenzspezifischen Fallbesprechungen

### Ziel/Hintergrund

Der Erfolg psychosozialer Interventionen bei herausforderndem Verhalten hängt von individuellen Faktoren und den Ressourcen der Person ab. Fallbesprechungen stellen eine Möglichkeit dar, Interventionen auf den Einzelfall zuzuschneiden, auslösende Faktoren zu identifizieren und dazu alle beteiligten Personen mit dem Ziel eines gemeinsamen, einheitlichen Vorgehens zusammen zu bringen. Fallbesprechungen tragen dazu bei, herausforderndes Verhalten und Psychopharmaka zu reduzieren; Verbesserungen der Lebensqualität der Bewohner und Arbeitsqualität der Mitarbeiter konnten bislang nicht belegt werden. – Vorliegende Studie beschreibt Erfahrungen der Mitarbeiter mit einer assessmentgeleiteten Fallbesprechung sowie für die Implementierung förderliche und hinderliche Kontextfaktoren.

### Methoden

Das genutzte Assessment (innovatives demenzorientiertes Assessmentsystem) strukturiert die Hauptphasen der Fallbesprechung in: Problembeschreibung, Wissenssammlung, Reflektion von erklärenden Entstehungshypothesen, Entwicklung von hypothesengeleiteten Interventionen. An der deutschen Studie waren 12 Pflegeheime mit insgesamt 18 Wohn-/Pflegebereichen beteiligt. Die Einrichtungen führten innert 5 Monaten zwischen 3 und 7 Fallbesprechungen durch. Daten wurden anhand von Telefongesprächen, Feldnotizen und problemzentrierten Gruppeninterviews gesammelt. Beschrieben wird die qualitative Inhaltsanalyse.

### Resultate

Ergebnisse werden unter zwei Rubriken vorgestellt. Erfahrungen der Pflegenden: Im Team entsteht eine gemeinsame Wissensbasis – individuelle Erfahrungen, Zugangswege aber auch kritische Vorkommnisse sind allen bekannt. Diese Wissensbasis motiviert, das eigene Verhalten kritisch als einen möglichen Auslöser für das Verhalten des Bewohners zu reflektieren. – Negative Gefühle gegenüber Bewohnern konnten ausgesprochen werden. Es gelang, zwischen Person und Verhalten zu differenzieren und das Verhalten nicht gegen sich, sondern als unvermeidbaren Aspekt der Demenz zu betrachten. – Es gelang, sich besser auf gemeinsame Ziele zu einigen und unterschiedliche Auffassungen im Team einander anzugleichen. – Die Kommunikation mit den Klienten begann, sich zu verändern: es wurde weniger diskutiert und ein Bemühen um einen entspannten, ruhigen Umgang wurde sichtbar. – An die Stelle undifferenzierter, genereller Meinungen, traten nun vermehrt differenzierte Beschreibungen: eben dies ermöglichte im Kontakt mit behandelnden Ärzten, die Medikation präziser anzupassen. – Insgesamt konnte ein schmerzlicher Mangel an biographischem Wissen konstatiert werden. Daher fiel es

oft schwer, das Verhalten lebensgeschichtlich einzuordnen. – Die Suche nach Auslösern des Verhaltens wurde durch das Assessmentverfahren erleichtert, insbesondere bei offensichtlichen funktionalen Defiziten im sensorischen Bereich. Nicht immer gelang es, Auslöser zu identifizieren. Erleichternde und erschwerende Faktoren: Erschwerend wirkten sich mangelndes Demenzwissen sowie mangelnde Kenntnis der deutschen Sprache aus. Antworten zu Fragen aus dem Assessment konnten nicht mit dem Verhalten des Klienten in Zusammenhang gebracht werden. Ein hoher Migrantenanteil erschwerte die Verständigung erheblich. – Die Moderation der Fallbesprechung überforderte viele Pflegendende. Das Beachten allgemeiner Kommunikationsregeln war keine Selbstverständlichkeit; Teilnehmende erwiesen sich zuweilen unkonzentriert und die Gruppe schweifte vom Thema ab. – Der ursprünglich geplante Zeitraum von 90 bis 120 Minuten musste auf 60 Minuten reduziert werden. Einschnitte bei der Mitarbeiterzahl, akuten Infektionserkrankungen der Bewohner und anderem, führten immer wieder zum Ausfall. Vorbereitung und Nachbereitung der Fallbesprechungen erwiesen sich als unmöglich. Da die Sitzungen zumeist im Dienstzimmer des Bereichs stattfanden, wurde die Sitzung oft durch Bewohner und Ärzte oder andere Anliegen unterbrochen, einige Teilnehmer mussten wegen dienstlicher Angelegenheiten vorzeitig die Fallbesprechung verlassen. Die Teilnahme externer Personen – Ärzte oder Angehörige – führte zuweilen zum Verstummen der Mitarbeiter. Entscheidungen in der Fallbesprechung wurden zuweilen von Vorgesetzten nicht gedeckt, so dass in der Folge der Nutzen der Besprechung in Frage stand.

## Diskussion

Die Autoren empfehlen folgende Schritte zu Implementierung von Fallbesprechungen: Alle Mitarbeiter bedürfen eines Minimums an Wissen, um die Assessmentfragen mit Bewohnerverhalten in Verbindung bringen zu können. Fallmoderatoren benötigen eine Schulung zu Kommunikationsregeln und Grundlagen der Moderation von Gruppengesprächen. Externe Personen sollten erst dann einbezogen werden, wenn die Gruppe genügend Selbstvertrauen gewonnen hat. Biographische Informationen müssen im Vorfeld gesammelt und aktualisiert werden können. Unter 60 Minuten ist eine Fallbesprechung nicht sinnvoll durchführbar. Es bedarf eines vom Pflege/Wohnbereich separaten Raumes, um die Fallbesprechung durchzuführen.

## Quelle

Holle D., Krüger C., Halek M., Sirsch E., Bartholomeyczik S. (2014). Experiences of Nursing Staff Using Dementia-Specific Case Conferences in Nursing Homes. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, published online 26. September 2014, DOI: 10.1177/1533317514552320

## **11. Die Anzahl von Pflegeassistenten ist einer der wichtigsten Faktoren für das Wohlergehen von Menschen mit Demenz**

### **Ziel/Hintergrund**

Bisherige Studien weisen darauf hin, dass die Lebensqualität von Menschen mit Demenz in der Langzeitpflege vom Grad der kognitiven Beeinträchtigung, aber auch vom Lebensumfeld, insbesondere einer vorhandenen Spezialisierung abhängt. Letztere geht einher mit einer Flexibilisierung von Mahlzeiten und Pflegeroutinen sowie einem grundlegenden Kulturwandel in Arbeitshaltung und Arbeitsmethodik. Lebensqualität in der Langzeitpflege nimmt in der Regel zu bei vielseitig ausgeprägten sozialen Aktivitäten, sinnvollen Tätigkeiten sowie einem weiterhin bestehenden Kohärenzgefühl und Lebenssinn.- Vorliegende Untersuchung versucht, den Zusammenhang von Umgebung und wichtigen Klientenfaktoren – kognitive Beeinträchtigung und Abhängigkeit – auf die Lebensqualität festzustellen.

### **Methoden**

Die Studie basiert auf Daten zur Lebenszufriedenheit von Heimbewohnern des Bundesstaates Minnesota von 2007 (Minnesota Nursing Home Resident QOL and Consumer Satisfaction Survey). Die Daten wurden in strukturierten Interviews gewonnen. Beschrieben werden das Auswahlverfahren, die Durchführung der Interviews sowie deren Auswertung. Insgesamt konnten Daten von 13.983 Personen erfasst und ausgewertet werden (Antwortrate: 87%). Die Struktur der Befragung wird beschrieben sowie die Fokussierung auf Daten, welche bedeutungsvolle Aktivitäten, Autonomie, Privatheit, Beziehungen und Individualität betreffen. Daten zum kognitiven Status, zur Heimaufnahme (allgemein oder besondere Dementenbetreuung) sowie zu Fähigkeiten und Abhängigkeit wurden dem Minimum Data Set entnommen, das in den USA regelmäßig für alle Bewohner erhoben wird. Diesem Datenset konnten auch Angaben zu der jeweiligen Einrichtung entnommen werden, insbesondere Angaben zum Personalschlüssel, zur Ausbildung und Status des Personals und der Art der Einrichtung (privat, öffentlich oder frei gemeinnützig). Verschiedene statistische Verfahren der Datenanalyse werden beschrieben.

### **Resultate**

Auf unterschiedlichen Ebenen der statistischen Analyse ergeben sich teilweise unterschiedliche Befunde. Die Autoren stellen die Befunde einer Ebene, auf der alle Daten miteinander systematisch in Beziehung gesetzt werden, in den Mittelpunkt: Lebensqualität hängt ab vom Grad der kognitiven Beeinträchtigung, erschwerender psychiatrischer Diagnosen wie Angst und Depression sowie dem Grad der Abhängigkeit. Frauen, die länger in einer Einrichtung leben, bekunden eine höhere Lebensqualität. Je größer die Einrichtung, desto schlechter die Lebensqualität. Je mehr Pflegeassistentinnen pro Patient zur Verfügung standen,

desto höher fiel die Lebensqualität aus (hochbedeutsam). Berücksichtigt man den Schweregrad der kognitiven Beeinträchtigung, dann fällt das Wohlbefinden von Menschen mit Demenz in spezialisierten Einrichtungen vergleichsweise höher aus.

**Diskussion**

Die Autoren streichen hervor, dass die Anzahl von Pflegeassistentinnen wichtiger ist für eine hohe Lebensqualität als die Bandbreite und Quantität von Beschäftigungsangeboten durch Therapeuten. Die Autoren erklären dies damit, dass diese Gruppe den meisten Kontakt mit den Bewohnern hat und für die unmittelbare Körperpflege Sorge trägt. Beides, Pflege und Kontakt, ist wohl das wichtigste, was die Menschen brauchen. Weiterhin scheinen kleine Einrichtungen bessere Bedingungen aufzuweisen, um Arbeits- und Interaktionsprozesse in Gang zu bringen, die sich positiv auswirken.

**Quelle**

Abrahamson K., Lewis T., Perkins A., Nazir A., Arling G. (2013). The Influence of Cognitive Impairment, Special Care Unit Placement, and Nursing Facility Characteristics on Resident Quality of Life. *Journal of Aging and Health* 25(4), 574-588

## 12. In kleinen Wohneinheiten verbessert sich das Wohlbefinden der Bewohner besser als in großen Wohnbereichen

### Ziel/Hintergrund

Nichtpharmakologische Möglichkeiten gelten als Mittel der ersten Wahl beim Auftreten neuropsychiatrischer Symptome einschließlich herausfordernden Verhaltens. International hat sich der Verstehensansatz der personenzentrierten Pflege und Betreuung behauptet. Eine Möglichkeit, diesen Ansatz zu operationalisieren, ist das DCM-Verfahren (Dementia Care Mapping: ein Audit-Feedback-Verfahren) und der VIPS-Ansatz, eine methodisch durchstrukturierte Variante der Fallbesprechung, in der gezielt die Dimensionen Werte, das Individuum, der Perspektivwechsel auf die Person und ein sozial inklusiver Umgang fokussiert werden. Effekte dieser Ansätze wurden in einer Studie im letzten Newsletter vorgestellt (Newsletter 1/ 2014, 18, Anhang). DCM trug dazu bei, die Lebensqualität zu erhöhen beziehungsweise zu stabilisieren, Fallbesprechungen nach VIPS reduzierten signifikant Depressivität nach 10 Monaten. Beide Ansätze führten zu einer Reduzierung neuropsychiatrischer Symptome beziehungsweise verhinderten deren Zunahme. In der Bearbeitung der Daten fiel den Autoren auf, dass sich die Effekte sehr deutlich unterschieden in Bezug auf Organisation und Pflegebereich. In einigen Einheiten fielen die Effekte sehr nachhaltig aus, in anderen verschlechterten sich sogar die Ergebnisse im genannten Zeitraum. – Vorliegende Studie geht der Frage nach, welche Faktoren zu einer erfolgreichen Umsetzung beigetragen haben.

### Methoden

Es handelt sich um eine randomisiert kontrollierte Studie, die in norwegischen Heimen 2011 durchgeführt wurde. 14 beteiligte Einrichtungen mit insgesamt 138 teilnehmenden Senioren mit Demenz wurden durch Los auf 3 Untersuchungsgruppen verteilt: eine DCM-Gruppe, eine Gruppe mit VIPS sowie eine Kontrollgruppe. Alle 3 Gruppen erhielten 5 Videos a 30 Minuten mit Basisinformationen zu Demenz und zum Umgang mit Menschen mit Demenz. Die 14 Einrichtungen umfassten sowohl reguläre – in der Regel 21 Bewohner – wie auch auf Demenz spezialisierte Bereiche – durchschnittlich 8 Bewohner. Ergebnisse wurden festgehalten in Form einer Differenz von Daten zu Häufigkeit und Schwere neuropsychiatrischer Symptome bei einer Erstbeobachtung und Daten zu Häufigkeit und Schwere nach Umsetzung der Intervention DCM oder VIPS nach 8 Monaten. Für diese nachgehende Untersuchung wurde unterschieden zwischen bewohnerbezogenen Daten insgesamt und Daten auf der Ebene der Organisation sowie auf der Ebene der Bereiche. Das statistische Verfahren wird beschrieben.

## **Resultate**

Die Analyse der Daten zeigt, dass die Unterschiede in den Effekten nicht auf der Ebene der Einrichtung, sondern auf der des Wohnbereiches zu suchen ist. Die Unterschiede bezüglich der Wirksamkeit der Interventionen bezüglich neuropsychiatrischer Symptome und Depressivität lassen sich auch nicht in Bezug auf Unterschiede zwischen der Bewohnerschaft der Bereiche erklären; auch Anzahl und Qualifikation der Mitarbeiter spielen keine bedeutsame Rolle. Allerdings konnte gezeigt werden: je kleiner die Wohneinheit, desto positiver wirkten sich die Interventionen auf eine Abnahme von Depressivität und neuropsychiatrische Symptome aus.

## **Diskussion**

Innerhalb einer Einrichtung wiesen diejenigen Bereiche die besten Entwicklungen der Bewohner auf, die klein waren. Die Einrichtung selbst spielt keine wichtige Rolle, wohl aber der Wohnbereich. Die Nähe der Leitung zu den Arbeitsprozessen und ihre Identifikation mit der Intervention werden als mögliche Erklärungen angeboten. Auch die Teamkultur und die Gruppendynamik werden als Erklärung bemüht.

## **Quelle**

Rosvik J., Engedal K., Kirkevold O. (2014). Factors to Make the VIPS Practice Model More Effective in the Treatment of Neuropsychiatric Symptoms in Nursing Home Residents with Dementia. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 37, 335-346



### **13. Haltung und Prioritäten der Mitarbeitenden entscheiden über Tätigkeiten, die das Wohlbefinden von Bewohnern erhöhen**

#### **Ziel/Hintergrund**

Sich sinnvoll beschäftigen zu können gilt als menschliches Grundbedürfnis. Beschäftigung umfasst eine Vielzahl von Tätigkeiten und beschränkt sich nicht auf organisierte Gruppenangebote. Bisherige Studien belegen bei adäquater Beschäftigung folgende Wirkungen: mehr positiver Affekt und weniger Depressivität, weniger herausforderndes Verhalten und Psychopharmaka, verbessertes Ernährungsverhalten und weniger soziale Isolation.

Trotz vielfacher Empfehlungen lässt die Umsetzung viel zu wünschen übrig. Fehlendes Personal (umstritten) und Wissensmangel werden als Ursachen genannt. Für die Umsetzung förderlich haben sich erwiesen: einfache arbeitsähnliche Tätigkeiten, Erinnerung, Musik, Tanzen, kreativ-künstlerische Möglichkeiten. Die Tätigkeiten sollten dem Kompetenzniveau angepasst sein; kleinere Wohneinheiten, eine wohnliche Atmosphäre sowie interessante, anregende Objekte in Sehweite und Griffnähe erweisen sich als förderlich.

Vorliegende niederländische Studie geht folgenden Fragen nach: Welchen Tätigkeiten gehen Menschen mit Demenz in der Langzeitpflege in Gemeinschaftsbereichen nach? Gehen bestimmte Formen der Beschäftigung einher mit erhöhtem Wohlbefinden? Wieviel Zeit verbringen die Bewohner mit Beschäftigung in unterschiedlichen Wohnformen? Gibt es Zusammenhänge zwischen Wohlbefinden und Merkmalen der Organisation und Umgebung?

#### **Methoden**

Daten werden zum Teil aus einer größeren niederländischen Studie herangezogen (Lebensarrangements für Menschen mit Demenz –LAD). Aus den in dieser Studie beteiligten Einrichtungen konnten 10 Heime und Wohngruppen mit insgesamt 57 Bewohnern von mittlerer bis schwerer Demenz gewonnen werden. Methoden werden beschrieben, um Wohlbefinden und Beschäftigung abzubilden (Dementia Care Mapping) und organisations- und umweltbezogene Faktoren zu ermitteln. Die Datenbearbeitung wird beschrieben. Beobachtet wurden in jeder Einrichtung an 2 Tagen zu je 3 Stunden.

#### **Resultate**

Die häufigsten Tätigkeiten sind: Ernährung (21%) und passives Beobachten (18%). In 8% der Zeit wurden Freizeittätigkeiten beobachtet wie Lesen, Radiohören oder Fernsehen. Andere Beschäftigungen tauchen selten oder gar nicht auf. Während der Interaktion mit anderen, bei der Selbstpflege und Ernährung, beim Umhergehen und der Pflege wird ein mittleres Wohlbefinden festgestellt (kaum Affekte).

Künstlerisch-kreative Tätigkeiten, Erinnerungen und arbeitsähnliche Tätigkeiten gehen – auch wenn sie eher selten vorkommen – mit höherem Wohlbefinden einher. Bei diesen Werten liegen große Unterschiede zwischen den beteiligten Einrichtungen vor. Ein Zusammenhang zwischen Wohlbefinden und Anzahl der Mitarbeiter konnte nicht ermittelt werden. Dagegen: Verzichtet die Einrichtung auf ein zentrales Beschäftigungsprogramm und bietet sie mehr Aktivität im Aufenthaltsraum der Einrichtung an, der nach Möglichkeit auch wohnlich und heimelig eingerichtet ist und anregende Objekte in Griffnähe zur Verfügung stellt, dann ist das Wohlbefinden höher.

## Diskussion

Die Ergebnisse bestätigen die Resultate vieler anderer Studien. Nur 5% der Tätigkeiten machten solche aus, die mit höherem Wohlbefinden einhergehen. Allerdings: in einigen Einrichtungen machten diese Tätigkeiten 25% der Zeit, in anderen nur 1% der Tätigkeiten aus. Interaktion erhöht das Wohlbefinden nicht unbedingt: dazu bedarf es besonderer Anstrengungen, die in dieser Studie nicht sichtbar wurden. Weniger die Anzahl der Mitarbeiter, eher die von diesen gesetzten Prioritäten, wie sie ihre Zeit einsetzen, scheint für das Wohlbefinden entscheidend zu sein. Andere Studien weisen darauf hin, dass die Einbeziehung der Bewohner in die Tätigkeiten der Pflegenden selbst entscheidend ist, um die Spaltung (Tätigkeiten der Mitarbeiter versus Beschäftigung ‚für‘ die Bewohner) zu überwinden und Wohlbefinden zu verbessern. Der Verzicht auf zentrale Beschäftigungsangebote, führt zur Vermehrung von Tätigkeitsmöglichkeiten im unmittelbaren Wohn- und Nahbereich der Bewohner. Die Anzahl der Bewohner im Gemeinschaftsraum und dessen Größe scheinen in vorliegender Studie keinen Unterschied bezüglich Wohlbefinden zu machen – dies im Kontrast zu anderen Studien, welche diesbezüglich andere Ergebnisse ausweisen. Wiederum in Übereinstimmung mit anderen Studien konnte festgestellt werden, dass die Präsenz von griffnahen anregenden Objekten im Nahbereich nur dann einen Unterschied bezüglich Wohlbefinden machen, wenn diese Objekte in gemeinsamen Tätigkeiten mit Mitarbeitenden genutzt werden. Ebenfalls konnte bestätigt werden: Personen mit vergleichsweise eher niedrigem kognitiven und funktionalen Status erhalten weniger Tätigkeitsmöglichkeiten als Personen mit besserem Funktionieren. Insgesamt stellen die Autoren fest: es ist möglich, im Rahmen der (niederländischen) Regelversorgung viele Gelegenheiten für Tätigkeiten zu schaffen, die Wohlbefinden erhöhen. Zwar hat die Umgebung einen gewissen Einfluss, entscheidend aber sind die Haltung und die Prioritätensetzung der Mitarbeitenden.

**Quelle**

Smit D., Willemse B., de Lange J., Pot A.M. (2014). Wellbeing-enhancing occupation and organizational and environmental contributors in long-term dementia care facilities: an explorative study. *International Psychogeriatrics*, 26(1), 69-80

## 14. Die Orientierung an Risiken trägt entscheidend zur Heimeinweisung bei

### Ziel/Hintergrund

Häufig stellt sich bei Menschen mit Demenz im Krankenhaus die Frage, ob sie in der eigenen Wohnung zurechtkommen können oder einen Aufenthalt im Heim werden hinnehmen müssen. In diesem Fall wird in Großbritannien gemäß dem Mental Capacity Act (in etwa: ‚Patientenverfügungsgesetz‘) anhand eines Assessments überprüft, ob die Person zurzeit die Fähigkeit besitzt, bei Entlassung bezüglich der eigenen Häuslichkeit Entscheidungen zu treffen (im weiteren Verlauf mit ‚Fähigkeit‘ benannt). Hierbei werden 4 Funktionen erfasst: Informationen bezüglich der eigenen gesundheitlichen Verfassung aufnehmen können (Auffassung), diese Informationen zu behalten (Erinnerung), sie abzuwägen und zu bewerten (Urteil) und eine diesbezügliche Entscheidung klar zu kommunizieren. Wenn diese Fähigkeit nicht vorhanden ist, dann und nur dann wird in ihrem besten Interesse von anderen über den weiteren Verbleib der Person – in der Regel Heim – entschieden.

In Großbritannien sind  $\frac{1}{4}$  aller Krankenhauspatienten Menschen mit Demenz; mehr als ein Drittel ziehen nach dem Krankenhausaufenthalt ins Heim. In der konkreten Entscheidungspraxis stehen Risikoabwägungen („bestes Interesse“) oft mehr im Fokus der Entscheider als die Beurteilung der Fähigkeit: schwierig immer dann, wenn die Risiken hoch, die Fähigkeiten gemäß des Assessments aber vorhanden sind. –

Vorliegende Forschung untersucht, wie konkret über Urteilsfähigkeit bei Menschen mit Demenz im Krankenhaus entschieden wird.

### Methoden

Es handelt sich um eine qualitative, ethnographische Studie, in welcher verschiedene Quellen für die Konstruktion von insgesamt 29 Fallgeschichten verwendet werden. Über 9 Monate hinweg wurden Beobachtungen in drei Kliniken durchgeführt, 35 Interviews mit Mitarbeitern, 29 Interviews mit Patienten, 28 Interviews mit Angehörigen durchgeführt und die relevanten Dokumentationen analysiert. Aus dem Material wurden typische Fallkonstruktionen abgeleitet und in weiteren Fokusgruppen mit Angehörigen, professionell Pflegenden und Sozialarbeitern sowie mit Freiwilligen vertieft analysiert.

### Resultate

Insgesamt ergibt sich eine Dreiteilung zwischen Personen, die offensichtlich über die Fähigkeit verfügten (MiniMental-StateExam 20 und mehr), Personen bei denen dies offensichtlich nicht der Fall war (MMSE 15 und weniger) und eine große Gruppe von Personen, bei denen sich die Entscheider schwer taten – es ist von maginaler, borderline

oder fluktuierender Fähigkeit die Rede: in der Regel handelt es sich um 1/3 bis die Hälfte aller Fallsituationen. Von den 29 Personen kehrten nur 10 in die eigene Häuslichkeit zurück – bis auf einen wurde allen 10 die Fähigkeit zugesprochen. Weitere 18 Personen zogen ins Heim um – fast allen wurde die Fähigkeit abgesprochen. Eine Person verstarb. Die Analyse der Daten lässt 5 Themen erkennen, welche die Prozesse und Entscheidungen kennzeichnen: marginale Fähigkeit, Umgang mit dem Assessment, Dokumentation, Erzählung, der richtige Zeitpunkt. An dieser Stelle sollen nur die Ergebnisse zu marginaler Fähigkeit und Erzählung vorgestellt werden.

#### Marginale Fähigkeit

Fälle marginaler Fähigkeit erfordern komplexe, ressourcenintensive Untersuchungen und Arbeitstreffen, bei denen oft recht unterschiedliche Urteile der beteiligten Professionen kontrovers ausgetragen werden. Trotz zum Teil ausgeprägter kognitiver Veränderungen kann Personen zuweilen die Fähigkeit, angesichts der eigenen gesundheitlichen Situation über die eigene Häuslichkeit zu entscheiden, nicht abgesprochen werden. Allerdings spielen in marginalen Fällen Werturteile eine zunehmend wichtigere Rolle: welcher Grad an Verwahrlosung rechtfertigt, an dem Urteil der Person, nach Hause gehen zu können, zu zweifeln? Welches Ausmaß an neurotisch-feindlicher Familienkonstellation rechtfertigt, an der Einschätzung, zu Hause gut betreut zu werden, zu zweifeln? Besonders vorhandene Risiken (vermutete Ergebnisse der Entlassung in die Häuslichkeit) beeinflussen die Fähigkeitsbewertung: übernimmt die Person mit Demenz nicht das Urteil der Klinik, wird dies als Beleg für nicht vorhandene Fähigkeit gewertet. Was nicht akzeptiert werden kann, lautet in etwa: Ich kenne die Risiken, ich akzeptiere ein Leben mit diesen Risiken und ich werde mit ihnen – mit oder ohne Hilfe – zurechtkommen. Kliniker urteilen, dass alle Patienten in der Regel nach Hause wollen, die Risiken nicht realistisch einschätzen und dadurch mangelnde Urteilskraft offenbaren. Es gehe nicht nur darum, die 4 Fragen zu beantworten (siehe oben: Bewertung der Fähigkeit, funktionaler Ansatz), sondern sich ein Gesamtbild der Person zu verschaffen und Verantwortung für die Person zu übernehmen. Dies entspricht auch häufig der Sichtweise der Angehörigen: diese definieren die Fähigkeit, angesichts der gesundheitlichen Situation über die eigene Häuslichkeit zu entscheiden, als die Fähigkeit, eine an Sicherheit und Risikovermeidung orientierte Entscheidung zu treffen. Konkret: entscheidet sich die Person, trotz Risiken zu Hause zu leben, ist sie urteilsunfähig.– Die Autoren kommentieren, dass dieser fürsorgliche (kustodiale) Ansatz deutlich dem Sinn des britischen Gesetzes widerspricht, demgemäß auch kritische Ergebnisse – also Risiken – einzugehen sind, wenn die Fähigkeit vorhanden ist.

### Erzählungen

Im Verlauf des Klinikaufenthaltes entwickeln sich „Patientenerzählungen“. Gespräche mit Angehörigen, Berichte aus deliranten Phasen, Werturteile von Kollegen, unter ungünstigen Bedingungen erzielte Testergebnisse summieren sich zu einem Hintergrund, auf dem die Äußerungen des Patienten beurteilt und seine Fähigkeit eingeschätzt wird. So wird dem Bericht des Patienten, sich selbst versorgt zu haben, in der kleinen Wohnung mit Hilfe der Nachbarin zurechtzukommen, nicht mehr geglaubt. Schon im Vorfeld der Entscheidung setzt sich eine spezielle Sichtweise des Patienten durch, die in der Regel durch mächtige andere (Angehörige, Ärzte, Therapeuten) dominiert wird. Dies verbindet sich oft mit der Diagnose Demenz, so dass der Stimme der Person nicht mehr viel Beachtung geschenkt wird. Beispielhaft wird die Erzählung über eine Patientin vorgestellt, bei der die Berichte der Nachbarin eine zentrale Rolle spielten – ein chaotischer Haushalt, alles stinkt, die Frau sei nicht bei einander. Erst ein Besuch in der Häuslichkeit zeigt ein anderes Bild. Während vorher alle der Auffassung waren, die Patientin habe keine Fähigkeit, änderte sich das Urteil nach dem Besuch deutlich und die Patientin konnte nach Hause entlassen werden.

### Diskussion

Die Autoren stellen einige weiterführende Überlegungen an: Marginale Fähigkeit muss sorgfältig untersucht werden, unter Umständen durch fachlich besonders geschultes Personal, das nicht Teil der Klinik bildet. Weiterhin ist es wichtig, den Menschen – im Sinne des Gesetzes – ein Leben mit Risiken zuzugestehen. Die Orientierung an der Risikovermeidung bringt die Gefahr mit, die Person mit Demenz vor schnell fürsorglich fremd zu bestimmen. Ist sich eine Person der Risiken bewusst, aber bereit, sie auf sich zu nehmen, müssen auch unkluge Entscheidungen – auch gegen den Willen der Angehörigen – toleriert werden. In solchen Fällen sollte die Klinik bemüht sein, zusammen mit anderen Diensten eine komplexe häusliche Versorgung sicher zu stellen. Assessments zur Fähigkeit sollten nicht unter erschwerenden Bedingungen des Klinikalltags erfolgen, sondern vielleicht nach der Klinik in einer Einrichtung der Übergangspflege, in der in Ruhe gemeinsam der weitere Fortgang bewertet und entschieden werden kann.

### Quelle

Poole M., Bond J., Emmett C., Greener H., Louw S.J., Robinson L., Hughes J.C. (2014). Going home? An ethnographic study of assessment of capacity and best interest in people with dementia being discharged from hospital. *BMC Geriatrics*, 14: 56

## 15. Fallmanagement und Pflege aus einer Hand ist besser als die Koordination verschiedener Anbieter

### Ziel/Hintergrund

Damit Personen mit Demenz möglichst lange in der eigenen Häuslichkeit bleiben können, benötigen sie eine Vielzahl unterschiedlicher Dienste, deren Einsatz passgenau auf die individuellen Bedürfnisse zugeschnitten und koordiniert werden müssen. Die verschiedenen Dienste unterliegen oft unterschiedlichen Finanzierungsregeln und Zugangsvoraussetzungen: die in der Regel vorliegende Fragmentierung der Dienste, erfordert einen Koordinator, um einer wünschenswerten integrierten Pflege näher zu kommen. (Lotsenfunktion) Von kombinierten Programmen dieser Art erhofft man sich besonders im Fall fortgeschrittener Demenz eine Reduktion der Belastung pflegender Angehöriger sowie eine Verzögerung der Heimaufnahme. Die Evidenzen für diese Effekte fallen bislang nicht sehr überzeugend aus.

Fallmanager arbeiten in der Regel auf zwei Ebenen: der Ebene des Individuums und der Ebene der Netzwerke in Pflege und Versorgung. In den Niederlanden haben sich zwei Typen des Fallmanagements herausgebildet: 1. das Kopplungs- oder Verflechtungsmodell („linkage“) und 2. das intensive Fallmanagement.

Zu1: In diesem Modell richten lokale, aber voneinander unabhängige Dienste ein gemeinsames Fallmanagement ein. Jeder Dienst verfügt über Fallmanager, die zusammen mit den Fallmanagern anderer Dienste ein Netzwerk bilden. Dies setzt eine hohe Kooperationswilligkeit verschiedener Dienste voraus sowie die Bereitschaft, Kunden an andere Dienste zu überweisen. In der Regel hat der Kunde zunächst Kontakt zu einem Dienst aus dem Netzwerk.

Zu2: Im alternativen Modell wird das Fallmanagement von einer Organisation angeboten, die auch alle pflegenden und versorgenden Dienste bereitstellt. In der Regel hat der Kunde zunächst Kontakt zum Arzt (z.B. Memory-Klinik) und wird von diesem an den Fallmanager der eigenen Organisation verwiesen, der – gestützt auf ein multidisziplinäres Team – auf der Basis erhobener Bedürfnisse alle Dienste der eigenen Organisation miteinander verzahnt.

Bekannt ist, dass der Erfolg des Fallmanagements in Entwicklung und Umsetzung von folgenden Faktoren abhängt: kompetente, multidisziplinärer Anbieter, klare und transparente Aufgabenteilung, klare Verantwortlichkeiten, hohe Kooperationsbereitschaft und persönliche Bekanntschaft mit den Personen der Mitanbieter, rascher Zugriff auf Ärzte, fundiertes Demenzwissen des Fallmanagers, klare und transparente Positionierung des Fallmanagers im Netzwerk. Vorliegende Studie beschreibt erleichternde und erschwerende Faktoren bei der Entwicklung und Implementierung von Fallmanagement in Bezug auf die beiden vorgestellten Modelle.

Methoden: Es handelt sich um eine qualitative Fallstudie, die Daten aus halb-strukturierten Interviews mit allen Beteiligten gewinnt. Interviewt wurden Projektmanager, Fallmanager, Personen aus Versicherungsgesellschaften, Alzheimergesellschaft, Stadtverwaltungen, Selbsthilfeorganisationen, sozialpsychiatrischen Diensten sowie Ärzte. Insgesamt konnten 22 Personen interviewt werden, die gezielt ausgesucht wurden. Die Datensammlung fand zwischen 2010 und 2012 in sieben Regionen der Niederlanden statt. Regionen mit vielen starken Anbietern wiesen in der Regel ein Kopplungs-, Regionen mit einem dominierenden Anbieter ein Modell des intensiven Fallmanagements auf. Die Studie folgt in ihrem Design dem Modell der adaptiven Implementierung, und unterscheidet eine Mikroebene (Pflegedienst, Person mit Demenz, Angehörige), eine Mesoebene (Zusammenarbeit verschiedener Organisationen) sowie eine Makroebene (rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen). Es folgt die Beschreibung der Methoden der Datenanalyse.

## Resultate

Es werden nur Resultate berichtet, die sich auf die Hauptfrage der Studie beziehen.

Insgesamt fanden sich klare Vorteile für das Modell des intensiven Fallmanagements durch eine Organisation. Bereits bestehende enge Kooperationen von Ärzten und Fallmanagern in einer Organisation konnten genutzt werden; der Zugriff auf ein multidisziplinäres Team für Fallberatung und Auswahl von Diensten gelang besser; vorhandene Dienste und deren besondere Kompetenzen waren besser bekannt und konnten sinnvoller zugeordnet werden; bei Veränderungen von Bedürfnissen gelang die Anpassung der Leistungen und Dienste besser und die Kontinuität in der Versorgung konnte nahtloser gewährleistet werden.

Im Kopplungsmodell gelang es weniger, die für Fallmanagement zuständigen Personen vollständig für diese Aufgabe einzusetzen. Dadurch stand oft für das Fallmanagement zu wenig Zeit zur Verfügung, da die Mitarbeiter Pflege zu leisten hatten. Zwischen den Partnern des Kopplungsmodells konnten unterschiedliche Auffassungen von Fallmanagement aufeinandertreffen; die Koordination der Dienste durch ein Koordinationsgremium erwies sich als schwierig: so herrschte oft mehr Konkurrenz als Kooperation.

## Diskussion

Organisationsstruktur und die Qualität der Zusammenarbeit erleichtert die Implementierung des intensiven Fallmanagements deutlich. Die Unabhängigkeit des Fallmanagers in diesem Modell sowie die in der Regel in Vollzeit wahrgenommene Funktion macht es eher möglich, die Dienste an die Interessen und Bedürfnisse der Klienten anzupassen. Unterschiedliche Interessen der Anbieter, Konkurrenz und miteinander kollidierende Arbeitsaufträge der



Fallmanager, erschweren die Implementierung des Kopp-  
lungsmodells. Insgesamt konnten Fallmanager im Intensi-  
ven Modell eine bessere personenorientierte Pflege gewähr-  
leisten. Die Studie schließt mit einem klaren Plädoyer für  
das intensive Fallmanagement.

## Quellen

Van Mierlo L., Meiland J.M., Van Hout H.P.J., Dröes R.-M.  
(2014). Towards personalized integrated dementia care: a  
qualitative study into the implementation of different mod-  
els of case management. *BMC Geriatrics*, 14:84

Vgl.: Minkman M.M.N., Ligthart S.A., Huijman R. (2009).  
Integrated dementia care in The Netherlands: a multiple  
case study of case management programmes. *Health and  
Social Care in the Community*, 17(5), 485-494

## 16. In Wohngemeinschaften werden weniger freiheitsentziehende Maßnahmen und weniger Psychopharmaka verwendet

### Ziel/Hintergrund

Eine hohe Lebensqualität für Menschen mit Demenz, einhergehend mit Autonomie, Wahlfreiheit, sinnvoller Aktivität und sozialer Interaktion, erhofft man in Form von Wohngemeinschaften zu erreichen, deren Implementierung in immer mehr Ländern vorangetrieben wird. Bisherige Forschungen zeigen gemischte und zum Teil widersprüchliche Resultate. Vorliegende Studie aus den Niederlanden untersucht Einrichtungen mit den Merkmalen einer Wohngemeinschaft (entspricht in etwa der ‚small scale living unit‘ des Studientextes) in Bezug auf Verhalten der Bewohner, neuropsychiatrische Symptome, Grad an sozialer Beteiligung, Einsatz freiheitsentziehender Maßnahmen und Psychopharmaka. Dabei werden Einrichtungen, die in besonders ausgeprägtem Maße Prinzipien der Wohngemeinschaft entsprechen, kontrastiert mit Einrichtungen, die das am wenigsten tun, also eher einem traditionellen, fürsorglich-versorgenden Modell der Pflege entsprechen (häufig genannt: ‚kustodiales‘ Pflegemodell).

### Methoden

In der quasi-experimentellen Studie werden Daten von Wohngemeinschaften (experimentelle Gruppe) und Pflegeheimen (Kontrollgruppe) an drei Zeitpunkten innerhalb eines Jahres erhoben. Bei allen untersuchten Einrichtungen handelt es sich um gerontopsychiatrisch ausgerichtete Wohn/Pflegeeinheiten. An der Studie nahmen 28 Wohngemeinschaften (Kriterien u.a.: nicht mehr als 8 Bewohner, hauswirtschaftliche Orientierung, Querschnittsaufgaben für Mitarbeiter) und 21 traditionelle psychogeriatrische Pflegebereiche (mindestens 20 Bewohner, Spezialisierung der Mitarbeiter, Sicherheit und Versorgungsroutine bestimmt den Alltag) teil.

Beschrieben werden Instrumente, um die Vergleichbarkeit der Bewohnerdaten sicher zu stellen, sowie Assessments, um neuropsychiatrische Symptome, agitiertes Verhalten, Depressivität, soziale Interaktion und Aktivität, freiheitsentziehende Maßnahmen und Einsatz von Psychopharmaka abzubilden. Ein speziell entwickeltes Assessment erlaubt unabhängigen Beobachtern die Einschätzung des Grades, in dem eine Einrichtung Prinzipien der Wohngemeinschaft beachtet.

### Resultate

An der Studie nahmen 124 Bewohner aus Wohngemeinschaften und 135 Bewohner aus traditionellen Einrichtungen teil, insgesamt 259 Bewohner. Apathie und Irritierbarkeit, gefolgt von Depressivität und Agitiertheit stellten in beiden Einrichtungstypen die häufigsten neuropsychiatrischen Symptome dar. Personen in Wohngemeinschaften

waren zu Beginn und nach 6 Monaten mehr sozial engagiert als in der Kontrollgruppe; allerdings konnte nach 12 Monaten kein nennenswerter Unterschied festgestellt werden. Personen in der Wohngemeinschaft zeigten mehr Agitiertheit in Form nicht aggressiven, physischen Verhaltens und mehr selbststimulierende Bewegungen, zusammenfassend: mehr unruhiges Verhalten als Bewohner in traditionellen Einrichtungen. In Wohngemeinschaften wurden deutlich weniger freiheitsentziehende Maßnahmen durchgeführt und deutlich weniger Psychopharmaka verabreicht.

## Diskussion

In der Diskussion werden die Unterschiede leicht relativiert: so wiesen Personen in den Wohngemeinschaften bessere funktionale und kognitive Fähigkeiten bei der Eingangsunter-suchung auf: eben dies mag die Resultate deutlich beeinflusst haben. Die Frage ist nicht geklärt, ob sich die unterschiedlichen Daten auf die verschiedenen Pflegekonzepte oder doch eher auf die unterschiedlichen Bewohnercharakteristika zurückführen lassen. Weiterhin gehen einige Daten, wie zum Beispiel Angaben über freiheitsentziehende Maßnahmen, auf die Einschätzungen der Pflegenden zurück und wurden nicht von unabhängigen Forschern erhoben.

Die Unterschiede in Bezug auf Verhalten, mögen einerseits darauf zurückzuführen sein, dass Bewohner in der Wohngemeinschaft vermehrt mit interessanten Stimulationen in Kontakt kommen; andererseits wird die psychomotorische Agitiertheit mehr toleriert und nicht als schwierig, also behandlungsbedürftig wahrgenommen. Wohngemeinschaften könnten zudem aufgrund der kleinen Bewohnerzahl eher weniger Möglichkeiten bieten, soziale Kontakte aufzunehmen und genügend interessante, individuell angepasste Tätigkeiten zu finden.

Abschließend diskutieren die Autoren die vielfachen Veränderungen, die das Modell der Wohngemeinschaft für das Pflege- und Rollenverständnis der Mitarbeiter und das Organisationsverständnis der Leitenden mit sich bringt.

## Quellen

Verbeek H., Zwakhalen S.M.G., van Rossum E., Ambergen T., Kempen G.I.J.M., Hamers J.P.H. (2014). Effects of small-scale, home-like facilities in dementia care on residents' behavior, and use of physical restraints and psychotropic drugs: a quasi-experimental study. *International Psychogeriatrics*, 26(4), 657-668

vgl.: Willemse B.M., Depla M.F.I.A., Smit D., Pot A.M. (2014). The relationship between small-scale nursing home care für people with dementia and staff's perceived job characteristics. *International Psychogeriatrics*, 26(5) 805-816

Die Auswirkungen des Wohngemeinschaftsmodells auf die Arbeitsumgebung von Mitarbeitern, wird nach dem Anforderungs-Kontroll-Unterstützungs-Modell (Demand-

Control-Support: DCS) erforscht. Dabei werden auch traditionelle Einrichtungen erfasst, die zunehmend intern nach dem Wohngemeinschaftsmodell arbeiten. Daten wurden im Rahmen einer größeren Studie zu Lebenswirklichkeiten von Menschen mit Demenz erhoben. Fragebögen wurden von 1147 Pflegenden ausgefüllt und anschließend ausgewertet. Je eher die Einrichtungen dem Wohngemeinschaftsmodell entsprechen, desto mehr berichten die Mitarbeiter über geringere Arbeitsanforderungen und vermehrte Selbstbestimmung. Je kleiner die betreute Gruppe, desto geringer schätzen Mitarbeiter die Arbeitsanforderungen ein. Umgekehrt gingen eine höhere Anzahl der Bewohner mit einer höheren Arbeitsanforderungen und verminderter Selbstbestimmung einher. Querschnittskompetente Aufgabenprofile wurden als weniger fordernd eingeschätzt als hochspezialisierte Profile mit vielfachen Schnittstellen zu anderen Diensten: nicht nur verringert die Einengung auf reine Pflegedienste die Vielfalt der Arbeit, sondern erfordert vielfach komplexe Koordinationen und bringt Unterbrechungen der Arbeit mit sich. Teilweise ist der Effekt darauf zurückzuführen, dass in Wohngemeinschaften die Dienste verschiedener Abteilungen (Pflege, Hauswirtschaft, Küche) in einen Dienst integriert werden und damit sich den Mitarbeitenden mehr Möglichkeiten eröffnen, Prioritäten zu setzen und sich Bedürfnissen der Bewohner flexibel anzupassen. Durch die hohe Querschnittskompetenz verringert sich die Reglungsdichte, verringern sich Arbeitskonflikte und vermehrt sich bei Pflegenden das Gefühl, das Richtige und Wichtige auch tun zu können. Zusammengefasst gehen Wohngemeinschaften mit Regelungen einher, die von Mitarbeitenden als günstigere Arbeitsumgebung bewertet werden und damit tendenziell auch einer höheren Lebensqualität der Bewohner zugutekommt.

## 17. Gemeinsames Tun erweitert die Fähigkeiten und Kompetenzen der einzelnen Person

### Ziel/Hintergrund

Kognitive und andere Fähigkeiten werden immer am Einzelnen festgemacht. Vorliegende Untersuchung wählt einen theoretischen Rahmen, der Fähig- und Fertigkeiten eher im Zusammenwirken und Zusammenarbeit zwischen Menschen lokalisiert. Innerhalb dieses Feldes gemeinsamen tätig Seins, wächst dem Einzelnen höhere Kompetenz zu als in einer singulären Situation. Das gemeinsame tätig Sein bedarf auch nicht unbedingt eines Planes oder Zieles, sondern die gemeinsame Tätigkeit schreitet durch die Beiträge der Einzelnen fort: gemeinsam betrachtet man das Voranschreiten, fügt das eine ins andere („nesting“) und berücksichtigt Zufälliges im Moment seines Auftretens. Dies gilt auch zum Beispiel für das gemeinsame Erzählen von geteilten Erfahrungen in der Erinnerungsarbeit.

Menschen mit Demenz können sich in einem solchen Kontext Kompetenzen anderer „ausleihen“, daran anknüpfen und als Gerüst für das eigene Handeln nutzen. Personen ohne Demenz übernehmen mehr Verantwortung, steuern subtil das Geschehen und achten darauf, dass Personen mit Demenz einen subjektiv empfundenen eigenen Beitrag leisten. Vorliegende Studie nutzt diesen ökologischen Ansatz für die Analyse einer gemeinsamen Mahlzeitevorbereitung.

In bisherigen Studien zur Interaktion von Ehepaaren wurde beobachtet, dass eine unterstützend wohlwollende Atmosphäre sowie praktische Hilfen nötig sind, damit sich Personen mit Demenz als handlungswirksam erfahren. Die Person ohne Demenz hat dabei die Aufgabe, zu planen, den Prozess voranzutreiben und zu kontrollieren. Der Mangel an Eigeninitiative stellt oft die größte Hürde für gemeinsames tätig Sein dar.

### Methoden

Die beobachtete Situation betrifft 4 Personen, davon 2 Personen mit Demenz und 2 Mitarbeiterinnen, die zusammen im Kontext einer Tagespflege in Schweden eine Mahlzeit richten (Gratin mit Rosenkohl). Der Gesamtprozess beinhaltet viele vorbereitende Schritte, ein zeitlich gut strukturiertes Vorgehen, das Beachten eines Rezepts, die Koordination von Handlungen und Personen sowie die Kontrolle von Zwischenergebnissen. Dabei wird auf vielfältige kommunikative und kognitive Prozesse zurückgegriffen. Die Situation wurde videographiert und qualitativ ausgewertet.

### Resultate

Insgesamt verläuft die Interaktion bruchlos mit nur wenigen Unterbrechungen und Korrekturen. Die Personen mit Demenz sagen immer nur „ja“, leiden beide an fortgeschrittenen Einbrüchen in der kommunikativen Kompetenz. Sie initiieren keine Handlungen und stehen oft längere Zeitabschnitte still dabei, schauen zu. Eine Mitarbeiterin übernimmt die zentrale Steuerung und leitet den jeweils

nächsten Arbeitsschritt ein. Insgesamt werden drei Aspekte dieser Episode als besonders markant herausgearbeitet:

1. Die Arbeitsgeräte auf dem Arbeitstisch sind so angeordnet, dass sich dadurch die Aufmerksamkeit auf ein bestimmtes gemeinsames Tun richtet. Eine Mitarbeiterin putzt das Gemüse und reicht es zum Zerteilen weiter: dies wird zunächst vorgemacht und anschließend nachgemacht. Keiner schaut jetzt woanders hin, alle sind in ihrer Aufmerksamkeit auf den Tisch und das gemeinsame Tun ausgerichtet. Verbale Instruktionen in „wir“-Form begleiten das gemeinsame Tun. So entsteht ein kollaboratives kognitives System, an dem die Personen mit Demenz teilhaben können.

2. Immer wieder greift die leitende Mitarbeiterin auf das Rezept zurück und liest es laut vor. Dies hat die Funktion, sich des Fortschritts zu vergewissern, bestimmte Handlungen abzuschließen und neue Handlungen einzuleiten (prospektives Gedächtnis). Das Vorlesen hilft der Gruppe, sich im Prozess zu orientieren, entlastet kognitive Funktionen (man muss sich nicht erinnern) und koordiniert einzelne Tätigkeiten.

3. Beim Ausräumen der Spülmaschine durch eine Mitarbeiterin und eine Person mit Demenz, wird eine Reihe von gezielt aufeinander folgenden, abgestimmten Handlungen sichtbar, welche der Autor „Gerüstbauen“ nennt. Beide stehen auf je einer Seite der Spülmaschine. Die Person mit Demenz nimmt eine Tasse und wird sanft von der Mitarbeiterin durch verbale Aufforderung und sanftes Berühren des Rückens in Richtung Schrank (tonales Signal) begleitet. Die Mitarbeiterin zeigt auf den Platz, wo die Tasse abgestellt werden soll. Die Person stellt die Tasse dorthin und zeigt damit, dass sie verstanden hat. Verschiedene, aufeinander abgestimmte und einander ergänzende Signale weisen in dieselbe Richtung und beide Personen beginnen, sich parallel, synchron und einander ergänzend zu bewegen und zu arbeiten. Die Handlungen der Mitarbeiterin wirken wie eine Schablone, an der sich die Person mit Demenz orientieren kann. So entsteht aus gemeinsame, ‚gerüsteten‘ Bewegungen ein Verständnis bei der Person mit Demenz, wie der Schrank organisiert und einzuräumen ist.

Diskussion: Dies zugegeben positive Beispiel zeigt, dass auch Menschen mit fortgeschrittener Demenz ohne Korrekturen und ohne Rückzug an gemeinsamen Tätigkeiten teilnehmen können. Allgemeiner betrachtet ist die Verfassung und Kompetenz des Einzelnen immer als Teil eines Ökosystems zu verstehen, das Gelegenheiten für gemeinsame Tätigkeiten ermöglicht, verhindert oder verpasst.

Ob jemand etwas kann oder nicht, ist immer abhängig vom gemeinsamen Kontext, insbesondere von Gelegenheiten gemeinsamen, unterstützten Tuns im Sinne des ‚Gerüstbaus‘. Dafür sind wichtig: ein positives unterstützendes Arbeitsklima, die Nutzung besonderer Fähigkeiten und Talente

Einzelner sowie die Anpassung der Tätigkeiten an die Möglichkeiten der Beteiligten.

**Quelle**

Hyden L.-C. (2014). Cutting Brussels sprouts: Collaboration involving persons with dementia. *Journal of Aging Studies*, 29, 115-123

## 18. Dauerlutscher für einen Patienten mit frontotemporaler Demenz stoppt beständiges Vokalisieren

### Ziel/Hintergrund

Frontotemporale Demenz /Degeneration (FTD) in ihrer verhaltensbezogenen Ausprägung ist gekennzeichnet von unangemessenem Sozialverhalten, Enthemmung, Rigidität, Stereotypien, Impulsivität und Vokalisieren. Mit Menschen mit frontotemporaler Demenz zu leben, wirkt sich für Pfleger und Angehörige aus in Form von Stress, Frustration und zunehmendem Ärger.

Um Ansätze für den Umgang zu finden, muss das Verhalten – in diesem Fall das Vokalisieren – zunächst verstanden werden können. Eine Kombination unterschiedlicher Ursachen wird diskutiert: Der degenerative Prozess führt zum Kontrollverlust und zu zwanghaftem Vokalisieren; Vokalisieren kann Ausdruck mangelnder Kommunikationsfähigkeit sein, mit sensorischer und sozialer Deprivation zusammenhängen, eine Form der Selbststimulierung darstellen und die Aufmerksamkeit von Pflegenden und Angehörigen sichern, da unerfüllte Bedürfnisse vorliegen. Folgende Interventionen werden vorgeschlagen: Musiktherapie, gezielte Kontaktaufnahme zu ruhigen Zeiten, multisensorische Interventionen, eins-zu-eins Interaktionen sowie Verhinderung von physischem Unbehagen und Schmerzen.

Fallpräsentation: Vorgestellt wird ein 63 Jahre alter Patient mit fremdaggressivem Verhalten, mangelnder Einsicht, zunehmend zwanghaften, stereotypen Verhalten und Hyperoralität. Die Person zeigt sich phantasievoll genug, jeden Tag auf neue Weise den Wohnbereich zu verlassen. Ein strukturiertes Tagesprogramm, die Gabe eines stimmungsaufhellenden und sedierenden Medikamentes (Trazodone) zeigen nur geringe Wirkungen. Im Verlauf des Aufenthaltes verliert der Patient alle Interessen, die Sprachfähigkeit bricht ein und die Enthemmung nimmt zu: der Patient reißt sich die Hände blutig an Wänden und schmiert mit Fäkalien. Es wird vermehrt versucht, den Patienten in sein Zimmer zu bringen im Sinne einer Unterstimulation, ohne Erfolg.

Das Bild ändert sich radikal mit der Idee, der Person einen Dauerlutscher zu geben. Das Vokalisieren nimmt deutlich ab und die soziale Verträglichkeit zu. Gleiches gilt für die stereotypischen repetitiven Bewegungen. Der Dauerlutscher hält etwa eine Stunde. Mit Beendigung setzt die ganze Symptomatik wieder ein. Insgesamt bekommt der Patient jeden Tag 8 Dauerlutscher, die er über einen Zeitraum von 8 Monaten bis zu seinem Tode erhält.

### Diskussion

Die Autoren überlegen, warum der Dauerlutscher ein Erfolg war: zum einen scheinen Zungenbewegungen den lateralen präfrontalen Kortex zusätzlich zu aktivieren, der für Hemmung und Kontrolle zuständig ist. Bestän



dige Zungenbewegung mag helfen, unangemessene Bewegungen und Laute zu kontrollieren. Hinzu kommt, dass in der FTD zunehmende Verlangen nach Süßem. Für am ehesten wahrscheinlich halten die Autoren die Unfähigkeit bei fortgeschrittener Demenz zwei Aufgaben zugleich zu verfolgen (sogenanntes „dual tasking“): während der Patient lutscht kann er anderen Tätigkeiten nicht mehr nachkommen. – Die Autoren plädieren abschließend für kreatives Denken in der Pflege von Menschen mit Demenz, für das der Einsatz von Dauerlutschern ein Beispiel sei.

### **Quelle**

Fick W.F., van der Borgh J.P., Jansen S., Koopmans R.T.C.M. (2014). The effect of a lollipop on a vocally disruptive behavior in a patient with frontotemporal dementia: a case study. *International Psychogeriatrics*, 15, 1-4

## 19. iPad Aktivitäten sind traditionellen Beschäftigungen überlegen

<b>Ziele/Hintergrund</b>	Beschäftigung für Menschen mit Demenz sollte inklusiven Charakter besitzen, Langeweile reduzieren, Aufmerksamkeit erhöhen und positive Emotionen hervorbringen. Dabei sind Interessen, Erfahrungen, Fähigkeiten und Fertigkeiten der Person zu berücksichtigen. – Vorliegende Studie stellt Ergebnisse eines Vergleichs traditioneller Aktivitäten wie Kochen und Handarbeit mit iPad-Tätigkeiten vor. Es handelt sich um eine Studie, die in einer Tagespflege in Singapur durchgeführt wurde.
<b>Methoden</b>	Gezielt wurde eine Gruppe von Personen mit vergleichbarem kognitiven Status, Interessen und Ausbildung ausgesucht. Verglichen werden zwei Gruppenaktivitäten, Kochen und Handarbeit, mit zwei iPad Aktivitäten, die entsprechend den Interessen der Personen ausgesucht wurden (nicht näher spezifiziert). Alle vier Aktivitäten dauerten 30 Minuten und wurden je einmal vormittags und einmal nachmittags mit derselben Mitarbeiterin durchgeführt. Instrumente werden beschrieben, um Befindlichkeit und Interesse abzubilden.
<b>Resultate</b>	Es konnten keine Unterschiede zwischen den beiden Kontrollaktivitäten oder den beiden iPad-Aktivitäten festgestellt werden, wohl aber zwischen den Kontrollaktivitäten und den iPad-Aktivitäten. Letztere gingen mit deutlich höherem Wohlbefinden, Interesse und einer größeren Bandbreite unterschiedlicher Verhaltensformen einher, insbesondere mit Erinnerungen, Bewegung und kognitiver Anregung.
<b>Diskussion</b>	iPad-Anwendungen (zum Beispiel Spiele) stellen eine mit hohem Wohlbefinden einhergehende Beschäftigungsalternative zu traditionellen Tätigkeiten dar. Kochen und Handarbeiten kamen gut an, schnitten aber deutlich unterhalb der iPad-Aktivitäten ab. Letztere machten den Teilnehmenden sichtlich viel Spaß, regten sie zu viel Austausch, Bewegung und kreativem Spielen an. Einige Teilnehmer, die etwas mehr Mühe hatten, erfuhren Hilfe nicht nur durch die Mitarbeitende, sondern auch durch Mitspielende. Die Autoren betonen diesen inklusiven Prozess wechselseitiger Hilfe, der bei traditionellen Aktivitäten seltener zu beobachten ist. Voraussetzungen sind, dass die Professionellen die iPad Aktivität gut kennen und mit der Handhabung wohl vertraut sind.
<b>Quelle</b>	Leng F.Y., Yeo D., George S., Barr C. (2014). Comparison of iPad applications with traditional activities using person-centred care approach: Impact on well-being for persons with dementia. <i>Dementia</i> , 13(2), 265-273

## 20. Viele Menschen mit Demenz werden in der eigenen Wohnung fixiert

### Ziel/Hintergrund

Obgleich die negativen Folgen von Fixierungen bekannt sind, bleiben die in Studien genannten Angaben über die Wahrscheinlichkeit von Fixierungen hoch. Alte Menschen – auch mit Demenz – wollen solange wie möglich in der eigenen Häuslichkeit verweilen, oft in Abhängigkeit von nahen Angehörigen.

Mitarbeiter ambulanter Dienste werden bei Einsätzen mit fragwürdigen Fixierungen durch pflegende Angehörige konfrontiert. Diesbezügliche Forschungen sind schwierig durchzuführen, die vermutete Dunkelziffer ist hoch. Nicht selten werden Mitarbeiter ambulanter Dienste in freiheitsentziehende Maßnahmen (FEM) involviert, zum Beispiel, wenn Angehörige verlangen, nach der Pflege Bauchgurte wieder zu schließen. Sie haben – im Vergleich zum stationären Setting – weniger Kontrolle in der Situation, arbeiten in der Regel allein und sind nur für kurze Zeit zugegen. Dennoch kann über diese Mitarbeiter Einblick in einen gesellschaftlichen Dunkelbereich gewonnen werden.

Vorliegende Studie aus Belgien zielt darauf ab, durch Befragungen von Mitarbeitern in der ambulanten Pflege Einsichten in deren Erfahrungen mit häuslichen Fixierungen zu gewinnen.

Ort der Studie ist die Wit-Gele Kruis, ein flämischer Verband ambulanter Pflege. Der Begriff „freiheitsentziehende Maßnahme“ wird definiert, das belgische System der häuslichen Pflege vorgestellt. Fixierungen gelten in diesem System als Maßnahmen, um Verletzungen zu verhindern unter Zuhilfenahme von Gurten, Einschließung und Überwachung. Eine ärztliche Verordnung ist dafür in Belgien nicht notwendig.

### Methoden

Teilnehmende an der qualitativen Studie wurden gezielt ausgewählt anhand von 3 Kriterien: direkte Durchführung der Pflege, Erfahrungen mit Fixierungen in der Häuslichkeit, Bereitschaft darüber Auskunft zu geben. 14 Pflegende konnten gewonnen werden. Die halbstrukturierten Interviews wurden zwischen April und Juni 2009 durchgeführt. Jedes Interview dauerte etwa 1 ½ Stunden. Beschrieben wird das qualitative Analyseverfahren.

### Resultate

Die Teilnehmenden offenbarten ein sehr unterschiedliches Verständnis dessen, was freiheitsentziehende Maßnahme /Fixierung bedeutet. Bettgitter oder Rollstühle mit Gurt gegen den Widerstand der Person wurden von einigen eher als Sicherheitsmaßnahme, nicht aber als Fixierung gewertet. Teilweise wurde der Begriff verwechselt mit Gewalt und Vernachlässigung. Andere wiederum werteten umgebungsbezogene Maßnahmen (Gas des Kochers abdrehen, Bett ins Wohnzimmer stellen) als Fixierung.

Als typische Beispiele üblicher freiheitseinschränkender Maßnahmen wurde genannt: Personen einschließen, Treppen blockieren, Gurte anlegen, Bettgitter verwenden, Tabletten verstecken. Sedierende Medikamente dagegen wurden zumeist von den Angehörigen verabreicht. Betroffene Personen leiden zumeist unter Demenz und leben allein. Auf Anordnung der Angehörigen werden sie oft nach der Pflege im Rollstuhl belassen („ortsfixiert“); die Wohnung wird abgeschlossen. Viele Patienten kämpfen sich dennoch bis an die Tür voran und rütteln heftig, bis der Dienst am Abend wieder erscheint. Dies wird von den Beteiligten toleriert, um einen Heimaufenthalt zu vermeiden. Oft wird davon ausgegangen, dass die Person im Heim ebenfalls fixiert würde – dann könne man es auch zu Hause tun. Im Heim würde man zusätzlich sedierende Medikamente verordnen, was in der Häuslichkeit vermeidbar sei. Häufig würden die Fixierungen auch angesetzt um die pflegenden Angehörigen zu entlasten, zum Beispiel bei Einkäufen oder in der Nacht.

Der Einsatz fixierender Maßnahmen wird weitgehend von den Angehörigen bestimmt. In günstigen Fällen gibt es eine gemeinsame Suche nach den besten Möglichkeiten, im Konfliktfall fühlen sich die professionell Pflegenden in der Regel verpflichtet, den Angehörigen nachzugeben: es sei ja deren Haus und Heimat und die Familien machten am Ende doch, was sie wollten. Ärzte spielen bei diesen Diskussionen und Entscheidungen in der Regel keine Rolle.

## Diskussion

Die Interviews führten in der Regel dazu, dass die Pflegenden anschließend differenzierter über das Thema Fixierungen in der Häuslichkeit nachdachten. Organisationen der ambulanten Pflege – so die Autoren – haben die Verpflichtung, zu diesem Thema Reflexionsprozesse anzustoßen und Richtlinien zu verfassen, an denen sich Mitarbeiter orientieren können. Wenn jeder etwas anderes unter Fixierung verstehe, könne ein fachliches Vorgehen im Ansatz nicht gelingen.

Die Autoren unterstreichen die Dringlichkeit, Vorkommen und Häufigkeit von Fixierungen in der Häuslichkeit zu erforschen. Dazu müsse man den Begriff für die häusliche Situation definieren und von Sicherungsmaßnahmen abgrenzen. Die Studie wirft rechtliche, fachliche und familiäre Fragen auf. Rechtlich und fachlich stellt es eine bedenkliche Praxis dar, Menschen, die alleine leben, zu versorgen, zu fixieren und bis zum nächsten Besuch allein zu lassen – auch dann, wenn die Angehörigen dies verlangen. Zwar werden die sedierenden Medikamente von Angehörigen verabreicht, die Verschreibungen aber von den Ärzten nicht kontrolliert, sondern mit Rücksicht auf die Angehörigen weitgehend bedenkenlos weiter verschrieben. Angehörige nehmen eine dominante Rolle in der Auswahl der Fixierungsmittel ein. So kommen Mittel zur Anwendung, die professionell Pflegende

als bedenklich und schädlich einstufen. Die betroffenen Personen werden hierbei nicht gefragt oder beteiligt. Die Autoren schlussfolgern, dass der Einsatz freiheitsentziehender Mittel nicht dem alleinigen Belieben der Angehörigen überlassen werden darf. Es bedürfe hier einer verpflichtenden Konsultation, zu der neben dem Hausarzt auch das Pflorgeteam hinzuzuziehen sei. Dies sei insbesondere bei fragwürdigen Mitteln, sedierenden Medikamenten, aber auch bezüglich des Anlasses, des Kontextes, des Umfangs, der Zeit und der Dauer der Fixierung zu verhandeln. Die bisherige Praxis, professionell Pflegende mit diesen Fragen weitgehend allein zu lassen, sei verantwortungslos. Unklar aber bleibt vorerst, wie die Rolle der Organisation rechtlich und fachlich zu fassen sei. Die Autoren regen an, das Thema Fixierung in der Häuslichkeit aus mehreren Perspektiven – der Betroffenen, der Angehörigen, der Hausärzte – gleichzeitig zu beforschen. Insgesamt sei die Frage von Fixierungen in der eigenen Häuslichkeit dringlich, aber ungleich schwieriger zu beforschen, zu beraten und zu entscheiden als im stationären Bereich.

**Quelle**

Scheepmans K., de Casterle B. Paquay L., Van Gansbeke H., Boonen S., Milisen K. (2014). Restraint use in home care: a qualitative study from a nursing perspective. *BMC Geriatrics* 14:17.  
doi:10.1186/1471-2318-14-17