



# **(Forschungs-) Newsletter: 1/2020**



**11. FEBRUAR 2020**

Dialogzentrum Leben im Alter (DZLA)  
Hochschule Osnabrück

---

*DIALOGZENTRUM LEBEN IM ALTER (DZLA)*

*Hochschule Osnabrück*

*Caprivistr. 30a • 49076 Osnabrück  
Telefon +49 (0)541/969-3233*

*dzla@hs-osnabrueck.de || [www.dzla.de](http://www.dzla.de)*

*© DZLA 2020*

INFO: „(FORSCHUNGS-)NEWSLETTER“ .....	4
EDITORIAL (1/2020).....	5
NEUES AUS DEM DZLA .....	7
DIALOGKONFERENZ DES DZLA ZUM THEMA „TEAM“ WIRD AUF DEN 4. NOVEMBER 2020 VERLEGT .....	7
„DZLA TO GO!“: PODCAST „WISSENSTRANSFAIR“ .....	7
UNTERSTÜTZEN SIE UNS: WERDEN SIE DZL-AKTEUR.....	8
IHR PLATZ IM DZLA .....	9
<b>FORSCHUNGSNEWSLETTER (1/2020) .....</b>	<b>10</b>
EDITORIAL - FORSCHUNGSNEWSLETTER .....	11
STUDIEN.....	14
<b>(1) PSYCHOTHERAPIE FÜR HEIMBEWOHNER IST WIRKSAM .....</b>	<b>15</b>
<b>(2) DIE KOMBINATION ZWEIER EINFACHER INSTRUMENTE FÜR WACHHEIT UND AUFMERKSAMKEIT VERBESSERT DIE DIAGNOSTIK VON DELIRIEN BEI DEMENZ .....</b>	<b>19</b>
<b>(3) SPAZIERGÄNGE STABILISIEREN DIE SOZIALE IDENTITÄT VON PERSONEN MIT DEMENZ UND VON ANGEHÖRIGEN .....</b>	<b>23</b>
<b>(4) SINNVOLLE SOZIALE AKTIVITÄTEN SIND AM EHESTEN GEEIGNET, ZIELLOSES WANDERN ZU REDUZIEREN .....</b>	<b>26</b>
<b>(5) PSYCHOSOZIALE INTERVENTIONEN WEISEN POSITIVE EFFEKTE AUF BESONDERS DANN, WENN SIE MIT SOZIALEN ERFAHRUNGEN VERBUNDEN SIND .....</b>	<b>29</b>
<b>(6) SCHMERZEN ZUSAMMEN MIT EINSCHRÄNKUNGEN IN ALLTAGSAKTIVITÄTEN FÜHREN ZU BZW. VERSCHLIMMERN DIE DEPRESSION .....</b>	<b>31</b>
<b>(7) EXISTENZIELLE EINSAMKEIT IM ALTER BEDEUTET, MIT NICHTS UND KEINEM MEHR IN VERBINDUNG ZU SEIN .....</b>	<b>34</b>
<b>(8) ANGSTERKRANKUNGEN UND DEPRESSIVITÄT ENTWICKELN SICH FÜR MÄNNER UND FRAUEN IM HOHEN ALTER UNTERSCHIEDLICH .....</b>	<b>37</b>
<b>(9) DIE KOMBINATION VON DEPRESSIVITÄT, SCHLAFSTÖRUNGEN UND ÄNGSTEN ERHÖHT DIE WAHRSCHEINLICHKEIT, AN DEMENZ ZU ERKRANKEN .....</b>	<b>42</b>
<b>(10) HÖRSCHWÄCHE BILDET EINEN RISIKOFAKTOR FÜR DIE ENTWICKLUNG VON PSYCHOSEN UNABHÄNGIG VOM ALTER.....</b>	<b>45</b>
<b>(11) DER HUND DIENT ALS GEMEINSAMER BEZUGSPUNKT UND BAUT EINE BRÜCKE ZWISCHEN DEN TEILNEHMENDEN .....</b>	<b>47</b>
<b>(12) STÜRZE GEHEN IN DER HOCHALTRIGKEIT DEPRESSIVEN SYMPTOMEN VORAUS .....</b>	<b>50</b>
<b>(13) UNTERSCHIEDLICHE ARTEN VON BEZIEHUNGSERINNERUNGEN GEHEN MIT UNTERSCHIEDLICHEN KOMPETENZEN BEI PFLEGENDEN TÖCHTERN EINHER.....</b>	<b>52</b>
<b>(14) ‚BUCHTEN‘ ZUSAMMEN MIT ANGEMESSENER AKTIVITÄT VERBESSERT DIE QUALITÄT DER VERSORGUNG VON MENSCHEN MIT DEMENZ IM KRANKENHAUS .....</b>	<b>55</b>
<b>(15) ANGEMESSENE STIMULATION UND EINZELARBEIT EMPFEHLEN SICH BEI DER REDUZIERUNG VON APATHIE .....</b>	<b>58</b>

---

# Info: „(Forschungs-)Newsletter“

Das DZLA versendet etwa acht Mal im Jahr einen Newsletter an die Abonnent\*innen. Einmal pro Quartal enthält der Newsletter (so wie der vorliegende) den sogenannten „ForschungsNewsletter“, in welchem der Kollege Christian Müller-Hergl jeweils 15 internationale Studien verständlich auf ihre Kernaussagen reduziert und diskutiert.

Der Newsletter des DZLA findet sich zudem zur Ansicht auf dem [Blog des DZLA](#)<sup>1</sup> und kann dort [abonniert](#)<sup>2</sup> werden. Da der gesamte ForschungsNewsletter zur Versendung als Mail zu umfangreich wäre, erhalten die Abonnent\*innen des Newsletters mit diesem jeweils einen Downloadlink mit dem ForschungsNewsletter.

## **Dialogzentrum Leben im Alter (DZLA)**

49076 Osnabrück  
Caprivistr. 30 a

### **Kontakt:**

Tel.: +49(0)541 969 3233  
mail: [dzla@hs-osnabrueck.de](mailto:dzla@hs-osnabrueck.de)

### **DZLA online:**

[DZLA-Blog: http://www.dzla.de](http://www.dzla.de)

[DZLA-Facebook: https://www.facebook.com/dialogDZLA/](https://www.facebook.com/dialogDZLA/)

[DZLA-Twitter: https://twitter.com/DZLA\\_HSO](https://twitter.com/DZLA_HSO)

[DZLA-Youtube: https://www.youtube.com/channel/UCmizhGiwYw2WuWTPf-xfCLw](https://www.youtube.com/channel/UCmizhGiwYw2WuWTPf-xfCLw)

[ABO ForschungsNewsletter: https://www.dzla.de/forschungsnewsletter-des-dzla/](https://www.dzla.de/forschungsnewsletter-des-dzla/)

[ABO Podcast WissenstransFair: https://www.dzla.de/podcast-wissenstransfair/](https://www.dzla.de/podcast-wissenstransfair/)

---

<sup>1</sup> <http://www.dzla.de>

<sup>2</sup> <https://dzla.de/forschungsnewsletter-des-dzla/>

---

# Editorial (1/2020)

Liebe Leserinnen und Leser,

herzlich willkommen zum Newsletter des Dialogzentrum Leben im Alter (DZLA) an der Hochschule Osnabrück.

Dies ist der zweite ForschungsNewsletter des DZLA und die Gruppe der Abonnent\*innen wächst. Ebenso anwachsend ist die Zahl derer, die unseren Blog und die damit verbundenen Social-Media-Kanäle besuchen und auf diesen über unsere Inhalte diskutieren und sich miteinander austauschen. Dafür zunächst einmal ein großes „Dankeschön“ von uns: „That is what we are here for.“

Wichtig ist es uns, zu Beginn nochmals darauf hinzuweisen, dass die von uns geplante erste DialogKonferenz des DZLA vom 26. Mai auf den 4. November dieses Jahres verlegt wurde. Bitte notieren Sie sich den neuen Termin! Zu den Hintergründen finden Sie unter der Rubrik „Neues aus dem DZLA“ in diesem Newsletter und in der Februar-Ausgabe unserer Blog-Serie „Auf ein Wort“ einige Informationen.

Die bisher letzte wesentliche Neuerung im Rahmen des Transferkonzeptes des DZLA ist der überarbeitete „Podcast WissenstransFair“<sup>3</sup>. Wir haben damit ein Format entwickelt, welches viele der Bloginhalte des DZLA sozusagen vom „Blog ins Ohr „*transFairiert*“: man könnte sagen, dass dieser Podcast ein „DZLA to go“ ist. Auch diese Entwicklung wird bereits gut angenommen, was uns sehr freut. Außerdem macht die Erstellung des Podcast zwar viel Mühe aber - insbesondere mir - auch wirklich großen Spaß.

Und auch Folgendes ist wichtig: **Sie können nun das DZLA auch fördern.** Wie wir bereits mehrfach bemerkt haben, werden das Team und sämtliche Sachmittel des DZLA derzeit

---

<sup>3</sup> Podcast WissenstransFair hören und abonnieren: <https://www.dzla.de/podcast-wissenstransfair/>

---

dankenswerter Weise vom [Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege \(DNQP\)](#)<sup>4</sup> getragen. Seit Kurzem können Sie nun [DZL-Akteur](#)<sup>5</sup> werden und uns monetär unterstützen!. Auch dazu in der Rubrik „Neues aus dem DZLA“ mehr.

**Ach ja:**

Und dann ist da noch unsere Arbeit an der **DZL-Akademie** ... aber dazu mehr im nächsten Newsletter ...! Lassen Sie sich überraschen ...

Seit neun Monaten arbeiten wir nun hier an der Hochschule und unsere Arbeit nimmt nun auch nach außen sichtbar mehr und mehr Gestalt an.

Die Zugriffe auf unsere social-media-Kanäle steigen stetig und wir spüren, dass wir von der Öffentlichkeit wahrgenommen und ernst genommen werden. Und darüber freuen wir uns sehr!

Seien Sie gewiss:

Wir haben noch sehr viele Ideen und brennen darauf, diese zu verwirklichen.

Bleiben Sie uns gewogen, diskutieren Sie kritisch mit uns und Anderen und lassen Sie uns und alle Interessierten auch von Ihrem Wissen profitieren ...! Wir haben es allesamt bitter nötig ...

**FÜR EINEN AUSTAUSCH AUF AUGENHÖHE**  
**ZWISCHEN FORSCHUNG UND PRAXIS**

Ihr  
Detlef Rüsing

Osnabrück, am 10. Februar 2020

---

<sup>4</sup> DNQP: <http://www.dnqp.de>

<sup>5</sup> Spenden fürs DZLA: <https://www.dzla.de/#dzlakteur>

---

# NEUES AUS DEM DZLA

In diesem Teil des Newsletters berichten wir von Neuigkeiten aus dem Dialogzentrum, dem DNQP oder der Hochschule.

## **DialogKonferenz des DZLA zum Thema „Team“ wird auf den 4. November 2020 verlegt**

Die erste DialogKonferenz des DZLA zum Thema „Team“ wird auf den 4. November verlegt. Hintergrund dieser Verlegung sind die vorgefundene Recherchelage und der eigene Anspruch des DZLA-Teams, eine Tagung und die Auswahl möglicher Referent\*innen auf der Basis größtmöglicher inhaltlicher Expertise zu treffen. Insbesondere die Idee des „Teams als Therapeutikum“ hat sich im Laufe der Zeit immer stärker in den Fokus der Recherchen begeben. Jedoch gerade dieser spannende und enorm wichtige Aspekt ist im Felde der gerontopsychiatrischen Versorgung in Studien relativ unterbelichtet. Aus diesem Grunde arbeiten wir mit Hochdruck an einer breiten Sichtung von Erkenntnissen in diesem Bereich, welche noch Zeit beanspruchen wird. Darum haben wir uns entschieden, die DialogKonferenz in den November zu verlegen, um dann eine für alle Teilnehmer\*innen spannende Tagung inhaltlich vorzubereiten und zu organisieren.

## **„DZLA to go!“: Podcast „WissenstransFair“**

Im November 2019 hat das DZLA seinen [Podcast „WissenstransFair“](https://www.dzla.de/podcast-wissenstransfair/)<sup>6</sup> ans Netz gebracht. Mit der [zweiten Episode des podcasts](https://www.dzla.de/wissenstransfair-eps-002/)<sup>7</sup> hat das Team des DZLA das Konzept des Formates überarbeitet. Seit der zweiten Ausgabe im Januar 2020 erscheint der „Podcast WissenstransFair“ jeweils am letzten Donnerstag eines Monats und beinhaltet neben der Rubrik „Nur ein Gedanke“, in welcher der Wissenstransfer selbst in den Blick genommen wird, ausgewählte Audiomitschnitte von Formaten (Z.B. Audiospuren von Serien

---

<sup>6</sup> Podcast WissenstransFair: <https://www.dzla.de/podcast-wissenstransfair/>

<sup>7</sup> Podcast Eps. 2: <https://www.dzla.de/wissenstransfair-eps-002/>

---

„Lichtblicke“, „Auf die Schnelle“, „Haustheater“ usw.), die im Laufe des Monats auf dem Blog des DZLA gepostet worden sind. Auf diese Weise bildet der Podcast sozusagen ein **„DZLA to go“**, in dem die jeweiligen Aktivitäten des Teams für unterwegs hörbar werden. Zudem kommentiert Detlef Rüsing die Beiträge, führt bisweilen Interviews und ... und .. und ...! Lassen Sie sich überraschen.

WissenstransFair – der Podcast des DZLA:

Zu abonnieren auf dem Blog des DZLA bei „[podcaster.de](https://www.podcaster.de)“<sup>8</sup>, „[apple podcasts](https://podcasts.apple.com/de/podcast/wissenstransfair/id1485735934)“<sup>9</sup> oder „[spotify](https://open.spotify.com/show/0FskB3WhrADwRixCEX9f8f)“<sup>10</sup> unter: <https://www.dzla.de/podcast-wissenstransfair/>

## Unterstützen Sie uns: Werden Sie **DZL-Akteur**

Die Arbeit des Dialogzentrums auf den social-media-Kanälen ist für Nutzer\*innen vollkommen kostenfrei und soll es auch in Zukunft bleiben. Allerdings kosten die Mitarbeiter des DZLA natürlich Geld und werden derzeit vollständig vom [DNQP](https://www.dnqp.de)<sup>11</sup> getragen.

Wir arbeiten von Beginn an inhaltlich vollkommen frei und unabhängig und sind Niemandem verpflichtet. Wir wissen das natürlich zu schätzen und gehen verantwortungsvoll damit um, denn genau diese Unabhängigkeit ist in unseren Augen notwendig und wichtig.

***Damit dies aber so bleiben kann, bieten wir Ihnen an, uns finanziell zu unterstützen.***

In naher Zukunft kann man Spenden online an uns adressieren. Das DZLA als Zentrum im DNQP an der Hochschule Osnabrück ist gemeinnützig und kann Ihnen die Spende entsprechend bescheinigen. Sie können sich aber schon jetzt jederzeit bei uns persönlich melden, damit wir bezüglich eines Spendenvorhabens miteinander sprechen können. Die Online-Spende wird vermutlich ab spätestens April 2020 möglich sein.

Also:

---

<sup>8</sup> Abonnement bei „podcaster.de“: <https://www.podcast.de/podcast/727003>

<sup>9</sup> Abonnement bei „apple podcast“: <https://podcasts.apple.com/de/podcast/wissenstransfair/id1485735934>

<sup>10</sup> Abonnement bei „spotify“: <https://open.spotify.com/show/0FskB3WhrADwRixCEX9f8f>

<sup>11</sup> DNQP: <http://www.dnqp.de>



---

Werden Sie DZL-Akteur<sup>12</sup>:

Detlef Rüsing

Dialogzentrum Leben im Alter (DZLA)

Tel: +49 (0)541/969-3233

Mail: d.ruesing(at)hs-osnabrueck.de

## Ihr Platz im DZLA

### SCHALTEN SIE SICH EIN UND POSTEN IHREN BEITRAG

Ihre Institution hat eine praxisrelevante Studie im Bereich der gerontopsychiatrischen Versorgung durchgeführt, deren Ergebnisse Sie zur Information und Diskussion auf unserem Blog verbreiten wollen? Ihre Einrichtung praktiziert ein Versorgungskonzept welches als Best-Practice Modell nach Nachahmung ruft? Sie haben als Person eine besondere Idee, die sie unter das Volk bringen wollen?

In unserer Serie „*Ihr Platz ...*“ machen wir genau das, was der Seriename verspricht: Wir verschaffen Ihnen einen Platz im „Dialogzentrum Leben im Alter (DZLA)“.

An jedem dritten Donnerstag im Monat wartet „Ihr Platz ...“ auf Sie. Ob Einzelperson, Forschungsinstitution, Pflegeanbieter oder ... oder ... oder ....

Einzige Voraussetzung: Sie produzieren den Beitrag – in egal welchem Format – in Absprache mit uns und wir begleiten Sie redaktionell. Das letzte Wort, ob der Beitrag veröffentlicht wird, allerdings liegt bei uns. Darum sprechen wir vor der Produktion miteinander.

### **SIE HABEN EINE IDEE?**

Nähere Informationen: <https://dzla.de/ihr-platz-im-dzla/>

Nehmen Sie Kontakt zu uns auf!

---

<sup>12</sup> Werden Sie DZL-Akteur: <https://www.dzla.de/#dzlakteur>

---

# **ForschungsNewsletter (1/2020)**

---

## Editorial - ForschungsNewsletter

Mit unserem ForschungsNewsletter wollen wir Ihnen regelmäßig alle 3 Monate eine Auswahl von 15 Studien aus dem Forschungsfeld Gerontopsychiatrie vorstellen. Dies ist ein weites Feld mit einer sehr breiten Palette von Themen. Wir hoffen mit der einen oder anderen Auswahl Ihr Interesse getroffen zu haben. Falls nicht, geben Sie uns einen Hinweis, was Sie interessiert. Gerne gehen wir dem nach.

An dieser Stelle möchten wir Sie darauf hinweisen, dass sowohl Auswahl als auch Zusammenfassung der einzelnen Studien subjektiv sind und nicht das Lesen der Originalstudien ersetzen. Zu diesem Zweck sind jeweils die Originalquellen verzeichnet.

Ihr Team des DZLA

Zunächst eine kurze Übersicht zu den vorgestellten Studien:

*Psychotherapie ist auch für Menschen, die im Heim leben, wichtig und wirksam. Sie können lernen, sich auf ihre Ressourcen und Optionen zu konzentrieren und mit der oft belastenden Vergangenheit ihren Frieden zu schließen bzw. diese auszublenden. In vereinfachter Form profitieren auch Menschen mit Demenz von der Psychotherapie (bis etwa MMSE 15). (1)*

*Menschen mit Demenz leiden häufiger unter deliranten Zuständen, die oft mangels fehlender Wachheit nicht als delirant erkannt werden. Die Kombination zweier einfacher Verfahren für Wachheit und Aufmerksamkeit erhöht die Trefferquote erheblich. Da nicht oder zu spät erkannte Delirien u.U. sehr nachteilige Folgen für die Patienten haben, ist eine schnelle und sichere Diagnosestellung hoch bedeutsam. (2)*

*Beständiges Laufen von Menschen mit Demenz wird kontrovers diskutiert. Welche Bedeutung aber schreiben Menschen mit Demenz und Angehörige dem Umherlaufen bzw. Spaziergehen zu? Für beide Seiten scheint das Verhalten eine stabilisierende, sozial entlastende Funktion zu haben. Deutlich häufiger als gedacht erweist sich das Verhalten als bewusst und gesteuert. (3)*

*Exzessives Umhergehen kann aber auch zur Quälerei werden und mit erheblichen Gefahren einhergehen. Welche nicht-pharmakologischen Möglichkeiten stehen denn*

---

*offen? Erfreuliche Aktivitäten mit einer starken sozialen Komponente bieten am ehesten die Chance, exzessives Umherwandern zu unterbinden. (4)*

*Psychosoziale Interventionen und deren Effekte lassen sich nicht immer einfach beforschen. Sie weisen häufiger eine positive Wirkung auf, wenn sie mit Bewegung, sensorischer und kognitiver Anregung sowie mit sozialen Erfahrungen einhergehen. Ihre Wirksamkeit hängt nicht zuletzt davon ab, wie qualifiziert die Pflegenden /Betreuenden sind und wie hochwertig sie Angebote gestalten können. Vermutlich ist die soziale Komponente für die positiven Effekte hauptverantwortlich. (5)*

*Schmerzen führen zu Einschränkungen in den täglichen Aktivitäten und schränken den Bewegungs- und Freiheitsraum ein. Eben mit diesen Folgen nimmt die Anzahl und schwere depressiver Symptome zu. Schmerzen führen also nur dann zur Depressivität bzw. verschlimmern diese, wenn sie unzureichend behandelt werden. (6)*

*Einsam zu sein und in einem gebrechlichen Körper zu leben stellt eine erhebliche seelische Belastung dar und gilt als eine mögliche Ursache für Depressionen in der Hochaltrigkeit. Die Patienten beschreiben Gefühle, die an Dissoziationen erinnern: abgespalten vom Leben, allem von außen zuschauen, die anderen wie durch einen Schleier erleben. Auch die üblichen Aktivierungen durchbrechen dieses Gefühl nicht.*

*Gewünscht werden authentische, überraschende Erfahrungen – etwas Neues! (7)*

*Personen mit Angsterkrankungen und/oder Depressionen im Alter sind entweder geringfügig betroffen mit einer über die Zeit klar erkennbaren Besserungstendenz oder aber schwer betroffen mit einer über die Zeit erkennbaren Verschlimmerungstendenz.*

*(Niedrig- und Hochgruppe) Schwer (nicht unbedingt häufig) sind Männer betroffen, die sich in Bezug auf Exekutivfunktionen und Aufmerksamkeit als auffällig eingeschränkt erweisen. Frauen und Männer zeigen insgesamt unterschiedliche Risikoprofile auf.*

*Empfohlen wird die Arbeit an der Aufmerksamkeit: dies hilft, das Grübeln zu unterbinden und mehr Affektkontrolle zu erzielen. (8)*

*Ängste, Schlafstörungen und Depressivität ergeben einen kombinierten, ‚additiven‘ Effekt. Dieser Effekt erhöht insgesamt die Wahrscheinlichkeit, an Demenz zu erkranken. Alle drei gelten nicht nur oder nicht primär als frühes Demenzsymptom, sondern als eigenständige, psychiatrische Belastungsfaktoren. Die Autoren legen nahe, Depressionen und Schlafstörungen nachhaltig und frühzeitig zu behandeln. (9)*

*Männer mit Hörschwäche sind 2,6-mal höher als Vergleichsgruppen gefährdet, im Alter an einer Psychose zu leiden. Verschiedene Theorien bringen den Hörverlust in Verbindung mit dem Verlust der Fähigkeit, Gedanken, Gefühle und Absichten anderer*

---

müheless zu erschließen (Theory of Mind=TOM) oder auch mit dem Umstand, die ‚innere Stimme‘ zunehmend als akustische Erfahrung ‚von außen‘ wahrzunehmen. (10)

Viele Interventionsstudien haben die Bedeutung der Arbeit mit Hunden für psychisch kranke Menschen erwiesen. In dieser Arbeit kommt es vermehrt zu Berührungen, Fellkontakten und auch Bewegungen: die Emotionen fließen freier. Der Hund dient als gemeinsamer Bezugspunkt und erleichtert eine gemeinsame Interaktion und Kommunikation. Der eigene Stress wird für eine Zeitlang ausgeblendet und die Klienten gewinnen an Gelassenheit, Ruhe und Freude. (11)

Es ist bekannt, dass Stürze nicht nur körperliche, sondern auch psychische und seelische Folgen zeitigen. Nicht umsonst ist die häufigste Angst im Alter die Sturzangst. Mit dem Sturz fällt symbolisch der aufrechte Gang und das Erwachsensein ‚zu Boden‘. Depressive Symptome folgen dem Sturz oft auf dem Fuße besonders dann, wenn durch den Sturz weitere Aktivitäten des täglichen Lebens tangiert sind. (12)

Töchter nehmen am häufigsten die Pflege der Eltern wahr. In der Regel besteht die Meinung: gute Beziehung in der Kindheit = gute Pflegesituation. Die Studie kommt zu einem differenzierteren Ergebnis: das gute Bewältigen der Pflege („mastery“) bedeutet nicht, dass man die Pflegesituation positiv beurteilt und umgekehrt: beurteilt man die Pflegesituation als gut und unbelastet bedeutet dies nicht, dass man mit den praktischen Anforderungen der Pflege gut zurechtkommt. Es ist kompliziert! (13)

Eine für Menschen mit Demenz spezifisch gestaltete Umgebung im Krankenhaus erleichtert den Pflegenden, die Patienten kennenzulernen, zu beobachten und Kontakt aufzunehmen. Die Patienten werden vergleichsweise weniger agitiert wahrgenommen. Mehrheitlich sind die Pflegenden der Auffassung, in Gegenwart der Patienten deren Verhalten und Befinden zeitnaher, genauer dokumentieren zu können. (14)

Apathie stellt das häufigste neuropsychiatrische Symptom für viele psychiatrische Erkrankungen dar, besonders in der Demenz und der Depression (vaskulärer Formenkreis). Besonders erfolgreich sind stimulationsorientierte Programme und Angebote im 1:1 Format. (15)

Christian Müller-Hergl

---

## Studien

---

## **(1) Psychotherapie für Heimbewohner ist wirksam**

**Ziel/Hintergrund:** Mindestens 1/3 aller Heimbewohner weisen klinische Symptome der Angst und der Depression auf. Entgegen aller Leitlinien werden diese Personen in der Regel primär medikamentös behandelt. Obgleich psychotherapeutische Ansätze ihre Wirksamkeit erwiesen haben, müssen diese auf die Besonderheiten alter Heimbewohner angepasst werden. Ein bestimmter verhaltenstherapeutischer Ansatz (ACT=Akzeptanz- und Commitment Therapie) empfiehlt sich deswegen, weil hier der Schwerpunkt auf der Annahme von Lebensereignissen, die man nicht beeinflussen kann, sowie auf der Fokussierung von Ressourcen und Handlungsoptionen liegt. Negative Gedanken und Überzeugungen werden ‚entschärft‘ und eine achtsame und sinnorientierte Lebensgestaltung unterstützt. Ziel der Studie aus Australien ist es, erste Hinweise auf die Wirksamkeit und Akzeptanz dieses Ansatzes für alte Heimbewohner mit depressiven und angstbezogenen Symptomen zu ermitteln.

**Methoden:** 41 Heimbewohner aus 5 Einrichtungen konnten hinzugezogen werden, die per Zufall in eine Interventionsgruppe oder Wartegruppe unterteilt wurden und die in der Wahrnehmung der Mitarbeiter an Ängsten, Depressionen oder Anpassungsstörungen litten. Ausgeschlossen wurden Personen mit akuter Psychose, sehr schwerer somatischer Erkrankung sowie fortgeschrittener Demenz. 10 Mitarbeiter wurden zur Wirksamkeit und Annehmbarkeit der Intervention befragt. Beschrieben werden Instrumente, um Depressivität, Ängste, Zufriedenheit mit der Behandlung und Annehmbarkeit abzubilden. Daten wurden zu drei Zeitpunkten ermittelt: vor der Intervention, dann 8 Wochen sowie 20 Wochen nach der Intervention. Die Intervention bestand aus 12 Therapiesitzungen à 60 Minuten verteilt auf 2 Sitzungen pro Woche über 6 Wochen. Das zugrundeliegende Behandlungsmanual bestimmte, zunächst die zentralen Werte und Haltungen des Klienten zu ermitteln, sodann die Akzeptanz der gegenwärtigen Lebensumstände und der damit einhergehenden Erfahrungen zu erfragen, in einem weiteren Schritt sich von den negativen Gedanken und Gefühlen innerlich zu distanzieren und den Vermeidungs- und Kontrollstrategien auf die Spur zu kommen, mehr mit der unmittelbaren Gegenwart in Verbindung zu sein und für sich konkrete Handlungs- und Problemlösungsmöglichkeiten zu erschließen. Im Verlauf der Therapie kommen viele Achtsamkeitsübungen zum Tragen. Die Sitzungen wurden von studierenden

---

Psychologen und Psychotherapeuten im letzten Jahr eines Promotionsprogramms durchgeführt.

**Resultate:** Die Werte für Depressivität gingen in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Wartegruppe bedeutsam zurück, der Rückgang in Bezug auf Ängste erreichte keine Signifikanz. Die Verbesserung bezüglich depressiver Symptome erwies sich nach drei Monaten als konstant. Veränderungen in der Medikation in der Interventions- und Wartegruppe hielten sich die Balance. Bis auf eine Person äußerten sich alle überwiegend oder sehr zufrieden mit der Intervention (88,9%) und würden sie anderen empfehlen. Trotz dieser hohen Zufriedenheit fielen die Werte für die Bedürfnisbezogenheit (66%) und die Problemlösung (72,2%) geringer aus. Mitarbeitende aus der Pflege bewerteten den Erfolg mit gut und exzellent: es sei ein Dienst, der dringend notwendig sei. Die Bewohner kämen mit sich und ihren Problemen besser oder sogar sehr viel besser zurecht als zuvor.

**Diskussion:** Die Intervention hat sich als wirksam und bedeutsam erwiesen. Die Effekte gleichen denen anderer Studien zur Psychotherapie älterer Heimbewohner. Die geringere Effektstärke für Ängste führen die Autoren auf eine möglicherweise zu geringe Veränderungs-Sensitivität im Assessmentinstrument zurück sowie auf den Umstand, dass die Ausgangsdaten für Ängste eher gering ausfielen und daher auch nur geringfügig verbessert werden konnten.

Insgesamt waren die Heimbewohner sehr wohl in der Lage, an den Sitzungen aktiv mitzuwirken. Die Zufriedenheitswerte der Gruppe entsprechen in etwa denen, die auch anderen Altersgruppen zugrunde liegen. Das hoch standardisierte Vorgehen, eine ungenügende Berücksichtigung des Einrichtungskontextes sowie komplexe chronische Erkrankungen mögen dazu beigetragen haben, dass die Werte für Bedürfnisbezogenheit und Problemlösung niedriger als erwartet ausfielen.

Insgesamt stimmen die Daten zuversichtlich und zeigen, dass Heimbewohner von einer Psychotherapie profitieren können.

**Quelle:** Davison, T., Eppingstall, B., Runce, S., O'Connor, D. (2017). A pilot trial of acceptance and commitment therapy for symptoms of depression and anxiety in older adults residing in long-term care facilities. *Aging & Mental Health*, 21(7), 766-773

**Schlagworte:** Psychotherapie, Depression, Pflegeheim



---

Vgl.: Janus, S., van Manen, J., Ijzerman, M. (2018). Reasons for (not) discontinuing antipsychotics in dementia. *Psychogeriatrics*, 18, 13-20

Allen Empfehlungen zum Trotz werden antipsychotisch wirksame Medikamente häufig bei Menschen mit Demenz eingesetzt. Die Verschreibungsrate beträgt je nach Erhebung 11% bis 38% aller Patienten mit Demenz. Ärzte und professionell Pflegende sind mehrheitlich der Meinung, dass Verhaltensprobleme nach dem Ansetzen wiederauftauchen und die Lebensqualität verschlechtern.

Anhand eines Fragebogens für niedergelassene Ärzte in den Niederlanden wurden Daten zu drei Variablen erhoben, welche eine Vorhersage menschlichen Verhaltens erlauben: Haltung (z.B. die Überzeugung, dass das unerwünschte Verhalten nach Absetzen wiederauftaucht), subjektive Norm (z.B. dass Familie oder Mitarbeiter der Pflege ein Wiederaufflammen des Verhaltens übel nehmen) sowie Verhaltenskontrolle (die Leichtigkeit und Zuversicht, mit der man das Absetzen vornimmt). 41 Ärzte nahmen an der Befragung teil.

Die Mehrzahl der Ärzte waren nicht überzeugt, dass antipsychotisch wirksame Medikamente ernsthaft negative Folgen haben. Die Patienten wurden als weit in der Demenz fortgeschritten eingeschätzt und die Passivität eher der Demenz und nicht der sedierenden Medikation zugeschrieben. Weiterhin habe die Medikation positive Folgen für die Mitarbeiter und erleichtere deren Job. Je stärker die Überzeugung ausfiel, man müsse Antipsychotika reduzieren, desto leichter fiel es den Ärzten, dies auch zu tun (Verhaltenskontrolle) und umgekehrt. Die Autoren vermuten, dass Rücksichtnahmen auf Pflegende und Angehörige sowie der wahrgenommene Mangel an wirksamen Alternativen das Verschreibungsverhalten verstetigen.

Vgl.: Helmes, E., Ward, B. (2017). Mindfulness-based cognitive therapy for anxiety symptoms in older adults in residential care. *Aging & Mental Health*, 21(3), 272-278

Die Studie untersucht die Effekte von MBCT (Mindfulness Based Cognitive Therapy) auf Angststörungen bei alten Menschen. 52 Heimbewohner ohne Demenz konnten gewonnen werden. Teilnehmende wurde per Zufall einer Intervention- und einer Kontrollgruppe zugewiesen. Über 8 Wochen hinweg erfuhren die Teilnehmenden eine wöchentliche Sitzung von 1,5 Stunden, die von sehr erfahrenen Therapeuten

---

durchgeführt wurden. Die Kontrollgruppe erfuhr abwechslungsreiche Ausflüge, die sich in ihrem Erlebnisgehalt deutlich von üblicher Betreuung abhoben (Besuche bei Hochzeiten, Segeln, Flüge, Einkäufe). In der Interventionsgruppe nahmen die Werte für Ängste hochsignifikant ab. Die deutlich geringeren Werte für Ängste konnten auch im Abstand eines Monats nach der Intervention festgestellt werden, erwiesen sich also als nachhaltig.

Vgl.: Tay, K-W., Subramaniam, P., Oei, T. (2019). Cognitive behavioural therapy can be effective in treating anxiety and depression in persons with dementia: a systematic review. *Psychogeriatrics*, 19, 264-275

Vorliegende Studie befasst sich mit der Frage, wie effektiv sich kognitive Verhaltenstherapie (CBT) für Menschen mit Demenz auswirkt, die an Ängsten und Depressionen leiden. Es handelt sich um eine systematische Literaturanalyse. Die wichtigsten Befunde: 11 Studien konnten zu dieser Frage identifiziert werden. CBT ist für Menschen mit Demenz mit einem MiniMental 15 und höher durchführbar und effektiv. Das Vorgehen im Rahmen der Therapie bedarf vereinfachter Verfahren, einem langsamen Vorgehen mit viel Wiederholungen, Betonung von Veränderungen im Verhalten und weniger bezüglich der Gedanken bzw. Kognitionen und einer Beteiligung des pflegenden Angehörigen. Letzteres ist nur möglich, wenn die Beziehung zwischen Klienten und Angehörigem nicht durch seit langem bestehenden, ungelösten Konflikten beherrscht wird und nicht selber erkennbar psychisch krank ist. Der Therapeut muss den Prozess vergleichsweise stärker strukturieren („scaffolding“) und präzise Lernvorgaben für beide machen. Diese betreffen Entspannungsübungen, Regeln für den Umgang mit Stress, kognitive Übungen (z.B. Gedanken stoppen). Angehörigen kommt die Aufgabe zu, mit der Person mit Demenz zwischen den Sitzungen an den gestellten Lernaufgaben zu arbeiten. Aufgaben werden zunächst in kurzen, dann in längeren Abständen wiederholt bzw. erinnert („spaced retrieval“- fehlerfreies Lernen): hier macht man sich den weitgehenden Erhalt prozeduralen Lernens in der Frühphase der Demenz zu nutze. Durchgeführte Anwendungen zeigen auch 6 Monate nach Abschluss der Therapie anhaltende Wirkung.

---

## **(2) Die Kombination zweier einfacher Instrumente für Wachheit und Aufmerksamkeit verbessert die Diagnostik von Delirien bei Demenz**

**Ziel/Hintergrund:** Beim Delir handelt es sich um eine neurokognitive Störung, die gekennzeichnet ist von fluktuierender Aufmerksamkeit, veränderte Wachheit, Psychosen und weiteren kognitiven Veränderungen. Einige dieser Kriterien treffen auch auf die Demenz zu, weshalb es schwierig ist, eine sich auf die Demenz ‚aufsetzendes‘ Delir zu erkennen. Zugleich leiden Menschen mit Demenz sehr häufig unter einem Delir (je nach Studie zwischen 22% und 89%). Ein Delir verschlechtert die Gesamtsituation einer Person mit Demenz erheblich und scheint den kognitiven Niedergang zu beschleunigen. Es muss daher – insbesondere im Krankenhaus – schnell erkannt werden. Das übliche Vorgehen erkundet eine wesentliche und plötzlich auftretende Differenz zwischen dem jetzigen und dem vorherigen Zustand: ein Vorgehen, das oft aufwändig ist und sich als klinisch inadäquat erweist.

Vorliegende internationale Studie untersucht, ob die Kombination zweier einfacher Testverfahren die Diagnose eines auf die Demenz aufsattelnden Delirs hilft, dieses schnell und sicher zu erkennen.

Während Wachheit ein Kontinuum von Schlaf zur Weckbarkeit beschreibt, bezieht sich Aufmerksamkeit auf den Bewusstseinsinhalt. In der Regel geht das eine mit dem anderen einher, wobei allerdings Aufmerksamkeit die Wachheit voraussetzt. Die üblichen Testverfahren (nach DSM-5) für ein Delir überprüfen Aufmerksamkeit: ist der Patient nur mangelhaft weckbar bzw. wach, gilt er als ‚nicht testbar‘ und das Delir wird möglicherweise nicht erkannt. Da zudem die Aufmerksamkeit durch schwere Demenz getrübt ist, kann der Grad reduzierter Wachheit bei gleichbleibend schlechter Aufmerksamkeit ein Indikator für ein Delir darstellen (‚vigilant attention‘- etwa ‚wachsamer Aufmerksamkeit‘). Jüngste Studien haben den Nutzen einer Testung von Wachheit für die Diagnose eines Delirs erwiesen. Daher überprüfen die Autoren den Nutzen einer kombinierten Testung von Wachheit und Aufmerksamkeit, um die Diagnostik von Menschen mit Demenz mit Delir zu verbessern.

**Methoden:** Die Autoren greifen auf eine Gelegenheitsstichprobe von Klienten älter als 70 Jahre zurück, die in Kliniken oder Rehabilitationseinrichtungen verschiedener Länder (Italien, Portugal, Irland, Schweiz) aufgenommen wurden. Alle Patienten wurden bezüglich Demenz und Delir von Experten untersucht. Danach erfolgte eine Einteilung

---

der Patienten in vier Gruppen: kein Delir, keine Demenz (Kontrollgruppe); Delir, keine Demenz; Demenz, kein Delir; Delir und Demenz.

Vorgestellt wird ein einfacher Leistungstest für Aufmerksamkeit, bei dem der Patient immer dann, wenn bei der Nennung von 10 Buchstaben nacheinander ein ‚A‘ genannt wird, er den Finger heben muss (S-A-V-E-A-H-A-A-R-T). Bei keinem Fehler ergibt sich 0, jede Fehlennennung ergibt einen Punkt, maximal 10 Punkte. Zur Testung der Wachheit wird auf ein Beobachtungsverfahren zurückgegriffen (OSLA: Observational Scale of Level of Arousal), bei dem 5 Ebenen erfasst werden: Augen offen, Augenkontakt, Körperposition, Bewegungen, Kommunikation. Die 5 Ebenen weisen 3-5 Items auf und ergeben Summenwerte zwischen 0 (wach) und 19 (keine Reaktion). Alle Patienten wurden nach beiden Verfahren allein sowie in Kombination eingeschätzt.

**Resultate:** Insgesamt nahmen an der Studie 114 Personen teil. Mit OSLA alleine wurden 83% der Personen mit Delir und 85% der Personen mit Demenz und Delir richtig erkannt. Beim Leistungstest für Aufmerksamkeit alleine wurden 76% der Personen mit Delir und 79% der Personen mit Demenz und Delir richtig erkannt. In der Kombination wurden 91% der Personen mit Delir und 93% der Personen mit Demenz und Delir richtig erkannt. Auch die Daten für Sensitivität (94%) und Spezifität (92%) fallen für die kombinierte Variante sehr hoch aus.

**Diskussion:** Die Kombination zweier einfacher Verfahren für Wachheit und Aufmerksamkeit schafft hohe diagnostische Sicherheit für ein Delir, das sich auf eine Demenz aufsattelt. Beide Tests lassen sich in einem Summenwert gemeinsam darstellen (Aufmerksamkeit 10, OSLA 19, zusammen 29). Die Ergebnisse stützen vorherige Untersuchungen, in denen es gelang, mit einem ähnlich einfachen Test für Wachheit Personen mit Delir von Personen mit Demenz ohne Delir zu unterscheiden. Auch Personen, die auf Aufmerksamkeit kaum getestet werden konnten, können nun erfasst werden, da mit einem Beobachtungsinstrument bezüglich Wachheit kein Patient ausgeschlossen werden muss. Abschließend verweisen die Autoren darauf, dass das Instrument sich in vier verschiedenen Ländern aus Europa bewährt, ein Hinweis auf die Verallgemeinerbarkeit und Reproduzierbarkeit des Instruments.

---

**Quelle:** Richardson, S., Davis, D., Morandi, A. et al (2017). Detecting delirium superimposed on dementia: diagnostic accuracy of a simple combined arousal and attention testing procedure. *International Psychogeriatrics*, 29(10), 1585-1593

**Schlagnworte:** Delir, Demenz, Assessment

Vgl.: Kolanowski, A. (2018). Delirium in people living with dementia: a call for global solutions. *Aging & Mental Health*, 22(4), 444-446

In dieser Ausgabe von A&MH finden sich mehrere Studien zum Delir, die von Kolanowski anmoderiert werden. Sie beschreibt, dass 89% aller Personen mit Demenz, die ins Krankenhaus kommen, während ihres Aufenthaltes an einem Delir leiden. Ein auf die Demenz aufsattelndes Delir ist klinisch schwer zu identifizieren, wenn das Ausgangsniveau von Verwirrtheit vor Beginn des Delirs nicht bekannt ist. Alle Schlüsselkonzepte wie eingeschränkte Aufmerksamkeit, Wachheit sowie verschlechterte motorische Funktionen finden sich auch bei anderen Erkrankungen, z.B. der Lewy Body Demenz. Gefragt ist demnach: welche Art von Aufmerksamkeit (selektiv, anhaltend, geteilt) sollte bei welcher Art und Schwere der Demenz welche spezifischen Veränderungen zeigen, die indikativ für ein Delir sind?

Vorhandene Leitlinien für Delir sparen den Umgang mit delirösen dementen Patienten häufig aus, obgleich diese am meisten gefährdet sind. Medikamentöse Möglichkeiten werden zumeist beschrieben unter Vernachlässigung der erheblichen Risiken ihres Einsatzes und unter Ausblendung ihrer oft fragwürdigen Effektivität. Erst vereinzelt werden nicht-pharmakologischen Möglichkeiten mehr Aufmerksamkeit gewidmet. Ihnen kommt als ‚gebündelte Interventionen‘ besondere Bedeutsamkeit für die Prävention eines Delirs zu, z.B. kognitiv stimulierende und sensorisch anregende Interventionen.

Vgl.: Teodorczuk, A., MacLulich, A. (2018). New waves of delirium understanding. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 33(11), 1417-1419

Auch diese Ausgabe wendet sich schwerpunktmässig dem Delir zu. Während zu Anfang des 20. Jahrhunderts bis in die 1980 Jahre dem Delir kaum Aufmerksamkeit gezollt wurde, ist seit den 1980 Jahren eine zunehmende Welle von Forschungen zur Epidemiologie und zu Assessmentinstrumenten zu beobachten. Ab den 2000 Jahren wird anerkannt, dass das Delir nicht nur ein reversibles, sondern ein bis zu 6 Monate

---

persistierendes Problem darstellen kann, besonders im höheren Alter. Es entstehen neue internationale Forschungsverbände, Leitlinien, Standards und Protokolle zur Risikoreduktion. Das Delir wird heute als Ausfall system-integrierender Hirnfunktionen verstanden, Gemeinsamkeiten zwischen Demenz und Delir werden diskutiert (gemeinsame Ätiologie?) und die Bedeutung des Merkmals ‚Aufmerksamkeit‘ im Verhältnis zu anderen neuropsychologischen Funktionen wird kontrovers erörtert. Ziel sollte die Akzeptanz des Delirs als bedeutsames, eigenständiges Syndrom in der klinischen Praxis sein: Delir ist ‚core business‘ und nicht nur ein störender Begleitfaktor, besonders in der Notaufnahme von älteren Personen.

---

### **(3) Spaziergänge stabilisieren die soziale Identität von Personen mit Demenz und von Angehörigen**

**Ziel/Hintergrund:** Beständiges Laufen von Menschen mit Demenz wird unter dem Konzept des ‚Wanderns‘ kontrovers diskutiert. Einerseits gilt es als Symptom mit z.T. die Person gefährdenden Ergebnissen (Weg- und Verlaufen und Verlorengehen), andererseits als Ressource der Person (eine der wenigen verbliebenen Möglichkeiten, Stress abzubauen). Mit anderen Personen mit Demenz zusammen zu laufen kann soziale Zugehörigkeit und Gemeinschaft befördern und das Selbstwertgefühl stärken. Vorliegende Studie geht der Frage nach, welche Rolle dem Laufen und Spazierengehen seitens der pflegenden Angehörigen zukommt und was dies für sie selbst, die Person mit Demenz aber auch für ihre Beziehung zum sozialen Umfeld bedeutet.

**Methoden:** Die kanadische Studie nutzt einen breiten Methodenmix von Interviews, Fotografie und Abbildung sozialer Netzwerke. Sechs Teilnehmende wurden im Rahmen nachbarschaftlich-niedrigschwelliger Netzwerke gewonnen. Interviews fanden in der eigenen Häuslichkeit sowie während Spaziergängen statt. Dabei wurden Routen aufgezeichnet und Fotos gemacht. In weiteren Interviews ging man der Bedeutung dieser Gänge für pflegende Angehörige nach.

**Resultate:** Folgende Bedeutungsebenen konnten erarbeitet werden:

Paarbeziehung: gemeinsam spazieren zu gehen hat die Funktion, die Beziehung zu verbessern, zu erhalten und Spannungen abzubauen. Angehörige nutzen die Metapher: den Deckel vom Kochtopf nehmen. Zudem verbringt man eine gemeinsame Zeit miteinander und gewinnt dadurch wieder eine Balance in der Beziehung zueinander.

Soziales: während dieser Gänge werden diverse Kontakte gepflegt – man geht nicht nur, weil man ein soziales Wesen ist, sondern weil man geht wird man zum sozialen Wesen. Kontakte zu Nachbarn, erinnerungsträchtigen Orten sowie weiteren Personen werden aufgenommen ohne Verpflichtungscharakter. Auch die Person mit Demenz erkennt Personen wieder. Beide werden als ‚Paar‘ von der Nachbarschaft wahrgenommen. Damit wird der ‚Unsichtbarkeit‘ von Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen entgegengewirkt.

Umgebung: Das Wiedererleben und Wiedererkennen von Straßen, Orten, Geschäften, Natur und Wanderwegen vermittelt der Person mit Demenz mitunter Vertrautheit und

---

Orientierung. Das gemeinsame Wiederherstellen einer ‚äußeren Landkarte‘ scheint auch die ‚innere Landkarte‘ ein wenig wiederherzustellen, auch in der Beziehung zueinander.

Alleine Wege gehen: alleine Wege zu gehen wird von Angehörigen als erholsam, als identitätsstärkend erlebt. Angehörige beschreiben dies mit einem ‚Miniurlaub‘, als Kurzzeit für sich selbst. Bekannte Routen alleine zu gehen wirkt sich auch erholsam und stärkend auf Personen mit Demenz aus. Technische Hilfen erleichtern es Personen mit Demenz, eigenständig unterwegs zu sein. Trotz bestehender Ängste unterstützen die Angehörigen dies solange es irgendwie geht.

**Diskussion:** Gemeinsam oder allein unterwegs zu sein offenbart vielerlei Bedeutungsebenen für Personen mit Demenz und ihre Angehörigen. Soziale Identität, eigene Erholung, sich als Paar wieder auszubalancieren, ohne Einschränkungen frei unterwegs zu sein stellen einige dieser Bedeutungsebenen dar. Persönliche und soziale Rollen sind eng mit dem Laufen in sozialer Nachbarschaft verbunden („social citizenship“). Spaziergänge könnte man als eine Mikro-Ebene beschreiben, auf der die Spannungen des Zusammenlebens mit Demenz ausgetragen und geregelt werden. Dies gilt nicht nur für die Person mit Demenz und die Angehörigen, sondern auch für das soziale Umfeld, welche das Paar erlebt, darauf reagiert und die sozialen Anteile der eigenen Identität stabilisiert.

**Quelle:** Silverman, M. (2019). ‚We have different routes for different reasons‘: Exploring the purpose of walks for carers of people with dementia. *Dementia* 18(2), 630-643

**Schlagworte:** Wandering, Angehörige, Nachbarschaft

Vgl.: Adekoya, A., Guse, L. (2019). Wandering Behavior from the perspectives of older adults with mild to moderate dementia in Long-Term Care. *Research in Gerontological Nursing*, doi: 10.3928/19404921-20190522-01

Die Studie befasst sich mit der Frage, wie Menschen mit milder und moderater Demenz ihr Umhergehen bewerten. 8 gezielt ausgesuchte Personen mit ‚Wanderverhalten‘ wurden während des Umhergehens befragt und beobachtet. Die Bewohner\*innen waren erst kürzlich in Langzeiteinrichtungen der Pflege aufgenommen worden und sind



---

zuvor gerne spazieren gegangen. Die meisten Teilnehmenden konnten sich gut äußern und beschrieben konventionelle Gründe für ihr Umhergehen: sie gingen gerne umher, es sei gut für die Gesundheit, man wolle aus der Einrichtung herauskommen und am öffentlichen Leben teilhaben. Einige Personen berichteten, sie wollen Frau und Kinder besuchen und nach Hause gehen, man könne beim Umhergehen Menschen kennenlernen und sich unterhalten. Bei einigen wurde deutlich, dass sie sich angesichts sehr kranker Mitbewohner eher unwohl fühlten und der Geräuschpegel sowie die Dichte im Zusammenleben („crowding“) das Umherlaufen antreibe. Insgesamt konnten klare Ziele und Motive ermittelt werden und erwies sich das Verhalten als bewusst gesteuert („intentional“). Einschränkend räumen die Autoren ein, dass Menschen mit schwerer ausgeprägter Demenz nicht erfasst wurden und damit die Perspektive von Menschen mit „exzessiven Wandern“ nicht in den Blick kommen konnte.

---

#### **(4) Sinnvolle soziale Aktivitäten sind am ehesten geeignet, zielloses Wandern zu reduzieren**

**Ziel/Hintergrund:** Exzessives Umhergehen von Menschen mit Demenz wird häufig mit ‚Wandern‘ beschrieben. Obwohl die Unterscheidung vom Umher- oder Spaziergehen umstritten ist, wird damit ein häufig auftretendes, sich wiederholendes, zumeist zielloses Umhergehen bei zugleich vorliegender zeitlicher und örtlicher Desorientierung gemeint, oft einhergehend mit einem schlurfenden, leicht vorn über gebeugtem, trippelndem Gangbild. Dieses Verhalten tritt oft zur Unzeit auf (z.B. in der Nacht) und kann zur Folge haben, sich übermäßig zu erschöpfen, an Gewicht zu verlieren, zu stürzen, nicht genügend Schlaf zu bekommen, sich zu verlaufen, in die Zimmer anderer Personen oder in mit Gefahr verbundene Räumlichkeiten einzudringen. Der Begriff ist schwer abzugrenzen von den Begriffen wie z.B. Rastlosigkeit, Agitiertheit, Hyperaktivität, Akathisie (Sitz- und Stehruhe) bzw. motorische Unruhe. Pharmakologische Interventionen weisen mehr Schäden als Nutzen auf und Barrieren wie geschlossene Türen oder Fixierungen sind nur unter sehr speziellen Bedingungen zu rechtfertigen. Gesucht werden niedrighschwellige Interventionen, die das Verhalten günstig beeinflussen bzw. helfen, die Gefahren zu mindern. Vorliegende Studie geht über die bisherigen Literaturanalysen insoweit hinaus, als dass auch Forschungen mit fragwürdiger Evidenz auf ihr Potential für Interventionen untersucht werden. Zudem wird der Schwerpunkt auf Möglichkeiten im häuslichen Milieu gelegt, wogegen die meisten Studien eher Probanden aus der Langzeitpflege im Blick hatten.

**Methoden:** Beschrieben werden die thematischen Schwerpunkte sowie die erwünschten Ergebnisse der gesuchten Literatur, die Suchstrategie, die Methode der Literaturbewertung sowie die Datensynthese.

**Resultate:** Insgesamt konnten 11 Studien herangezogen werden. Die Ergebnisse werden nach Art der Intervention unterschieden: aktivitäts- und stimulationsbasierte Interventionen, Interventionen für sicheres Umhergehen sowie gezielte Veränderungen der unmittelbaren Umgebung.

*Aktivitäts- und stimulationsorientierte Interventionen:* Musik oder das Ausmalen reduzierten in der Tagespflege das Aufstehen um 95%. Dies zeigt, dass Personen bei adäquater Stimulation möglicherweise das Umherwandern unterbrechen können.

---

Ähnliche Ergebnisse konnten für gruppenbezogene Aktivitäten verschiedener Art aufgezeigt werden, nicht aber für physische bzw. sportliche Aktivitäten ohne den ausgesprochen sozialen Aspekt. Aromatherapeutische Möglichkeiten zeigten keine Auswirkungen auf das Wanderverhalten.

Interventionen für das sichere Umhergehen: Auf der Grundlage vorhandener Lebensgewohnheiten und Routinen geben Sensoren pflegenden Angehörigen oder Professionellen Hinweise auf markante Abweichungen. Vorhandene Studien belegen eine teilweise Wirksamkeit, besonders aber für Abweichungen in der Nacht. Erste Hinweise lassen den Schluss zu, dass technische Hilfen, welche den Personen und ihren Bedürfnissen gut angepasst sind, hilfreich sein können, um nächtliches Verlassen der Wohnung zu verhindern. Vorliegende Forschungen zu GPS-Tracking-Systemen fallen widersprüchlich aus: insbesondere Menschen mit Demenz lehnen es zum Teil ab, auf diese Weise auffindbar zu sein.

Veränderung der Umgebung: Einige Studien untersuchen visuelle Barrieren wie mit Tüchern verdeckte Ausgangstüren oder andere visuelle Barrieren an Türen (Flutterband). Diese Methoden wiesen eine hohe Wirksamkeit auf mit einer 95% Wirksamkeit. Ähnlich wirksam erwiesen sich auditive Alarmsysteme, wenn fragliche Person den Bereich verließ: anhand des Alarmtones lernte die fragliche Person, den Bereich wesentlich seltener unbegleitet zu verlassen.

**Diskussion:** Insgesamt beurteilen die Autoren die Qualität der untersuchten Studien als unzureichend. Die zentrale Aufgabe besteht darin, bedeutsame und erfreuliche Aktivitäten mit einer starken sozialen Komponente anzubieten. Auf diesem Gebiet scheint – wenn überhaupt – das unerfüllte Bedürfnis zu liegen, das dem Verhalten zugrunde liegt. Visuelle Barrieren und technologische versprechen am ehesten, unerwünschte und schädliche Folgen des Wanderns in Grenzen zu halten. Bei Letzteren schlagen aber mögliche Kosten erschwerend zu Buche. Es sei daher wichtig, ein Assessment zu entwickeln, welches erlaubt, diejenigen Personen, die von technischen Hilfen profitieren könnten, auch verlässlich zu identifizieren. Bislang vorhandene Assessment seien eher für Forschungszwecke gedacht und weniger für praktische Problemlösungen zu gebrauchen.

---

**Quelle:** MacAndrew, M., Brooks, D., Beattie, E. (2019). NonPharmacological interventions for managing wandering in the community: A narrative review of the evidence base. *Health and Social Care in the Community*, 27, 306-319

**Schlagnworte:** Wandern, häusliche Pflege, Interventionen

Vgl.: Megges, H., Freiesleben, S., Rösch, C., Knoll, N., Wessel, L., Peter, O. (2018). User experience and clinical effectiveness with two wearable global positioning system devices in home dementia care. *Alzheimer's & Dementia: Translational Research & Clinical Interventions*, 4, 636-644

Die Studie beschreibt die Erfahrungen, die Menschen mit Demenz und ihre Angehörige mit zwei unterschiedlichen GPS-Tracking-Uhren gemacht haben. Jedes Produkt wurde nach ausführlicher Anleitung von 17 Personen mit Demenz und Angehörigen vier Wochen lang getestet. Menschen mit Demenz und Angehörige entschieden sich für jeweils unterschiedliche Produkte. Nach 4 Wochen nahm das Interesse an den Uhren ab. Die Erwartungen an die Geräte wurden nicht vollständig erfüllt, dennoch erwiesen sich die Nutzer nicht unzufrieden. Ein klinischer Nutzen war nicht vorhanden. Die Autoren vermuten: die Geräte sind nicht spezifisch für Menschen mit Demenz entworfen worden. Abschließend entwickeln die Autoren einige Vorschläge zur Produktverbesserung.

---

## **(5) Psychosoziale Interventionen weisen positive Effekte auf besonders dann, wenn sie mit sozialen Erfahrungen verbunden sind**

**Ziel/Hintergrund:** In den letzten Jahren sind mehrere systematische Literaturanalysen zu psychosozialen Interventionen für Menschen mit Demenz erschienen, die oft zu unterschiedlichen Ergebnissen kommen. Vorliegende Arbeit fasst diese Analysen zusammen (Synthese aller Analysen). Die Leitfrage lautet: welche psychosozialen Interventionen weisen genügend Evidenz auf um zu belegen, dass sie das Wohlbefinden von Menschen mit Demenz erhalten oder verbessern?

b Unter psychosozialen Interventionen werden körperliche, kognitive oder soziale Aktivitäten zusammengefasst, welche Funktionen, interpersonale Beziehungen und Wohlbefinden erhalten und/oder verbessern. Beschrieben wird die Suchstrategie, der erfasste Zeitraum (2002-2016), die Einschluss- und Ausschlusskriterien, die Bewertung der Qualität der Studien sowie die Datenanalyse und Synthese.

**Resultate:** Insgesamt entsprachen 22 Literaturanalysen den gesetzten Kriterien. Die Ergebnisse werden unter sieben Rubriken zusammengefasst:

*Ergebnisse Körperlich:* Körperliche Übungen wirken sich positiv aus auf die Gehgeschwindigkeit, Gleichgewicht und reduziertes Sturzrisiko. Die Effekte sind eher gering.

*Ergebnisse kognitiv:* körperliche Übungen weisen mittlere bis starke Effekte auf kognitive Funktionen auf. Besonders günstig ist die Kombination von körperlichen und kognitiven Übungen auf kognitive Ergebnisse. Rein kognitive Übungen weisen Effekte auf, fallen aber weniger stark aus. Übungen in der Gruppe erweisen sich wirksamer als computer-basierte Interventionen.

*Ergebnisse Stimmung:* Kognitive Übungen haben geringe bis keine Auswirkungen auf die Stimmung (Ängste und Depressivität). Die Wirkung sozialer Interventionen ist schlecht zu beurteilen, da es sich um komplexe Interventionen mit verschiedenen Inhalten handelt, die kaum zusammenfassend beurteilt werden können. Evidenzen für Effekte liegen vor für individuelle Psychotherapie (Verhaltenstherapie) und Erinnerungstherapie.

*Ergebnisse Verhalten:* Individualisierte erfreuliche Aktivitäten, oft in sozialen Zusammenhängen, reduzieren Agitiertheit. Darunter sind Gruppenaktivitäten, musische

---

Interventionen und therapeutische Berührungen zu verstehen. Über die Wirkungsdauer dieser Interventionen gibt es geringe Erkenntnisse – in der Regel verflüchtigt sich der Effekt schnell nach Beendigung der Aktivität.

Effekte Aktivitäten des täglichen Lebens: Körperliche Übungen verbessern die Aktivitäten. Da Art und Schwere der Demenz nur geringfügig dargestellt werden, ist dieser Effekt mit Vorsicht zu interpretieren. In der Regel geht: Je länger und je regelmäßiger, desto stärker der Effekt.

Effekte soziale Interaktion: Soziale Interaktion ohne weitere Spezifizierung weist moderate Effekte auf.

Effekte Lebensqualität: Körperliche Übungen wirken sich nicht auf bekundete Lebensqualität aus, wohl aber kognitive Stimulation sowie individuell zugeschnittene Aktivitäten, wenn sie von einem geschulten Ergotherapeuten angeboten werden.

**Diskussion:** Spezifische Interventionen mit mehreren Komponenten, die sowohl körperliche wie kognitive Elemente haben, weisen erkennbar positive Effekte auf. Ob sie in der Gruppe oder in der eigenen Häuslichkeit durchgeführt werden macht keinen Unterschied. Je häufiger und regelmäßiger sie durchgeführt werden, desto größer ist die Wirkung. Aktivitäten, die Menschen in Interaktion und Kommunikation zusammenbringen, wirken sich am ehesten auf Stimmung und Lebensqualität aus. Zusammenfassend kommentieren die Autoren: in vielen Studien wird nicht genügend nach Art und Schwere der Demenz im Zusammenhang mit psychosozialen Interventionen differenziert. Auch die jeweilige Örtlichkeit findet nur ungenügende Beachtung. Da viel Interventionen komplex, also mehrschichtig angelegt sind, bleibt es häufig offen, welche dieser Komponenten wirksam ist und warum. Weiterhin sollte die Bedeutsamkeit adäquater Unterweisung (Training, Fortbildung) und Implementierung für den Effekt einer Intervention nicht unterschätzt werden. Viele positive Effekte der Interventionen sind auf das soziale Element, die Erfahrung von Gemeinschaft und Zugehörigkeit, zurückzuführen.

**Quelle:** McDermott, O., Charlesworth, G., Hogervorst, E., Stoner, C., Moniz-Cook, E., Spector, A., Csipke, E., Orrell, M. (2019). Psychosocial interventions for people with dementia: a synthesis of systematic reviews. *Aging & Mental Health*, 23(4), 393-403

**Schlagnworte:** Demenz, Psychosozial, systematic review

---

## **(6) Schmerzen zusammen mit Einschränkungen in Alltagsaktivitäten führen zu bzw. verschlimmern die Depression**

**Ziel/Hintergrund:** 50% aller Menschen jenseits des 65 Lebensjahres beklagen chronische Schmerzen. Schmerzen gehen mit zunehmender Depressivität und Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens einher. Dies betrifft auch Menschen mit schweren, oft behandlungsresistenten psychischen Erkrankungen wie Schizophrenie, schizoaffektive Störung, bipolare und unipolare Depression. Diese Erkrankungen erschweren es, Schmerzen zu identifizieren und zu benennen. Substanzenmißbrauch, Armut, unzureichende Pflege und geringe Nutzung von Gesundheitsdiensten tragen dazu bei, dass Schmerzthemen bei dieser Patientengruppe übersehen bzw. zu wenig beachtet werden. Die Studie geht der Frage nach, ob schmerzbedingte Einschränkung in den Aktivitäten eine vermittelnde bzw. herstellende Größe (Mediatorvariable) zwischen Schmerzintensität und Depressivität darstellen, d.h. ob Schmerzen nur dann zur Depressivität beitragen oder zu ihr führen, wenn aufgrund der Schmerzen die täglichen Aktivitäten eingeschränkt werden müssen.

**Methoden:** An der Querschnittsstudie nahmen 183 Personen aus England teil, die 50 Jahre und älter waren, an den beschriebenen Krankheitsbildern litten, funktionell eingeschränkt waren, in der eigenen Wohnung leben, keine Demenz und Abhängigkeitserkrankung aufweisen. Erhoben wurden Daten zur Schmerzintensität, zu schmerzbedingter Einschränkung in den Aktivitäten, zur Depressivität. Beschrieben wird die Datenanalyse.

**Resultate:** Je grösser die Schmerzintensität, desto erheblicher die Einschränkungen in den Aktivitäten. Je höher die Einschränkungen in den Aktivitäten, desto höher fielen die Anzahl depressiver Symptome aus. Rechnet man den Einfluss der Aktivitätseinschränkung ‚heraus‘, dann ergab sich kein direkter Zusammenhang zwischen Schmerz und Depressivität.

**Diskussion:** Schmerzen führen zur oder verschlimmern die Depressivität über den Faktor Aktivitätseinschränkungen, besonders in Bezug auf arbeits- und haushaltsbezogene Aktivitäten. Aus der Literatur ist bekannt, dass Menschen sich besser an chronische Schmerzen anpassen können und weniger subklinisch

---

Depressionen zeigen, wenn sie die Schmerzen gut managen und Alltagsaktivitäten gut bewältigen können. Die Ergebnisse dieser Studie unterstreichen die Bedeutsamkeit einer guten Schmerzbehandlung sowie eines Alltagstrainings bei Menschen mit schwerer, behandlungsresistenter psychischer Erkrankung. Neben einer medikamentösen Therapie werden genannt: Physische Aktivität, Übungen zur ‚mindfulness‘, zur Selbstwirksamkeit und zur sozialen Unterstützung.

**Quelle:** Brooks, J., Polenick, C., et al (2019). Pain intensity, depressive symptoms, and functional limitations among older adults with serious mental illness. *Aging and Mental Health*, 23(4), 470-474

**Schlagnworte:** Depression, Schmerzen, Aktivitäten

**Vgl.:** Hanssen, D., Lucassen, P. et al (2018). Pain characteristics of older persons with medically unexplained symptoms, older persons with medically explained symptoms and older persons with depression. *Aging & Mental Health*, 22(12), 1642-1649

In der Studie werden Merkmale chronischer Schmerzen in drei Patientengruppen miteinander verglichen: Ältere Personen mit medizinisch unerklärten Symptomen, mit medizinisch erklärten Symptomen und Menschen mit einer schweren Depression.

Hierzu werden die Daten zweier niederländischen Studien kombiniert.

Ältere Personen mit unerklärten Symptomen sind vergleichsweise jünger, eher weiblich, Personen mit erklärten Symptomen eher männlich. Menschen mit schwerer Depression weisen die meisten und schwersten depressiven Symptome auf, gefolgt von Menschen mit unerklärten Symptomen. Letztere weisen erheblich mehr depressive Symptome auf als Menschen mit erklärten Symptomen. Chronische Schmerzen waren in der ‚unerklärten Gruppe‘ am höchsten (2/3), etwa doppelt so häufig wie in der ‚erklärten Gruppe‘.

Charakteristisch für die ‚unerklärte Gruppe‘ waren: eine höhere selbst-ingeschätzte Schwere der Leiden sowie eine psychiatrische Beeinträchtigung (z.B. somatoforme Störung, Hypochondrie). Menschen mit unerklärten chronischen Schmerzen gleichen sich in Schmerzintensität, Anzahl der Schmerzen und den daraus folgenden Beeinträchtigungen. Dies könnte auf ähnliche Zusammenhänge im Schmerzempfinden von älteren Menschen mit Depression und Menschen mit unerklärten



---

Schmerzsymptomen hinweisen. Auffällig ist, dass ältere Menschen mit ‚unerklärten Schmerzsymptomen‘ die Intensität der Schmerzen dadurch benennen, dass sie mehr Schmerzorte sowie mehr schmerzbedingte Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens bekunden, nicht aber durch eine Verschlimmerung des Schmerzempfindens selbst.

Die Autoren ziehen daraus den Schluss, dass ältere Menschen mit unerklärten Schmerzsymptomen, die sich über eine Zunahme von Schmerzorten und dadurch bedingte Einschränkungen im täglichen Leben beklagen, einer psychiatrischen Behandlung zugeführt werden sollten.

---

## **(7) Existenzielle Einsamkeit im Alter bedeutet, mit nichts und keinem mehr in Verbindung zu sein**

**Ziel/Hintergrund:** Alte Menschen am Lebensende haben das Bedürfnis über existenzielle Anliegen zu reden. Allerdings erleben Angehörige und professionelle Mitarbeiter eben dies als besonders belastend und vermeiden eher existenziellen Kontakt. Leiden die Personen zudem an Gebrechlichkeit und Abhängigkeit, dann bleiben sie mit ihren Themen oft allein und erleben existenzielle Einsamkeit, verstanden als Sehnsucht nach Nähe, Berührung und menschlicher Gemeinschaft sowie einem Gefühl, unüberbrückbar verloren und unerreichbar (geworden) zu sein. Während soziale Isolation objektiv zu messen ist (Anzahl und Dauer der Kontakte), meint Einsamkeit ein subjektives Gefühl der Unzufriedenheit mit vorhandenen sozialen Beziehungen. Vorliegende Studie geht der Frage nach, wie alte abhängige und gebrechliche Menschen ihr Gefühl existenzieller Einsamkeit beschreiben.

**Methoden:** Es handelt sich um eine beschreibende Studie. 12 Männer und 11 Frauen wurden interviewt, die älter als 75 Jahre an Gebrechlichkeit litten und fähig und willens waren, sich zu diesem Thema zu äußern. Personen in verschiedenen Lebenslagen wurden befragt: stationäre Pflege, eigene Häuslichkeit, Krankenhaus und palliative Pflege. Interviews und qualitative Datenanalyse werden beschrieben.

**Resultate:** Die Ergebnisse werden unter vier, eng miteinander verwobenen Rubriken präsentiert.

**Gefangen sein im gebrechlichen Körper:** Ohne Professionelle oder Angehörige wird die Ortsveränderung schwierig mit der Folge, zumeist allein im Haus zu bleiben. Hinzukommen Seh- und Hörverluste und mangelnde Möglichkeiten und Energie, andere Menschen zu besuchen oder kennenzulernen. Es stellt sich das Gefühl ein, nur noch eine nutzlose Last für andere zu sein.

**Gleichgültigkeit:** Diese Situation wird von der Erfahrung gepaart, weniger einbezogen bzw. ignoriert zu werden – sowohl seitens Angehöriger wie auch Professioneller. Zunehmend entscheiden andere, ohne die Person miteinzubeziehen. Es wird über einen gesprochen, wie wenn man nicht zugegen wäre. Nicht nur Respektlosigkeit, sondern auch eine übertriebene Fröhlichkeit signalisiere einem, dass man nicht mehr ernst genommen werde. Man fühle sich wertlos und unsichtbar.

---

Keiner ist da, um das Leben zu teilen: Es gibt keinen mehr, der sich für die eigenen Gedanken, Erinnerungen, Gefühle, Meinungen wirklich interessiert. Man vermisse auch sehr den körperlichen Kontakt zu einem anderen Menschen. Es scheine dann, als habe man mit den einen umgebenden Menschen keine gemeinsame Basis mehr, nichts, das man teilen könnte. In diesem Kontext entsteht der Wunsch, nicht mehr weiterleben zu müssen. Umgeben von Menschen, die um ihre eigenen Interessen kreisen ohne jegliche Verbindung zu einem selbst löse das Gefühl aus, noch nie im Leben so einsam und verloren gewesen zu sein wie jetzt. So wolle man z.B. persönlich wertvolle Dinge (z.B. Fotoalben) an die Nachkommen weitergeben, die aber keiner haben wolle.

Ohne Sinn und Bedeutung: Man gehöre nun nicht mehr dazu und sei in einem Vakuum gelandet, einem Warteraum des Todes. Man langweile sich durch den Tag oder aber müsse ‚Aktivierungen‘ ertragen, die einen nicht interessierten, die man aber hinnehme um den Tag irgendwie ‚rum zu kriegen‘. Zuweilen würde man sich streiten oft nur deswegen, damit man etwas fühlen könne. Dagegen: käme mal etwas Unerwartetes und Überraschendes, dann wären die Lebensgeister wieder schnell geweckt.

**Diskussion:** Alte Menschen in gebrechlicher Abhängigkeit erleben sich in dieser Auswahl an den Rand gedrängt und mit Menschen und dem Leben unverbunden. Der Leib ist kein belebter, kommunizierender und mit anderen verbundener Leib, sondern nur noch (schmerzlicher, schwacher) Körper. Es bedarf des Einsatzes eines anderen, interessierten Menschen, um den Körper wieder zum ‚lebendigen Leib‘ zu machen. Man ist nicht mehr in der Lage, sich gute Pflege auszusuchen, sondern muss es nehmen ‚wie sie es einem bieten‘. Zunehmend wird es schwierig, sich in dieser Situation auszuhalten. Kurz erwähnen die Autoren Möglichkeiten, in der Pflege über positive körperliche Erfahrungen eine erneute Leiberfahrung zu vermitteln. Offen bleibt, wer sich für das Innenleben der gebrechlichen Personen ernsthaft interessieren könnte.

**Quelle:** Sjöberg, M., Beck, I., Rasmussen, B., Edberg, A.-K. (2018). Being disconnected from life: meanings of existential loneliness as narrated by frail older people. *Aging & Mental Health*, 22(10), 1357-1364

**Schlagworte:** Einsamkeit, frailty, Körper

---

Vgl.: Gale, C., Westbury, L., Cooper, C. (2018). Social isolation and loneliness as risk factors for the progression of frailty: the English Longitudinal Study of Ageing. *Age and Ageing*, 47, 392-397

Die Studie geht der Frage nach, ob Einsamkeit oder soziale Isolation mit einem Voranschreiten der Gebrechlichkeit einhergeht. Die englische Langzeitstudie umfasst 6183 Personen. Wenn Menschen im hochgradigen Ausmaß einsam sind, dann weisen sie 4 Jahre später eine höhere Wahrscheinlichkeit auf, gebrechlich oder im Vorstadium der Gebrechlichkeit zu sein. Soziale Isolation erhöht nur bei Männern die Wahrscheinlichkeit erhöhter Gebrechlichkeit. In beiden Fällen wird vermutet, dass verringerte Kontakte oder Einsamkeit zu weniger physischer Aktivität, Bewegung und damit zu Muskelschwund (Sarkopenie) führen. Alte Menschen, die einsam oder soziale isoliert sind, weisen vergleichsweise weniger Bildung, ein geringeres Einkommen, mehr depressive Symptome und mehr chronische körperliche Erkrankungen auf. Die Kausalbeziehung erweist sich als zweigleisig: vermehrte Gebrechlichkeit führt zu mehr Einsamkeit und umgekehrt: wer einsam wird zeigt eher Anzeichen der Gebrechlichkeit.

---

## **(8) Angsterkrankungen und Depressivität entwickeln sich für Männer und Frauen im hohen Alter unterschiedlich**

**Ziel/Hintergrund:** Symptome von Angst und Depressivität verbleiben im Alter häufig unterhalb der Diagnoseschwelle, sind aber für die Betroffenen außerordentlich belastend. Diese Symptome chronifizieren sich im Alter vergleichsweise mehr, beeinträchtigen die Lebensqualität und werden oft mit beginnender Demenz (Vorläufersymptome) in Verbindung gebracht. Vorliegende Studie untersucht, wie sich über 6 Jahre hinweg Symptome von Angst und Depressivität entwickeln, ausgehend von einer Personengruppe, die eingangs keine kognitiven Symptome aufwies. Weiterhin werden Zusammenhänge mit biologischen Risikofaktoren wie Amyloid-Ablagerungen, genetischen Besonderheiten wie APOE e4 (geht mit einem vermehrten Risiko für Alzheimer-Demenz einher) und dem Val66Met Polymorphismus (genetische Variante des Nervenwachstumsfaktors BDNF: geht mit Veränderungen von Hirnfunktionen, insbesondere in den Bereichen Gedächtnis, abstraktes Denken sowie Abnahme der grauen Substanz einher\*), aber auch mit weiteren kognitiven Faktoren wie Exekutivfunktionen und Aufmerksamkeit untersucht.

**Methoden:** 423 Personen konnten für die Studie gewonnen werden. Personen mit bereits bestehenden psychischen oder neurologischen Erkrankungen wurden nicht einbezogen. Nach einer Erstuntersuchung wurden sie über 6 Jahre hinweg mehrfach einer umfassenden Diagnostik zugeführt. (Erstuntersuchung, dann nach 1.5, 3, 4.5, 6 Jahren) Verschiedene Verlaufsmodelle wurden bezüglich ihrer Passung zu den Daten überprüft.

**Resultate:** Die Daten passen am besten zu einer Einteilung in zwei Klassen für beide Gruppen: Angsterkrankungen und Depressionen. In der ersten Gruppe herrschten eher geringe Symptome vor, die über die ganze Zeit relativ stabil blieben und eher leicht abnahmen. (Niedriggruppe Depression) In der zweiten Gruppe zeigten sich bereits eingangs erhöhte Werte für Depressivität, die hoch blieben oder sogar stiegen. (Hochgruppe Depression) Eine ähnlich verlaufende, aber deutlicher akzentuierte Entwicklung zeigte sich für Angstsymptome. Eine Überschneidung von depressiven und

---

angstbedingten Symptomen konnte nur bei einer kleinen Anzahl von Personen festgestellt werden.

Für die Hochgruppe mit depressiven Symptomen (18%) ergaben sich folgende Zusammenhänge: es fanden sich hier eher männliche, vergleichsweise ältere Personen mit Einschränkungen in Exekutivfunktionen und Aufmerksamkeit wieder, oder aber Frauen, die vermehrt den Val66Met Polymorphismus aufwiesen.

Für die Hochgruppe mit Angstsymptomen (17%) ergaben sich folgende Zusammenhänge: es fanden sich hier vermehrt Personen mit der genetischen Besonderheit APOE e4 bei Männern und verringerte Exekutivfunktionen bei Frauen.

**Diskussion:** Die Autoren stellen fest, dass es für Männer und Frauen unterschiedliche Risikoprofile für Depressivität und Angsterkrankungen in der Hochaltrigkeit gibt. Frauen, welche den Val66Met Polymorphismus besitzen, weisen stetig über längere Zeiträume hinweg ein hohes Niveau depressiver Symptome auf. Diese Zusammenhänge gelten für Männer nicht. Frauen mit diesem Genotyp sind besonders anfällig für sozialen Stress und einen damit einhergehenden hohen körpereigenen Cortisolspiegel. (Stresshormon)

Es ist bekannt, dass Aufmerksamkeitsstörungen mit verringerter Affektregulierung einhergehen. Neurowissenschaftliche Studien belegen einen Zusammenhang zwischen geringer Aufmerksamkeit (präfrontaler Kortex) und den Zentren für Affekte (Amygdala und mesolimbisches System). Zudem vermuten die Autoren, dass depressiv bedingtes Grübeln die Fähigkeit zur Aufmerksamkeit negativ beeinflusst. Daraus ergibt sich die klinische Empfehlung, medikamentös oder auch durch kognitive Rehabilitation die Aufmerksamkeit zu verbessern, das Grübeln zu reduzieren, um damit dem Klienten mehr Kontrolle über seine Affekte zu ermöglichen.

Personen mit APOE e4 wiesen vermehrt Angstsymptome auf. Es ist bekannt, dass Alzheimerpatienten mit diesem Genotyp stärkere Angstsymptome an den Tag legen. Dies lässt vermuten, dass schwere Angstsymptome das Risiko für kognitiven Niedergang (Demenz) erhöhen.

Für reduzierte Exekutivfunktionen gilt Vergleichbares wie für reduzierte Aufmerksamkeit: die Kontrolle über den Angstaffekt geht verloren. Auch in diesem Fall empfehlen die Autoren Strategien, das Grübeln (hier: das klassische ‚Sorgen‘ in der

---

generalisierten Angststörung) durch spezifische therapeutische Trainings zu reduzieren und damit die Kontrolle zu erhöhen.

Die Autoren streichen heraus, dass in dieser Studie zum ersten Mal biologische, kognitive und demographische (hier: Geschlecht) Faktoren im Rahmen einer Langzeituntersuchung zur Entwicklung depressiver und angstbezogener Symptome bei alten Menschen vorgestellt wurden.

**Quelle:** Holmes, S., Esterlis, I., Maruff, P., et al (2018). Trajectories of depressive and anxiety symptoms in older adults: a 6-year prospective cohort study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 33, 405-413

**Schlagworte:** Depression, Angsterkrankung, Langzeitentwicklung

\*BDNF: brain derived neurotrophic Faktor, deutsch: vom Gehirn stammender neurotropher Faktor – schützt existierende Neuronen und synaptische Verbindungen und fördert das Wachstum sowie die Verbindungen zwischen Synapsen. Ein Verlust oder eine Minderung dieses Faktors hängt mit der Verkleinerung des Hippocampus sowie anderer präfrontaler Strukturen des Gehirns zusammen. Häufig wird dies in Verbindung gebracht mit Depressivität, Schlafstörungen, übermäßigem Stress, Demenz vom Alzheimer-Typ.

Vgl.: Laird, K., Lavretsky, H., Cyr, N., Siddarth, P. (2018). Resilience predicts remission in antidepressant treatment of geriatric depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 33, 1596-1603

Depressionen im Alter verlaufen oft chronisch und sprechen auf Behandlungen häufig vergleichsweise schlechter an. Insbesondere Exekutivfunktionsstörungen und kognitive Einschränkungen gehen mit einer schlechten Prognose in der Behandlung einher. Resilienz ist die Fähigkeit, sich angesichts von Herausforderungen anzupassen. Dazu gehört Durchhaltekraft, problemlösende Strategien (Kontrolle), Bewältigungsstrategien für Stress (ich kann mich anpassen) und ein gewisser Glaube, dass Dinge aus einem verständlichen Grund geschehen und man die Umstände beeinflussen kann. Diverse Studien haben einen Zusammenhang von Resilienz und Depressivität im Alter nachgewiesen. Vorliegende Studie geht der Frage nach, welcher Aspekt der Resilienz mit besseren Behandlungserfolgen einhergeht.

---

143 Personen nahmen an der US-amerikanischen randomisiert kontrollierten Studie teil. Personen mit einer höheren selbsteingeschätzten Resilienz wiesen auch vermehrt eine weniger starke Depressivität und erwartungsgemäß auch einen besseren Behandlungserfolg auf. Der wichtigste Faktor, der einen Behandlungserfolg vorhersagte, war die Fähigkeit, sich anzupassen (Bewältigungsstrategien für Stress). Da man mit fortschreitendem Alter sich immer mehr Einschränkungen gut anpassen muss (z.B. mangelnder Schlaf, Schmerzen, kognitive Einschränkungen), ist diese Fähigkeit im Alter noch bedeutsamer als in anderen Lebensabschnitten. Ist diese Fähigkeit im hohen Masse vorhanden, ist die Wahrscheinlichkeit auch grösser, sich Verlusten anzupassen und auf Behandlungen gut zu reagieren.

Vgl.: Wielaard, I., Hoyer, M., et al (2018). Childhood abuse and late-life depression: Mediating effects of psychosocial factors for early- and late-onset depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 33, 537-545

Studien belegen einen Zusammenhang zwischen Missbrauch in der Kindheit und Depression im Alter selbst dann, wenn in den Jahren dazwischen die Person an keiner Depression gelitten hat. Oft sind es somatische Erkrankungen im Alter, die auf dem Hintergrund einer Missbrauchserfahrung in der Kindheit dann im Alter Depressionen auslösen.

Vorliegende Forschung untersucht, ob auch andere Faktoren wie z.B. Einsamkeit, Partnerverlust oder ein kleines soziales Netzwerk diese auslösende Funktion haben könnte. 499 Probanden nahmen an der niederländischen Studie teil. Kindlicher Missbrauch wurde retrospektiv in Interviews erfasst. Unter Missbrauch wurde verstanden: emotionale Vernachlässigung, psychologischer Missbrauch, physischer Missbrauch und sexueller Missbrauch.

Im Ergebnis zeigte sich, dass ein kleines soziales Netzwerk und Einsamkeit nur dann auch im Alter Depressionen auslösen, wenn diese Personen emotionale Vernachlässigung und psychologischen Missbrauch in der Kindheit erlitten und lebenslang an Depressionen gelitten haben. Die Autoren vermuten, dass eine lebenslang erlittene rezidivierende Depression auf dem Hintergrund eines Missbrauchs bereits zur Einsamkeit und einem geringen sozialen Netzwerk beigetragen haben und die Personen besonders für Depressionen im Alter anfällig machen.

Bei in der Kindheit missbrauchten Personen, die im Alter neu Depressionen erleiden, spielen Einsamkeit und kleines soziales Netzwerk keine bedeutsame auslösende Rolle.



---

Hier sind es in der Tat eher somatische Erkrankungen oder auch kognitiver Niedergang, welche diese vermittelnde Rolle spielen.

---

## **(9) Die Kombination von Depressivität, Schlafstörungen und Ängsten erhöht die Wahrscheinlichkeit, an Demenz zu erkranken**

**Ziel/Hintergrund:** Angst, Depressivität und Schlafstörungen werden häufig in Verbindung mit Demenz gebracht. Dabei ist umstritten, ob sie ein frühes Symptom beginnender Demenz darstellen, ein mitverursachender Faktor für die Demenzentstehung oder nur eine Folge der Demenz bilden. Weitgehend unbekannt scheint auch zu sein, ob diese drei Faktoren eng zusammenhängen und einen sich aufaddierenden Effekt ausmachen („syndemische Perspektive“)

**Methoden:** Die US-amerikanische Studie basiert auf Patientendaten von 34 Alzheimerzentren. Die Untersuchung basiert auf Personen, die bei der Erstuntersuchung keine symptomatische Demenz aufwiesen und sich in den Folgejahren weiteren (bis zu 10) Untersuchungen unterzogen. Beschrieben werden unterschiedliche Assessments, darunter auch Instrumente für die Erfassung zu Daten bezüglich Ängste, Depressivität und Schlafstörungen. Daten von insgesamt 12.053 Personen konnten hinzugezogen werden.

**Resultate:** Der Abstand von der Erst- bis zur Letztuntersuchung bestand maximal aus 3458, minimal aus 208 Tagen. Bei 361 Personen konnte im Laufe der Zeit eine Demenz diagnostiziert werden. Im Vergleich zeigten die von Demenz betroffenen Personen zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung deutlich höhere Werte für Ängste, Depressivität und Schlafstörungen in den letzten 2 Jahren (vor der Demenzdiagnose) auf. Eine Vorgeschichte rezidivierender Depressionen und lang bestehende Schlafstörungen erwiesen sich als bedeutsam für die Wahrscheinlichkeit, an Demenz zu erkranken. Ähnliches gilt auch für alle Kombinationsmöglichkeiten dieser drei Faktoren (additive Interaktionen), besonders aber für die Kombination Depression zusammen mit Schlafstörungen: eine dreifach höhere Wahrscheinlichkeit im Vergleich zu denen, die diese Kombination nicht aufweisen. Kommen verschiedene psychosoziale Faktoren zusammen, dann übersteigt das gemeinsame Risiko bei weitem die Addition der einzelnen Risiken, sprich: es ergibt sich ein sich potenzierender Effekt.

**Diskussion:** Unabhängig voneinander aber auch besonders in Kombination miteinander erhöht das Vorliegen genannter Faktoren die Wahrscheinlichkeit, an Alzheimer-Demenz

---

zu erkranken. Die Untersuchung lässt darauf schließen, dass vorliegende Symptome nicht nur als mögliche frühe Erstsymptome der Demenz in Betracht kommen - also Teil der Demenz bilden -, sondern auch als eigenständige, mitverursachende psychiatrische Verfassungen in Betracht kommen, welche die Wahrscheinlichkeit einer Demenzerkrankung erhöhen. Wer bereits im mittleren Erwachsenenalter an Schlafstörungen und depressiven Verfassungen leidet, ist in besonderem Masse gefährdet. Die klinische Relevanz der Studie besteht darin, Schlafstörungen und depressive Symptome so früh wie möglich zu identifizieren und wenn möglich zu behandeln.

**Quelle:** Burke, S., Cadet, T., Alcide, A., O'Driscoll, J., Maramaldi, P. (2018). Psychosocial risk factors and Alzheimer's disease: the associative effect of depression, sleep disturbance, and anxiety. *Aging & Mental Health*, 22(12), 1577-1584

**Schlagnworte:** Demenz, Depression, Schlafstörungen, Angsterkrankungen, Syndemie

Vgl.: Fung, A., Lee, J., Lee, A., Lam, L. (2018). Anxiety symptoms predicted decline in episodic memory in cognitively healthy older adults: A 3-years prospective study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 33, 748-754

Vorliegende chinesische Studie untersucht, wie sich das Vorliegen von Angstsymptomen auf die Wahrscheinlichkeit einer Demenzentwicklung auswirkt. Es handelt sich um eine vorausschauende („prospektiv“), 3-jährige Langzeitstudie mit 122 Personen über 60 Jahre, die zwar Angstsymptome, aber keine kognitiven Symptome aufweisen. Ihre Entwicklung wird verglichen mit einer Kontrollgruppe ohne Angstsymptome. Nach 3 Jahren zeigten die Teilnehmer mit anfänglichen Angstsymptomen vergleichsweise schlechtere Erinnerungsleistungen und Exekutivfunktionen (letztere im geringeren Umfang). Offen bleibt, ob es sich um unabhängig bestehende mitverursachende Faktoren handelt (Ängste erzeugen Demenz) oder ob die Ängste bereits erste Symptome der beginnenden Demenz bilden (Vorläufersymptome).

Im ersten Fall lautet die Hypothese: Ängste als eigenständiger Faktor könnten physiologische Mechanismen wie übermäßiges Cortisol, Herz-Kreislaufveränderungen, stille Entzündungsprozesse (Zytokine) sowie verringerte Nervenwachstumsfaktoren zur Folge haben, welche zusammen eine Demenzentwicklung begünstigen: Ängste erhöhen

---

die Neurotoxizität und die Ansammlung von B-Amyloid und neurofibrillösen Tangles – die typischen Anzeichen einer Alzheimer-Demenz.

Vgl.: Bendixen, A., Engedal, K., Selbaeck, G., Benth, J., Hartberg, C. (2019). Anxiety symptom levels are persistent in older adults with mental disorder: A 33-month follow-up study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 34, 601-608

Die norwegische Studie (3 Jahre) befasst sich mit der Langzeitentwicklung von Ängsten und Angsterkrankungen im Alter. Daten von 201 Patienten einer gerontopsychiatrischen Abteilung eines Krankenhauses konnten hinzugezogen werden. Es konnten 4 unterschiedliche Entwicklungsvarianten festgestellt werden: in einer Gruppe nahmen die Ängste deutlich zu, in der zweiten Gruppe blieben sie gleich, in der dritten deutlich ab, in der vierten Gruppe bleiben die Werte zu beiden Meßpunkten sehr hoch (29%). Insgesamt zeigte die überwiegende Mehrzahl der Patienten (73,7%) ein gleich hohes oder gleich niedriges, insgesamt aber gleichbleibend stabiles Niveau an Ängsten. Für viele Patienten blieben Antidepressiva und Anxiolytika ohne nachhaltige Wirkung. Eine deutliche Auswirkung auf kognitive Funktionen oder Sterblichkeit konnte dagegen nicht festgestellt werden. Die Ergebnisse dieser Studie sprechen eher gegen die Theorie, dass Ängste ein Vorläufersymptom der Demenz darstellen.

---

**(10) Hörschwäche bildet einen Risikofaktor für die Entwicklung von Psychosen unabhängig vom Alter.**

**Ziel/Hintergrund:** Hörbeeinträchtigungen gilt als einer der beeinflussbaren Faktoren für psychische Erkrankungen im Alter. Etwa 80% aller Männer über 80 Jahre gelten als schwerhörig. Die Wahrscheinlichkeit einer Psychose (Wahn, Halluzination) erhöht sich um 40%-50%. Um kausale Zusammenhänge nachzuweisen bedarf es Langzeitstudien. Vorliegende australische Langzeitstudie verfolgt die Gesundheitsentwicklung über einen Zeitraum von 18 Jahren mit der Vermutung, dass Personen mit Höreinschränkungen auch vermehrt an Psychosen leiden.

**Methoden:** Vorliegende prospektive Langzeitstudie greift auf Patientendaten von 49.801 Männern zurück, deren Gesundheitsentwicklung von 1996/98 bis 2013 verfolgt wurde. Abschließend konnten Daten von 38480 Personen ausgewertet werden. Die statistische Datenanalyse wird beschrieben.

**Resultate:** 1442 (3,8%) Männer wiesen zu Studienbeginn eine Hörschwäche auf. Im Vergleich zu Personen ohne Hörschwäche wiesen sie häufiger kardiovaskuläre Erkrankungen (z.B. Bluthochdruck), Krebs, Erkrankungen der Atemwege, des Magens und Darms sowie Nierenerkrankungen auf. Die Wahrscheinlichkeit einer Psychose erwies sich als 2,6-mal höher als in der Vergleichsgruppe ohne Hörschwäche. Nach Ausschluss von Personen mit einer bereits vorhandenen Psychose wurde die verbleibende Gruppe durchschnittlich über 11,2 Jahre weiter beobachtet. Von den verbleibenden 37.709 Männern entwickelten in der Folgezeit 252 Männer eine Psychose. Das Risiko einer Psychose in Verbindung mit Hörschwäche blieb auch in dieser Gruppe unverändert. Aufgrund mangelnder Sensitivität gehen die Autoren davon aus, dass Fälle von Psychosen eher zu wenig denn zu viel festgestellt wurden, demnach die Assoziation von Hörschwäche und Psychose mutmaßlich höher zu veranschlagen ist. Neben Hörverlust ist besonders Alkoholkonsum mit Psychosen assoziiert. Die beschriebenen Zusammenhänge gelten unabhängig vom Alter.

**Diskussion:** Eine klinische Diagnose Psychose erwies sich für Männer mit Hörschwächen als nahezu 3-mal häufiger als bei Männern ohne Hörschwäche. Diese Assoziation

---

konnte weder dem Faktor Alter noch anderen bestehenden Erkrankungen zugeschrieben werden.

Die Zusammenhänge zwischen Hörschwäche und Psychose sind umstritten. Eine Theorie besagt, dass Hörverlust die Fähigkeit tangiert, Gefühle, Gedanken und Absichten anderer Personen zu erschließen. Dies wiederum kann zu vermehrtem Misstrauen Anlass geben und in schweren Fällen eine Psychose auslösen. Andere Theorien vermuten eine bei Hörschwäche einsetzende Störung in der Verbindung zwischen ‚innerem Ohr‘ und ‚innerer Stimme‘ (die akustische Erfahrung versus deren geistige Interpretation), so dass ‚innere Stimmen‘ (eigene Gedanken) zunehmend als akustische Erfahrung interpretiert werden - Hirnareale werden aktiv wie beim echten Hören, das ‚innere Sprechen‘ wird nicht mehr als von innen kommend wahrgenommen. Eine weitere Theorie besagt, dass die Hörschwäche einhergeht mit kognitiver Beeinträchtigung und diese wiederum mit Psychosen.

Die Autoren vermuten einen kausalen Zusammenhang zwischen Hörschwäche und Psychosen.

**Quelle:** Almeida, O., Ford, A., Flicker, L. et al, (2018). Hearing loss and incident psychosis in later life: The Health in Men Study (HIMS). *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 34, 408-414

**Schlagworte:** Psychose, Hörschwäche, Langzeitstudie

---

(11) **Der Hund dient als gemeinsamer Bezugspunkt und baut eine Brücke zwischen den Teilnehmenden**

**Ziel/Hintergrund:** Therapeutische Interventionen mit Hunden für Menschen mit Demenz sind häufig beschrieben und als wirksam erwiesen worden. Allerdings beantworten die Studien die Frage nicht, welchen zusätzlichen Gewinn Sitzungen mit Hunden im Unterschied zu anderen, sozialaktivierenden Sitzungen aufweisen. Zudem fragt es sich, ob es nun an dem Hund, dem Auftreten des Hundehalters oder an der ausgelösten Gruppendynamik liegt, dass der erwünschte Effekt eintritt. Was also macht den besonderen Gewinn einer Intervention mit Hunden aus?

**Methoden:** Die deutsche Studie vergleicht Daten aus zwei Interventionen, die parallel an unterschiedlichen Wochentagen mit derselben Gruppe von maximal 5 Personen durchgeführt werden. („within-group design“) Es handelt sich um 19 Teilnehmende mit moderater bis mittelschwerer Demenz, die in einem Heim leben. Evaluationsdaten wurden zu Beginn, nach 3 und nach 6 Monaten erhoben. Beschrieben wird ein US-amerikanisches Programm, das ins Deutsche übersetzt wurde, ergänzt um einige weitere Möglichkeiten. Die Intervention erfolgt wöchentlich im Rahmen eines immer gleichen, vorstrukturierten Ablaufes und hat einen Umfang von 45 Minuten. In der Kontrollgruppe werden Aktivitäten ohne Hund angeboten, die aber insgesamt der Intervention mit Hund so weit wie möglich angenähert wurden. Interventions- und Kontrollgruppe wurden untersucht in Bezug auf soziale Interaktion, emotionalen Ausdruck und verhaltens- bzw. psychologische Symptome der Demenz.

**Resultate:** Daten von 17 Teilnehmenden konnten abschließend ausgewertet werden. In der Interventionsgruppe konnten vermehrt non-verbale, berührende Kontakte zum Hund festgestellt werden, zumeist in Form von Streicheln oder Berühren des Fells. Kommunikationen zwischen den Teilnehmenden untereinander oder auch zum Hundehalter spielten keine bedeutsame Rolle, kamen aber vergleichsweise häufiger vor als in der Kontrollgruppe. Diese Berührungen brachten vergleichsweise mehr und längere Bewegungen des Oberkörpers mit sich. Während in der Interventionsgruppe der Blick durchgehend auf den Hund und seine Bewegungen gerichtet war, wurde in der Kontrollgruppe weitgehend der Gruppenleiter fokussiert. Verbaler und non-verbaler Ausdruck positiver Emotionen kamen in der Interventionsgruppe deutlich häufiger vor

---

als in der Kontrollgruppe. Allerdings variierten die Ergebnisse zwischen den Teilnehmenden erheblich (Standardabweichungen). Unterschiede in Bezug auf Verhalten konnten nicht festgestellt werden. Das häufigste Verhaltenssymptom war die Apathie.

**Diskussion:** Die Studie konnte den Unterschied und den spezifischen Gewinn zwischen Interventions- und Kontrollgruppe herausarbeiten. In der Intervention ergaben sich mehr soziale Kontakte und mehr positive Emotionen als in der Kontrollgruppe, wobei teilnehmende Personen von beiden Gruppen profitierten. Da die Gruppe zu Beginn recht wenig Verhaltenssymptome aufwies, konnten auch keine besonderen Effekte der Intervention festgestellt werden. Die Autoren kommentieren die besondere Bedeutung ‚analoger‘, also körpernaher Kommunikation und Interaktion für Menschen mit Demenz. Tiere, insbesondere Hunde nehmen eine Art Brückenfunktion zwischen den Teilnehmenden wahr und dienen als gemeinsamer Bezugspunkt für Interaktion und Kommunikation. („social catalyst“) Zusammenfassend konnte erwiesen werden, dass es der Hund und die Arbeit mit ihm sind, welche den besonderen emotionalen Effekt erbringen.

**Quelle:** Wesenberg, S., Mueller, C., Nestmann, F., Holthoff-Detto, V. (2019). Effects of an animal-assisted intervention on social behaviour, emotions, and behavioural and psychological symptoms in nursing home residents with dementia. *Psychogeriatrics*, 19, 219-227

**Schlagnworte:** Hundetherapie, Demenz, soziale Interaktion

Vgl.: Ambrosi, C., Zaiontz, C., Peragine, G., Sarchi, S., Bona, F. (2019). Randomized controlled study on the effectiveness of animal-assisted therapy on depression, anxiety, and illness perception in institutionalized elderly. *Psychogeriatrics*, 19, 55-64

Die italienische Studie geht der Frage nach, ob hundetherapeutische Interventionen eine spezifische Wirkung auf depressive und angstbezogene Symptome aufweisen. Verglichen werden Daten einer Interventions- (n=17) und Kontrollgruppe (n=14). Daten wurden zu Beginn und nach 10 Wochen erhoben. Die Intervention erfolgte einmal wöchentlich über einen Zeitraum von 10 Wochen in Form einer Einzelsitzung von 30 Minuten, an welcher der Patient, der Hundehalter, der Hund sowie ein Beobachter



---

teilnahmen. Nach der 3., 6. und 9. Sitzung werteten Teilnehmende die Sitzung anhand eines Fragebogens aus. Während der Sitzung erstellte der Beobachter Notizen zu verbalem, non-verbalem Interaktions- und Kommunikationsverhalten im Abstand von 2 Minuten.

Im Ergebnis konnte eine bedeutsame Reduktion depressiver Symptome und negativer Affekte nachgewiesen werden. (33,5%) Weitere, aber geringere Effekte konnten für Schmerzen, Krankheitsauffassungen (Kontrollüberzeugungen) sowie Zufriedenheit der Patienten insgesamt festgestellt werden. In dieser Patientengruppe überwogen die Kontakte zum Hundehalter diejenigen mit dem Hund. Kontakte fielen am häufigsten zu Beginn und am Ende der Sitzung aus.

Kontakt mit dem Hund helfen den Patienten, den eigenen Stress für eine Zeit lang auszublenden und ein Gefühl von Gelassenheit und Ruhe zu gewinnen. Der Kontakt wirkt Rückzugstendenzen und Mangel an Motivation entgegen. Die Autoren betonen die Bedeutung weiterer Anpassungen: so wurde beispielsweise einem Patienten mit Interesse an Fotografie ermöglicht, Bilder vom Hund aufzunehmen. Diese Bilder wurde anschließend genutzt, um ein Gefühl von Zugehörigkeit zu stützen.

---

## **(12) Stürze gehen in der Hochaltrigkeit depressiven Symptomen voraus**

**Ziel/Hintergrund:** Stürze gehen häufig einher mit depressiven Symptomen. Vorliegende Langzeitstudie aus Deutschland untersucht, wie sich Stürze und Depressivität über einen längeren Zeitraum zueinander verhalten.

**Methoden:** Die Daten der multizentrischen, prospektiven Langzeitstudie („Bedarf und Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen, direkte Kosten und gesundheitsbezogene Lebensqualität bei hochaltrigen Hausarztpatientinnen und -patienten (85+)“) wurden genutzt und Teilnehmende einer weiteren Untersuchung nach 10 Monaten unterzogen. Teilnehmende waren mindestens 75 Jahre alt, wiesen keine Demenz auf und lebten in eigener Häuslichkeit. Insgesamt konnten Daten von 547 Personen ausgewertet werden. Basisdaten wurden von Hausärzten geliefert. Beschrieben werden Instrumente, um Depressivität (Zielgrösse), Sozialkontakte, funktionelle und kognitive Einschränkungen und Bildungsniveau abzubilden.

**Resultate:** Die Datenanalyse ergab, dass depressive Symptome einem Sturz folgten oder auch zunahmen. Eine Zunahme depressiver Symptome konnte auch bei vermehrten Schwierigkeiten mit grundlegenden Aktivitäten des täglichen Lebens festgestellt werden. Andere Faktoren wie Familienstand, Alter, soziale Unterstützung, kognitiver Niedergang, instrumentelle Tätigkeiten oder auch eine Zunahme chronischer Erkrankungen wirkten sich nicht bezüglich depressiver Symptome aus.

**Diskussion:** Stürze wirken sich auf vielerlei Lebensbereiche nachhaltig aus und beeinträchtigen das Wohlbefinden. Typisch für die Hochaltrigkeit ist die einem Sturz folgende Fallangst (post-fall-Syndrom), die wiederum häufig einhergeht mit negativen Gefühlen wie z.B. Einsamkeit oder depressive Empfindungen. Sturzangst wiederum zieht oft Bewegungsvermeidung nach sich sowie Einschränkungen in der selbstständigen Lebensführung.

Nicht ausgeschlossen werden kann eine umgekehrte Kausalität: weil depressive Symptome zunehmen, verändert sich auch die Schrittlänge, die Schrittgeschwindigkeit und daher stützen alte Menschen häufiger. Die Autoren halten diese Variante eher für unwahrscheinlich.

---

**Quelle:** Hajek, A., Brettschneider, C., König, H.H., et al (2018). Impact of falls on depressive symptoms among the oldest old: Results from the AgeQualiDe study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 33, 1383-1388

**Schlagworte:** Depression, Stürze, Langzeitstudie

---

### **(13) Unterschiedliche Arten von Beziehungserinnerungen gehen mit unterschiedlichen Kompetenzen bei pflegenden Töchtern einher**

**Ziel/Hintergrund:** Von allen Angehörigengruppen sind es die erwachsenen Töchter, die am häufigsten ihre Eltern mit Demenz pflegen. Die Art der Verwandtschaftsbeziehung beeinflusst, wie die Pflege seitens der Angehörigen erfahren wird. So ist bekannt, dass Schuld- und Wiedergutmachungsgefühle bei Töchtern eine Rolle spielen, nicht aber bei Söhnen und Partnern in der Pflege. Insgesamt lässt die vorliegende Literatur vermuten, dass eine gute Beziehung zu den Eltern in der Kindheit die Wahrscheinlichkeit einer guten Pflege erhöht. Diese frühen Beziehungserfahrungen prägen nicht nur den späteren Umgang mit den eigenen Kindern und Partnern, sondern die Art und Weise der Sorge für andere insgesamt.

Die mit der frühen Beziehungserfahrung verbundene Erinnerung spiegelt sich sowohl in den expliziten, autobiographischen Erinnerungen (konkret erinnerte Ereignisse) als auch in den prozeduralen Erinnerungen (eher: automatisierte Verhaltensreaktionen) wider. Bei Letzteren kristallisieren sich aus den frühen Beziehungserfahrungen allmählich Erwartungen, Überzeugungen und Verhaltensreaktionen heraus, die sich in besonderen Erzählungen oder Geschichten, wie man miteinander gut umgeht, niederschlagen. Eine dieser Erzählungen wird das ‚Skript der sicheren Basis‘ genannt, das ganz wesentlich bestimmt, ob und wie man mit Pflege- und Sorgesituationen umgeht. Das ‚Skript der sicheren Basis‘ umfasst die Fähigkeit, Pflegebedürfnisse schnell und sicher zu erkennen, wirksame Hilfe anzubieten und den Pflegebedürftigen zu beruhigen bzw. eine gute Interaktion in der Pflege aufzubauen.

Vorliegende Studie geht von der Annahme aus, dass das autobiographische Gedächtnis (Ereignisse) und das prozedurale Gedächtnis sich unterschiedlich auf Gedanken, Gefühle und Verhalten pflegender Töchter auswirken. Es wird versucht, zwei Hypothesen empirisch zu bestätigen:

- Das prozedurale Gedächtnis wirkt sich auf die Häufigkeit pflegerischen Engagements sowie auf Beziehungskonflikte mit dem Pflegebedürftigen aus.
- Die konkreten Erinnerungen dagegen sind eher auf einer kognitiven Ebene beteiligt und wirken sich darauf aus, die Erfahrung der Demenz seitens des Elternteils zu verstehen, das eigene Belastungserleben zu reduzieren und weniger kritische/bewertende Gedanken über die Eltern zu hegen.

---

**Methoden:** Nachdem den Töchtern ein Fragebogen zugesandt wurde, erfolgt ein einstündiges Telefonat, um Erfahrungen, Empfindungen und Haltungen vertieft zu untersuchen. Dabei kamen verschiedene Assessments zum Tragen, die bewusste Erinnerungen und das eher halbbewusste „Skript der sicheren Basis“ erfragte sowie verschiedene Daten zum Funktionieren in der Pflegerolle abbildete. Zu den letzteren gehörten u.a. Konflikte in der Pflege (Aufdringlichkeit, die Dinge schlimmer als notwendig machen, negative Haltungen und Urteile zum Ausdruck bringen, geringe Verhaltenstoleranz), Belastungserleben (Beschämung, Frustration, Ärger, Ängste) sowie Grad der pflegerischen Inanspruchnahme („caregiver involvement“). Um Verzerrungen durch Patientenmerkmale zu verringern wurden zudem der kognitive Status sowie aggressives Verhalten der Eltern erfasst.

**Resultate:** Insgesamt wurden 77 pflegende Töchter von Eltern mit Demenz befragt. Die Analyse der Daten bestätigen insgesamt die Hypothesen. Es scheint diese beiden Ebenen des Beziehungsgedächtnisses zu geben, die recht unabhängig voneinander wirken. Wer positive Erinnerungen benennt kommt nicht unbedingt auf der Verhaltensebene gut mit der Pflege der Eltern zurecht und umgekehrt: wer gut mit den Eltern auf der Verhaltensebene in der Pflege gut zurecht kommt hat nicht unbedingt positive Beziehungserinnerungen.

Wer über gute Erinnerungen verfügt, weist ein vergleichsweise geringeres Belastungserleben und weniger kritische Haltungen gegenüber den Eltern auf. Dies aber wirkt sich nicht auf die Häufigkeit von Konflikten oder die Häufigkeit pflegerischen Engagements aus.

Wer dagegen ein gutes ‚sichere-Basis Skript‘ verfügt, der hat auch in der Pflegepraxis eher weniger Konflikte, kommt gut mit der Pflege zurecht und ist auch weniger häufig pflegerisch engagiert besonders deswegen, weil weniger eingegriffen wird (niedrige ‚Aufdringlichkeit‘) und man den Eltern viel Freiraum lässt. Allerdings heißt dies nicht, dass deswegen das Belastungserleben geringer wird oder dass weniger kritische Haltungen den Eltern gegenüber zum Ausdruck gebracht werden.

Das ‚Skript der sicheren Basis‘ (prozedurales Gedächtnis) und positive Erinnerungen (autobiographisches Gedächtnis) stellen also zwei verschiedene Gedächtnissysteme der Beziehungserinnerung dar mit deutlich verschieden akzentuierten Folgen für das Erleben und Gestalten der Pflegesituation.

---

**Diskussion:** Die Ergebnisse dieser Studie legen nahe, die Hypothese ‚gute frühe Beziehung zu den Eltern hat gute Pflegebeziehung im Alter zu Folge‘ differenzierter zu betrachten. Eine Tochter mit guten Erinnerungen kann trotzdem nicht gut mit der Pflegesituation zurechtkommen, erlebt häufiger Konflikte, bewertet das Ganze aber eher positiv und trägt den Eltern nichts nach. Eine Tochter mit eher vagen, unklaren, nicht aber deutlich positiven Erinnerungen zeigt dagegen eine hohe Verhaltenssicherheit auf dem Hintergrund eines ‚sichere-Basis Skripts‘, hat weniger Konflikte, eröffnet mehr Freiräume, bekundet aber eine höhere Belastung und sieht das Verhalten der Eltern eher kritisch. Bewusste Erinnerungen müssen nicht mit den eher unbewussten Prägungen bezüglich des interpersonalen Umgangs übereinstimmen. Bewusste (aufrufbare) Erinnerungen korrelieren nicht mit Verhalten. Umgekehrt – wer über Belastungen klagt und sich zu den Eltern eher kritisch positioniert kommt häufiger dennoch auf der praktischen Ebene gut zurecht.

Die Autoren berichten über vielfache Schattierungen und rechnen in der Realität mit einer hohen Komplexität: natürlich können gute Erinnerungen auch mit einem guten ‚sichere-basis Skript‘ einhergehen. Dennoch verweist die Studie auf Akzentuierungen im Zusammenhang zwischen Beziehungserinnerung und Belastungserleben, die bislang unbekannt waren.

Die Autoren zeigen zuletzt die klinische Relevanz der Studie auf: es ist wichtig, die Natur der Beziehung zwischen Töchtern und Eltern möglichst gut zu verstehen, um an der richtigen Stelle assistieren zu können. Konkret: wer sich positiv über die Eltern äußert, benötigt u.U. dennoch viel praktische Hilfe in der Pflege. Wer sich kritisch äußert, bedarf vielleicht weitergehender Informationen, um das Verhalten der Eltern zu verstehen, mitunter aber keiner weitergehenden praktischen Assistenz.

**Quelle:** Chen, C.K., Bailey, R.W. (2018). Episodic memories of relationship quality, procedural knowledge of attachment scripts, and the experience of daughters caring for a parent with dementia. *Dementia*, 17(1), 61-77

**Schlagworte:** Töchter, Bindungstheorie, Belastung

---

**(14) „Buchten“ zusammen mit angemessener Aktivität verbessert die Qualität der Versorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus**

**Ziel/Hintergrund:** Initiativen, um die Situation von Menschen mit Demenz im Krankenhaus zu verbessern, setzen auf 3 Ebenen an: Personalentwicklung (Schulung, spezifische Rollen und Aufgaben), Patienten (Früherkennung, sinnvolle Aktivitäten, Individualisierung bzw. Personalisierung der Pflege) sowie Modifikation der Umgebung (Symbole, Orientierungshilfen, räumliche Aspekte). Bei letzterer haben sich spezifische Designprinzipien bewährt, u.a.: ausreichend Raum für sinnvolle Tätigkeiten, ebenerdiger Zugang zu einem Außenbereich, Bewegungsmöglichkeiten mit Ruheinseln, übersichtliche und aufgeräumte Laufbereiche („uncluttered areas“), blendfreies helles Licht, Uhren und Kalender, Verzicht auf Dienstzimmer (Präsenz und Dokumentation in Patientennähe) sowie Nutzung von Farben und „Landmarken“ zur Erleichterung der Orientierung. Eher familiär angelegte Aufenthaltsbereiche erlauben, die Mahlzeiten teilweise gemeinsam und in altbekannter Form (Vermeidung von Tablett mit krankenhausspezifischem Geschirr) einzunehmen.

Vorliegende Studie aus England untersucht, wie professionell Pflegende im Krankenhaus diese Veränderungen wahrnehmen und bewerten.

**Methoden:** Es handelt sich um eine qualitative Studie, durchgeführt in 3 Abteilungen eines englischen Krankenhauses, das eine Reihe der vorgestellten Prinzipien seit mehreren Jahren umgesetzt hat. In Form von zehn Fokusinterviews wurden Krankenpfleger (n=17) sowie Pflegeassistenten (n=21) nach ihren Wahrnehmungen und Bewertungen befragt. Beschrieben wird die qualitative Inhaltsanalyse.

**Resultate:** Vier zentrale Themen konnten identifiziert werden:

„Es sieht gar nicht mehr nach Krankenhaus aus“: eine veränderte Umgebung  
Die Farbgebung und die Umgebungsgestaltung der demenzfreundlichen Bereiche unterscheidet sich in der Wahrnehmung der Pflegenden markant von üblichen Krankenhausaufteilungen: sie werden als weniger kalt und klinisch empfunden. In den Fluren finden sich Fotos zu regionalen Themenfeldern wieder, welche die Aufmerksamkeit der Patienten, ihrer Angehörigen und auch der Mitarbeiter wecken und zu gemeinsamer Assoziation beitragen. Diese Bilder erleichtern das Kennenlernen

---

und ermöglichen es den Pflegenden, demenzrelevante Aspekte eher indirekt zu beobachten und nicht mehr standardisiert zu erfragen.

„Mehr Optionen, personenzentriert zu arbeiten“: es gibt keine ‚Einheitsgröße‘  
Patienten werden vergleichsweise weniger als agitiert wahrgenommen. Die Umgebung bietet mehr Erlebnis- und Ablenkungsmöglichkeiten, die sich mehrheitlich positiv auswirkt. Sehr realistische Elemente können allerdings auch irritieren: ein an die Wand gemaltes Boot lies eine Patientin wiederholt fragen, wann das Boot denn anhalte und sie aussteigen könne. Auch transparente Bilder an den Fenstern erschweren den Blick nach draußen und verwirren die Patienten eher.

„Vorher konnte man die Patienten nicht sehen“: kontinuierliche Präsenz  
Mehrheitlich begrüßten die Interviewten den Verzicht auf ein Dienstzimmer bzw. eines ‚Stützpunktes‘. In den Abteilungen wird in ‚Buchten‘ (von 6-8 Patienten) gearbeitet, in denen sich jeweils eine Pflegekraft kontinuierlich aufhält, den Kontakt pflegt und in Gegenwart der Patienten auch dokumentiert. Die Person zu sehen während man dokumentiere erleichtere die Berichtslegung und erlaube auch, in gefährlichen Situationen von Sturzgefahr schneller beizuspringen. Nicht alle Teilnehmenden begrüßten diese Veränderungen, da sie ein konzentriertes und unabgelenktes Dokumentieren erschwere.

„Die Abteilung bleibt sich gleich“: Widerstand gegen Veränderung  
Einige Teilnehmende konnten den Sinn der Veränderung nicht erkennen und bezweifelten, dass sich die Veränderungen auf die Patienten auswirkten. Die eigentlichen Herausforderungen in der Pflege blieben dieselben. Einschnitte im Personal zögen die Nutzung der gepriesenen Möglichkeiten enge Grenzen.

**Diskussion:** Insgesamt überwiegen die positiven Wahrnehmungen und Bewertungen deutlich, dennoch blieb eine Minderheit der Mitarbeiter skeptisch.

Die Kombination von ‚Buchten‘ und Präsenz zusammen mit der Anregung zu Aktivität und Beschäftigung wird in der Literatur als entscheidend beschrieben: in der vorliegenden Studie kam das zweite Element zu kurz und erklärt zum Teil die skeptischen Äußerungen einiger Teilnehmenden.

Bezüglich der Dokumentation stehen die unterschiedlichen Sichtweisen gegeneinander: während die einen empfinden, dass das Dokumentieren im Angesicht der Person die Berichte entscheidend verbesserten (Genauigkeit und Umfang), empfinden andere diesen Zusammenhang eher als irritierend.



---

Abschließend kommentieren die Autoren, dass jeder Ansatz zur Verbesserung der Umgebung durch schlechte Organisation und mangelndes Wissen unterminiert werden kann. Mitarbeiter, welche die Veränderungen eher fremdbestimmt erlebt haben und an ihnen wenig mitwirken konnten neigen im Nachhinein eher dazu, diese Veränderungen abzulehnen.

**Quelle:** Brooke, J., Semlyen, J. (2019). Exploring the impact of dementia-friendly ward environments on the provision of care: A qualitative thematic analysis. *Dementia*, 18(2), 685-700

**Schlagworte:** Krankenhaus, Milieu, Professionell Pflegende

Vgl.: Übergreifende Designprinzipien für Menschen mit Demenz im Krankenhaus, King's Fund, 2014 aus:

Waller, S., Masterson, A., Evans, S. (2017). The development of environmental assessment tools to support the creation of dementia friendly care environments: Innovative Practice. *Dementia*, 16(2), 226-232

---

## (15) Angemessene Stimulation und Einzelarbeit empfehlen sich bei der Reduzierung von Apathie

**Ziel/Hintergrund:** Von allen neuropsychiatrischen Symptomen tritt die Apathie am häufigsten auf (27%-72% aller Patienten). Unter Apathie versteht man den anhaltenden Verlust von zielgerichtetem Verhalten, Kognition und Emotion, der mit funktionalen Einbußen verbunden ist und nicht auf eine Bewusstseinsbeschränkung (wie z.B. Delir) zurückzuführen ist. Neurologisch sind frontale Bereiche des Hirns betroffen, die für Exekutivfunktionen (Selektion, Initiative, Planung) wesentlich sind, weiterhin subkortikale Bereiche (für motorische Funktionen) sowie Veränderungen der ‚axonalen Leitungsbahnen‘ (Demyelinisierung). Vorliegende Studie untersucht Möglichkeiten, nicht-pharmakologisch auf Apathie einzuwirken.

**Methoden:** Beschrieben werden die Einschluss- und Ausschlusskriterien für die Literatur sowie die Methode der Auswertung.

**Resultate:** 43 Studien konnten hinzugezogen werden. In der Regel handelt es sich um Interventionsstudien mit realen oder simulierten Aktivitätsangeboten. Darunter fallen Angebote wie Musik- und Kunsttherapie, Validationstherapie, Life-Musik mit Tanzen, Snoezelen, Erinnerungsarbeit, Kochen und Küche, Spaziergehen und Reden, Tonbänder mit Stimmen der Familie (simulierte Präsenz), aber auch das Angebot einer reduzierten Reizumgebung bei gleichzeitigem Angebot eines fokussierten Reizes. In der Regel schnitten Personen aus den Interventionsgruppen besser ab als Personen der Kontrollgruppe. Besonders erfolgreich sind Programme mehrheitlich dann, wenn sie an Interessen und Fähigkeiten der Patienten angepasst sind, im 1:1 Format angeboten werden und verschiedene Elemente kombinieren, z.B. Musik und Tanzen, Erinnerung und Gruppenerfahrung, kognitive Stimulation und Bewegung.

**Diskussion:** Derartige Angebote zu unterbreiten ist ohne große Risiken möglich. Ein erheblicher Anteil apathischen Verhaltens ist auf mangelnde oder unangemessene Stimulation zurückzuführen. Besonderheiten der Person, funktionaler Status, Umgebungsfaktoren sowie Charakteristika des Reizes sind bei der Auswahl von Möglichkeiten entscheidend. Insbesondere im Rahmen einer gut vorbereiteten Einzelarbeit kann Apathie effektiv reduziert werden.

---

Die Studienlage leidet weiterhin daran, dass sehr unterschiedliche Instrumente zur Einschätzung der Apathie zur Anwendung kommen. Dies erschwert die Vergleichbarkeit der Studien.

**Quelle:** Theleritis, C., Siarkos, K., Politis, A., et al (2018). A systematic review of non-pharmacological treatments for apathy in dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, e177-e192

**Schlagnworte:** Apathie, Demenz, nicht-pharmakologisch, Literaturanalyse

Vgl.: Carlier, A., van Exel, W., Rhenbergen, D. et al (2018). The course of apathy in late-life depression treated with electroconvulsive therapy: a prospective cohort study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 33, 1253-1259

#### *Apathie verschlechtert die Aussichten antidepressiver Behandlung im Alter*

Die Studie geht der Frage nach, inwieweit der Mangel an Motivation (Apathie) ein von der Depression unabhängiges Syndrom darstellt. Bisherige Studie legen nahe, dass der Einsatz von Antidepressiva bei älteren Patienten zwar die depressiven, die apathischen Syndrome aber sehr viel weniger erreichen. Weiterhin besteht die Vermutung, dass die nach erfolgreicher antidepressiver Behandlung bestehenbleibenden apathischen Symptome vaskulären Schädigungen (Demyelinisierung, ‚white matter hyperintensities‘) geschuldet sind. Vorliegende prospektive Studie untersucht, inwieweit ältere Personen mit Depression, die sich einer Elektrokrampftherapie (ECT) unterziehen, nach erfolgreicher Behandlung depressiver Symptome weiterhin apathische Symptome zeigen. 110 Patienten (älter als 55 Jahr, durchschnittlich 71,9 Jahre) konnten in den Niederlanden und in Belgien herangezogen werden. Es handelt sich um Personen, die bei der Erstuntersuchung sowohl depressive wie apathische Symptome aufwiesen.

Nach der Behandlung wiesen 68,5% keine Depression mehr auf (weiterhin depressiv 31,5%), wogegen apathische Symptome mit 58,9% der Patienten bestehen blieben. Wer eher weniger auf die antidepressive Behandlung ansprach, zeigte eine höhere Wahrscheinlichkeit, nach der Behandlung weiterhin apathische Symptome zu zeigen. Keine Zusammenhänge (für weiterhin bestehende Apathie nach Behandlung) zeigte sich

---

für die Faktoren Alter, Behandlung mit Benzodiazepine, Alter bei Depressionsbeginn, Schwere der Apathie oder Beeinträchtigung kognitiver Funktionen bei Behandlungsbeginn. Entgegen der Ausgangshypothese der Autoren konnte kein Zusammenhang zwischen weiterhin bestehender Apathie und vaskulären Faktoren bzw. Demyelinisierung festgestellt werden.

Personen, deren Depressivität von Apathie geprägt ist, sprechen auf Behandlungsoptionen (Medikamente, ECT) sehr viel schlechter an. Die Befunde weisen darauf hin, dass Depressivität und Apathie als verschiedene Syndrome anzusehen sind und antidepressive Behandlungsoptionen bei Apathie weniger wirksam sind. Die Autoren vermuten, dass es sich bei der Apathie um eine gemeinsame Endstrecke unterschiedlicher pathophysiologischer Mechanismen handelt (Depression, Demenz, Schizophrenie). Vermutet wird, dass Schädigungen subkortikaler frontaler Hirnregionen der Apathie zugrunde liegen.

Vgl.: Fleiner, T., Gersie, M., Haussermann, P., et al (2019). Prominent physical inactivity in acute dementia care: Psychopathology seems to be more important than the dose of sedative medication. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 34, 308-314  
Studien belegen, dass die Häufigkeit neuropsychiatrischer Symptome (darunter herausfordernden Verhalten) auch mit mangelnder Bewegung zusammenhängen. Dies legt die Frage nahe, wie sich Bewegung, Psychopathologie und sedierende Medikation zueinander verhalten.

Daten von 64 Personen mit Demenz konnten in der deutschen Studie vollständig ausgewertet werden. Mittels eines auf dem Rücken angebrachten Sensors wurden Bewegungsmuster (liegend, sitzend, stehend, aktiv beim Sitzen oder Stehen, Gehen, Schrittzahl) über 24 Stunden aufgezeichnet. Für diesen Zeitraum wurde auch die gültige Medikation erfasst (Olanzapine- bzw. Diazepam-Äquivalente). Weitere Instrumente erlaubten die Abbildung kognitiver Beeinträchtigungen, neuropsychiatrischer Symptome sowie agitiertem Verhalten.

53% der Patienten litten unter einer gemischten Demenz, wiesen durchschnittlich einen MMSE von 18.6 auf. Die meisten neuropsychiatrischen Symptome waren Agitiertheit und Aggression (59%), Depression und Dysphorie (52%) sowie Irritierbarkeit und Stimmungslabilität (56%). Physische Inaktivität (liegen, sitzen) machte 91% der Gesamtzeit aus.

---

Ein Zusammenhang von Aktivität/Inaktivität und sedierender Medikation konnte nicht aufgezeigt werden. Anzahl und Schwere neuropsychiatrischer Symptome dagegen zeigte eine moderate Korrelation mit Aktivität auf: je mehr psychopathologische Symptome die Person aufwies, desto höher die Passivität. Es ist also mehr der Schwere neuropsychiatrischer Symptome und nicht sedierenden Medikation geschuldet, wenn Menschen mit Demenz passiv sind. Allerdings: für die Gesamtgruppe gilt, dass Patienten in der akuten gerontopsychiatrischen Versorgung sehr passiv und insgesamt sehr wenig aktiv und hyperaktive Patienten (aberrantes motorisches Verhalten) eher selten sind. Die Gefahr, dass die Bedürfnisse dieser weitgehend passiven Patienten übersehen werden, ist groß. Umgekehrt legt die Studie den Schluss nahe, physischen Aktivitäten von Personen mit Demenz mehr Aufmerksamkeit zu widmen.