
(Forschungs-) Newsletter: Februar 2021



23. FEBRUAR 2021

**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**

© DZLA 2021

Inhaltsverzeichnis

Editorial (Februar 2021)	5
NEUES AUS DEM DZLA	8
<i>Neuer Schwerpunkt „Demenzsensible Architektur im Akutkrankenhaus“</i>	8
<i>Schlaf & Psychopharmaka: Neue Folgen in unserer Rubrik „Ihr Platz im DZLA“</i>	8
<i>Das DZLA to go: Unser “Podcast WissenstransFair”</i>	9
<i>Überblick: Sämtliche Folgen des “Podcast WissenstransFair”</i>	10
<i>Ihr Platz im DZLA</i>	11
Neues aus der DialogAkademie	12
<i>Erste Online-Seminare in der DialogAkademie</i>	12
<i>Gefahrlose Buchung von Seminaren trotz Corona-Gefahr</i>	12
<i>Ermäßigung bei Buchung mehrerer Seminare</i>	13
<i>Aktueller Seminarplan (Stand: 22. Februar 2021)</i>	13
Neues aus dem DNQP	14
<i>Verschiebung der 10. Konsensus-Konferenz "Förderung der Mundgesundheit"</i>	14
<i>Verschiebung des 23. Netzwerk-Workshop "Schmerzmanagement"</i>	14
Neues aus der Hochschule Osnabrück	15
<i>Stellungnahme zum Gesetzesentwurf zur Umsetzung der Auflösung der Pflegekammer Niedersachsen</i>	15
ForschungsNewsletter (Februar 2021)	16
<i>Editorial - ForschungsNewsletter</i>	17
Studien	25
Inhaltsverzeichnis Studien	26
(1) Menschen mit Demenz in häuslicher Umgebung sind nur mäßig von den Einschränkungen im Zusammenhang mit COVID-19 betroffen.....	27
(2) Menschen mit Demenz passen sich der Opferrolle in Familien an.....	30
(3) Familien mit früh einsetzender Demenz benötigen eine übergreifende Form des Casemanagements.....	33
(4) Menschen, die mit Demenz alleine leben, fehlt es an geeigneten Diensten.....	36
Menschen mit Demenz alternieren zwischen Zuhause-Sein und Nicht-Zuhause-Sein.....	39
(6) Positive Interaktionen („Bienchendienste“) sorgen für höhere Lebensqualität.....	42
(7) Funktionalität ist ein Schild, der sinnvolle Aktivität verhindert.....	45
(8) Auch Traurigkeit und Apathie können Reaktionen auf unfreiwillige Pflege darstellen.....	48
(9) Die Beziehung entscheidet, wie erfahrener Zwang wahrgenommen und bewertet wird.....	50
(10) Hyperaktivität trägt wesentlich zur Heimaufnahme bei.....	53
(11) Versorgungsbedarfe von psychisch kranken Heimbewohnern – ein unbekanntes Land.....	55
(12) Hörbehinderung erhöht die Wahrscheinlichkeit einer kognitiven Störung.....	58
(13) Entspanntes Sitzen und Schauen geht mit erhöhtem Wohlbefinden im Außenbereich einher.....	60
(14) Künstlerische Möglichkeiten entwickeln die Kommunikationskompetenz von Pflegeassistenten.....	62
(15) Lagerungen und ein entspannter Umgang sind bei Paratonia zu empfehlen.....	65

Info: DZLA & „(Forschungs-)Newsletter“

Das DZLA versendet maximal acht Mal im Jahr einen kostenfreien Newsletter an die Abonnent*innen. Vier Mal im Jahr enthält der Newsletter (so wie der vorliegende) den sogenannten „**ForschungsNewsletter**“, in welchem 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](#)¹ und kann dort auch [abonniert](#)² werden. Da der gesamte ForschungsNewsletter zur Versendung als Mail zu umfangreich wäre, erhalten die Abonnent*innen jeweils einen Downloadlink mit dem ForschungsNewsletter.

Dialogzentrum Leben im Alter (DZLA)

Caprivistr. 30 a
D-49076 Osnabrück

Kontakt:

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

DZLA online:

DZLA-Blog: <http://www.dzla.de>

DialogAkademie: <https://www.dzla.de/dialogakademie-seminare/>

DZLA-Facebook: <https://www.facebook.com/dialogDZLA/>

DZLA-Twitter: https://twitter.com/DZLA_HSO

DZLA-Youtube: <https://www.youtube.com/channel/UCmizhGiwYw2WuWTPf-xfCLw>

ABO (Forschungs-)Newsletter: <https://www.dzla.de/forschungsnewsletter-des-dzla/>

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

Es ist uns wichtig, ausdrücklich zu erwähnen, dass das Teilen unserer kostenfreien Inhalte unter Wahrung der „Creative Commons-Lizenzen“ (BY – NC – ND) ausdrücklich erwünscht ist.

¹ <http://www.dzla.de>

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

Editorial (Februar 2021)

Liebe Leserinnen und Leser,

herzlich willkommen zum ersten Newsletter des DZLA im Jahr 2021. Es ist wieder so weit. Der Kollege Christian Müller-Hergl stellt wie immer 15(!) Studien vor, beschreibt und diskutiert diese, damit Sie, liebe Abonnent*innen sich mit neuesten Entwicklungen, Fragestellungen und Problembeschreibungen in der gerontopsychiatrischen Versorgung auseinandersetzen können.

Zu dieser so wichtigen Auseinandersetzung mit wissensbasierten, neuen Erkenntnissen, ohne die eine notwendige Weiterentwicklung nicht möglich ist, laden wir Sie gerne ein und freuen uns darüber, dass Besucher und Klicks sowie die Abonnent*innenzahl unserer Newsletter und unserer anderen Social-Media-Kanäle stetig wachsen. Wir freuen uns, wenn Sie anderen von uns erzählen und unseren Blog oder einen unserer Social-Media-Kanäle verlinken und diese kommentieren.

Es ist uns wichtig, explizit zu erwähnen, dass das Teilen unserer kostenfreien Inhalte unter Wahrung der „Creative-Commons-Lizenzen“ (BY – NC – ND)“ ausdrücklich erwünscht ist.

Teil dieses Newsletters sind aber auch – wie immer – Neuigkeiten aus dem Dialogzentrum, der DialogAkademie, dem Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) sowie aus anderen Pflegebereichen der Hochschule Osnabrück (www.hochschule-osnabrueck.de).

++ Aufgeschoben ist nicht aufgehoben ++

Im Mai 2020 haben wir mit viel Enthusiasmus unsere „DialogAkademie“ (<https://www.dzla.de/dialogakademie-seminare/>) eröffnet. Das Ziel war es, ausgesuchte Seminare im Bereich der Versorgung und Betreuung von gerontopsychiatrisch erkrankten Personen in Form von Seminaren und Tagungen anzubieten. Der Rest ist Geschichte ... Bisher mussten Corona-bedingt sämtliche Präsenz-Seminare und die erste Jahrestagung in 2020 abgesagt werden. Das hindert uns natürlich nicht daran, 2021 einen erneuten Versuch zu starten. Neben den bereits angekündigten Präsenzseminaren (die wir auch in diesem Jahr wieder weiter in den Herbst verschieben müssen), bieten wir nun die ersten Online-Seminare an. Und wir sind bemüht, weitere spannende Referent*innen für unsere Akademie zu gewinnen. Ich kann es kaum erwarten, dass es endlich wirklich losgeht

Wir werden am 9. März mit einem Online-Seminar des Kollegen Müller-Hergl zum Thema Apathie und Passivität starten.

Mehr Neuigkeiten zu unserer Akademie finden Sie in diesem [Newsletter unter der Rubrik „Neues aus dem DZLA“](#) und natürlich auf unserem [Blog unter dem Punkt „DialogAkademie“](#). (<https://www.dzla.de/dialogakademie-seminare/>). Schauen Sie mal nach, welche Seminare für Sie angeboten werden ... - vielleicht finden Sie ja das ein oder andere Angebot spannend.

Aber es gibt noch viel mehr zu berichten. Zum Beispiel werden wir in den kommenden Tagen weitere spannende Interviews mit Expert*innen zu Studien und Projekten durchführen. Dabei wird es zum einen um das schwierige Thema „Reduktion von Psychopharmaka“ und das Thema „Schlaf“ gehen. Mehr dazu unter der Rubrik [„Neues aus dem DZLA“](#) in diesem Newsletter.

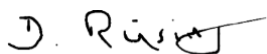
Zu guter Letzt möchte ich Ihnen noch zwei Dinge ans Herz legen. In den News aus dem DZLA finden Sie einen [Hinweis auf ein Statement der Fachgruppe mehrerer Studiengänge im Bereich Pflege und Hebammenwissenschaft an der Hochschule Osnabrück](#) zur Auflösung der Pflegekammer Niedersachsen. Schauen Sie sich dieses

Statement an und setzen Sie sich mit der Einrichtung von Pflegekammern – so Sie es nicht schon längst getan haben – auseinander.

Die zweite Besonderheit, auf die ich Sie hinweisen möchte, ist die Ankündigung eines Schwerpunktes „Demenzsensible Architektur im Krankenhaus“ auf dem Blog des DZLA. Seit wenigen Monaten hat das DZLA mit Frau Vanessa Berndt eine wissenschaftliche Mitarbeiterin, welche diesen Schwerpunkt bearbeitet. Frau Berndt ist noch bis zum März bei uns und es erwarten Sie tolle Beiträge (Artikel, Video, Podcast) von ihr zu diesem wichtigen Thema! Mehr dazu in der Rubrik „Neues aus dem DZLA“.

Wir im DZLA arbeiten aufgrund der Pandemie im Homeoffice und sind seit geraumer Zeit nur noch selten im Büro in Osnabrück. Aus diesem Grunde sind wir auf absehbare Zeit selten telefonisch erreichbar. Sie sollten uns – bei Bedarf – vor allem per Mail kontaktieren. Wir werden auf Ihre Anliegen schnell reagieren ... - versprochen!

Viel Freude beim Lesen dieses (Forschungs-)Newsletters wünscht Ihnen Ihr



Detlef Rüsing

Osnabrück, am 20. Februar 2021

NEUES AUS DEM DZLA

Neuer Schwerpunkt „Demenzsensible Architektur im Akutkrankenhaus“

Seit einigen Monaten arbeitet Vanessa Berndt als wissenschaftliche Mitarbeiterin am DZLA und hat sich dem Thema „Demenzsensible Architektur im Akutkrankenhaus“ gewidmet. Frau Berndt hat eine umfangreiche Recherche zum Thema durchgeführt und spätestens im April dieses Jahres werden Sie von ihr auf dem [Blog des DZLA](#) einen Artikel zum Thema lesen können. Des Weiteren werde ich mit ihr zu ihren Recherchen ein Videointerview führen (welches auch im „[Podcast WissenstransFair](#)“ erscheinen wird). Zudem ist ein Schwerpunktinterview von Frau Berndt mit einer Architektin zu demenzsensiblen architektonischen Maßnahmen geplant. Wir freuen uns sehr über die hervorragende Arbeit unserer Kollegin und natürlich darüber, Ihnen die Ergebnisse ihrer Arbeit präsentieren zu können.

Schlaf & Psychopharmaka: Neue Folgen in unserer Rubrik „Ihr Platz im DZLA“

Es hat zwar ein wenig gedauert, aber es ist uns gelungen, zwei weitere herausragende Forscher*innen für unsere Gastbeiträge zu gewinnen. In wenigen Tagen werde ich (Detlef Rüsing) zunächst ein Videointerview mit Frau Dr. Julia Hartmann von der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der TU München zu einem Studienprojekt zur [„Reduktion sedierender Psychopharmaka bei Heimbewohnern mit fortgeschrittener Demenz \(decide\)“](#) durchführen. Ich bin gespannt ...

Der Kollege Müller-Hergl wird sich in einem weiteren Videointerview gemeinsam mit Dr. Martin Dichter von der Universität Köln Studien dem so wichtigen und schwierigen Thema „Schlaf“ widmen.

Beide Videointerviews werden sobald als möglich auf dem Blog und den übrigen Social-Media-Kanälen des DZLA erscheinen.

Das DZLA to go: Unser “Podcast WissenstransFair”

Seit mehr als einem Jahr gibt es unseren „Podcast WissenstransFair“ im DZLA. Dieser erscheint an jedem letzten Donnerstag im Monat und nimmt zum einen Beiträge des vergangenen Monats unseres Blogs auf (Audiomitschnitte unserer Videobeiträge) und zum anderen präsentieren wir in jeder Podcast-Folge exklusive Podcast-Inhalte, die Sie nur dort empfangen können. Zu jeder Podcast-Folge gehört zudem die Serie „Nur ein kurzer Gedanke“, in der ich sie einige wenige Minuten in meine Gedankenwelt mitnehme und mit Ihnen meine Gedanken zu einem Thema der gerontopsychiatrischen Versorgung spontan - ohne Netz und doppelten Boden – ungefiltert präsentiere. Diese „Gedanken“ sind auch außerhalb des Podcast auf unserem Blog als Audiodatei abrufbar und können dort diskutiert werden. In der letzten Folge habe ich mich im Übrigen damit beschäftigt, ob es nicht Sinn machen würde, wenn lehrende Professor*innen regelmäßig für kurze Zeit in die pflegerische Praxis eintauchen würden. Was meinen Sie? Hören Sie doch mal rein: <https://www.dzla.de/nur-ein-kurzer-gedanke-2/>

Die 15. Episode erscheint übrigens am 25. Februar 2021 ... - das DZLA to go ...

Überblick: Sämtliche Folgen des “Podcast WissenstransFair“

<https://www.dzla.de/podcast-wissenstransfair/>

- Episode 014 (27.01.2021): So nah und doch so fern – wie nah sollten Hochschuldozenten an der Praxis sein? ++ Empathie – der heilige Gral personenzentrierter Pflege ++ Baden und Duschen bei Demenz – über das Wie einer Selbstverständlichkeit ++ Neues aus dem DZLA & der DialogAkademie
- Episode 013 (17.12.2020): Digitale Le(e)hre: Zur Notwendigkeit eines Gegenübers ++ Kritisches Glossar: Zum Begriff des „Kontext(es)“ ++ Neues aus dem DZLA & der DialogAkademie
- Episode 012 (26.11.2020): Citizen Science: Das Wissen der Praxis – bedeutsam aber ohne Bedeutung? ++ Haustheater: Ein Team ist mehr als die Summe seiner Mitglieder ++ Neues aus dem DZLA & der DialogAkademie
- Episode 011 (29.10.2020): „Das hat mir keiner gesagt ...!“ Wer ist für mein pflegerisches Wissen verantwortlich? – Die Lüge in der personenzentrierten Pflege von Menschen mit Demenz – ein No-Go? – Partizipative Forschung als Schlüssel zur Implementierung – Neues aus dem DZLA & der DialogAkademie
- Episode 010 (03.10.2020): Und dann steh ich genau so dumm da wie jeder andere auch ... – Wie schätzen Teams selbst die Wirksamkeit des Teams auf die Pflege ein? – Behandlung von Depressionen im Alter ohne Psychopharmaka – Neues aus dem DZLA & der DialogAkademie
- Episode 009 (09.09.2020): Die Nationale Demenzstrategie: Helga Rohra im Gespräch – Hatte Paul Watzlawick Unrecht? – DialogKonferenz zum Thema Team – Neues aus dem DZLA
- Episode 008 (29.07.2020): Die Nationale Demenzstrategie: Großer Wurf oder zahnloser Tiger? – Sprachlosigkeit unter Praktikern – Zuhause ist nicht immer Zuhause – Neues aus dem DZLA, DialogKonferenz & DialogAkademie
- Episode 007 (25.06.2020): Virtuelle v.s physische Beziehungsgestaltung – Haustheater: Demaskiert Corona die Gerontopsychiatrie – Lebensqualität bei Demenz: Eine Frage der Perspektive – Psychopharmaka bei Demenz – Neues aus dem DZLA – DialogKonferenz – das Team als Therapeutikum
- Episode 006 (27.05.2020): Ein Demenzboard für die Gerontopsychiatrie – DZLA eröffnet DialogAkademie – Massage bei Demenz – Neues aus dem DZLA
- Episode 005 (29.04.2020): Neutralität der Wissenschaft – Psychose bei Demenz – Allein leben & kognitiver Abbau – Fallbesprechungen
- Episode 004 (03.04.2020): Doppelt bezahlt=Nix bekommen – Schwerhörigkeit & Demenz – BPSD
- Episode 003 (27.02.2020): SEXUALITÄT – HOCHSCHULLEHRE – KETAMIN – TAGUNG
- Episode 002 (30.01.2020): Vermittlung von Wissen – Rastlosigkeit – Herausforderndes Verhalten – pflegerisches Rollenverständnis
- Episode 001 (31.10.2019): Gegen eine Diktatur der Kürze

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!

Neues aus der DialogAkademie

Wenn Sie schnell über Änderungen des Programms oder neue Seminare und Termine informiert sein wollen, abonnieren Sie unseren Newsletter [„Neues aus der DialogAkademie“](#).

Erste Online-Seminare in der DialogAkademie

Nicht nur der Corona-Problematik geschuldet, haben wir erste Online-Seminare konzipiert und bieten diese an. Die Online-Seminare des DZLA haben mit kurzen Pausen eine Gesamtdauer von drei Stunden und kosten derzeit 75€. Die Online-Seminare werden über "ZOOM" durchgeführt. Informationen zur Teilnahme und den jeweiligen Seminarlink erhalten Sie eine Woche vor Seminarbeginn.

Derzeit (Stand Februar 2021) bietet das DZLA drei Online-Seminare mit den Seminarleiter*innen Christian Müller-Hergl, Detlef Rüsing und Dr. Claudia Zemlin an.

[Hier geht es zu den Seminarbeschreibungen und zur Buchung](https://www.dzla.de/dialogakademie-seminare/)
(<https://www.dzla.de/dialogakademie-seminare/>)

09.03.2021: Online-Seminar ++ "In Ruhe lassen" - Über Grenzen der Aktivierung und den Sinn der Passivität (Seminarleiter: C. Müller-Hergl)

13.05.2021: Online-Seminar - Wie messen wir Wohlbefinden & Lebensqualität bei Menschen mit Demenz (Seminarleiter: D. Rüsing)

17.06.2021: Online-Seminar ++ Biographiearbeit - sinnlos oder sinnvoll?

Gefahrlose Buchung von Seminaren trotz Corona-Pandemie

Niemand von uns kann sagen, ob geplante - auch aktuell in den Herbst verschobene - Präsenzseminare oder Tagungen aufgrund von Corona erneut abgesagt werden müssen. Muss das DZLA anberaumte Seminare selbst absagen, so werden bereits gezahlte Seminargebühren selbstredend komplett an die Überweisenden ohne Abzug zurückgezahlt.

Ermäßigung bei Buchung mehrerer Seminare

Seit Gründung der DialogAkademie bieten wir ermäßigte Gebühren für "Vielbucher*innen" und Personen in besonderen Situationen. Schauen Sie, ob Sie diese Möglichkeiten nutzen wollen und setzen Sie sich bei Bedarf mit uns in Verbindung. Bei Buchung mehrerer Seminare innerhalb eines Jahres wird auf die zweite Buchung 5 Prozent Preisnachlass auf den Seminarpreis gewährt (bitte bei der Buchung vermerken). Ab der dritten Buchung innerhalb eines Jahres beträgt die Ermäßigung 10 Prozent des Seminarpreises. Aufgrund begründeter Ausnahmesituationen kann nach Absprache eine außerordentliche Ermäßigung des Seminarpreises gewährt werden.

Das DZLA hält für die DialogKonferenzen (nicht für die Seminare) ein begrenztes, kostenfreies Kontingent an Eintrittskarten für Studenten, Arbeitssuchende, Rentner, Sozialhilfeempfänger und Personen in prekären finanziellen Situationen bereit. Setzen Sie sich – im Bedarfsfalle – mit uns in Verbindung.

Aktueller Seminarplan (Stand: 22. Februar 2021)

[Hier geht es zu den Seminarbeschreibungen und zur Buchung](#)

- 09.03.2021: Online-Seminar ++ "In Ruhe lassen" - Über Grenzen der Aktivierung und den Sinn der Passivität - € 75
- 13.05.2021: Online-Seminar - Wie messen wir Wohlbefinden & Lebensqualität bei Menschen mit Demenz - € 75
- 19.05.2021: Präsenz-Seminar ++ Persönlichkeitsstörungen im Alter - € 200
- 17.06.2021: Online-Seminar ++ Biographiearbeit - sinnlos oder sinnvoll? - € 75
- 23.06.2021: Präsenz-Seminar ++Pflege von Menschen mit Depression im Alter- € 200
- 23.09.2021: Präsenz-Seminar ++ Basale Stimulation in der Pflege - € 250
- 30.09.2021: Präsenz-Seminar ++ Was Raumgestaltung so alles bewirken kann! - € 250 (Ersatztermin f. 25.03.2021)
- 28.10.2021: Präsenz-Seminar ++ Haltung erfassen und verändern - € 250
- 03.11.2021: Präsenz-Tagung ++ DialogKonferenz: Wissenstransfer - € 150
- 18.11.2021: Präsenz-Seminar ++ Angst & Demenz - € 200

Neues aus dem DNQP

Verschiebung der 10. Konsensus-Konferenz "Förderung der Mundgesundheit"

Aufgrund der Corona-Pandemie muss die 10. Konsensus-Konferenz in der Pflege zum Thema "Förderung der Mundgesundheit" vom 16. März 2021 auf Freitag, den 28. Mai 2021 verschoben werden.

Die bereits angemeldeten Teilnehmer*innen werden vom DNQP gesondert per E-Mail über die Terminverschiebung informiert.

Eine Anmeldung zur Präsenz- oder Onlineteilnahme an der Konferenz ist weiterhin möglich.

Weitere Informationen zur Veranstaltung finden Sie hier.

Verschiebung des 23. Netzwerk-Workshop "Schmerzmanagement"

Der 23. Netzwerk-Workshop zur Vorstellung der Ergebnisse des Praxisprojektes zum Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege wird ebenfalls aufgrund der Corona-Pandemie auf einen späteren Zeitpunkt verschoben.

Als neuen Termin hat das DNQP Montag, den 04. Oktober 2021 festgelegt und hofft, dass sich bis dahin die allgemeine Corona-Lage soweit entspannt haben wird und der Workshop als Präsenzveranstaltung in Osnabrück durchgeführt werden kann.

Das DNQP informiert über seinen Newsletter und die Fachpresse rechtzeitig über das Programm und die Möglichkeit einer Anmeldung.

Neues aus der Hochschule Osnabrück

Stellungnahme zum Gesetzesentwurf zur Umsetzung der Auflösung der Pflegekammer Niedersachsen

Gerne weisen wir vom DZLA auf eine kritische Stellungnahme der Fachgruppe mehrerer Studiengänge im Bereich Pflege und Hebammenwissenschaft zur Auflösung der Pflegekammer Niedersachsen hin. Die Einrichtung von Pflegekammern in Deutschland hat in verschiedenen Bundesländern bei Pflegenden – aber auch in der Politik und Gesundheitswirtschaft - hohe Wellen geschlagen. Trauriger bisheriger Höhepunkt in meinen Augen ist die Auseinandersetzung mit der und um die Pflegekammer in Niedersachsen.

„Die Fachgruppe der Studiengänge Pflege (dual), Pflegewissenschaft, Pflege- und Hebammenwissenschaft, Hochschule Osnabrück, hat im Dezember 2020 eine Stellungnahme zum Gesetzesentwurf zur Umsetzung der Auflösung der Pflegekammer Niedersachsen an die Ausschussmitglieder Soziales, Gesundheit und Gleichstellung sowie an die Landtagsfraktionen im Landtag Niedersachsen übersendet. Unterstützungsschreiben von Hochschullehrenden aus Buxtehude, Hannover und Wolfsburg liegen ebenfalls vor.“

(abgerufen unter: <https://www.hs-osnabrueck.de/studium/studienangebot/bachelor/pflege-bsc-dual-standort-lingen-ems/#c11027961> am 17.02.2021)“

Die vollständige Stellungnahme können Sie sich [hier](#) ansehen.¹

¹ https://www.dzla.de/wp-content/uploads/Stellungnahme_Pflegekammer_NDS_Studiengaenge_PflegeDual_Pflegewissenschaft_Pflege-und-Hebammenwissenschaft_17.12.2020_040221.pdf

ForschungsNewsletter

(Februar 2021)

Editorial - ForschungsNewsletter

Mit unserem (Forschungs-)Newsletter des DZLA 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, Zusammenfassung sowie die Reflexion der einzelnen Studien subjektiv sind und nicht das Lesen der Originalstudien ersetzen. Zu diesem Zweck sind jeweils die Originalquellen zum Eigenstudium verzeichnet.

Ihr Team des DZLA

Zunächst eine kurze Übersicht zu den vorgestellten Studien:

Die Auseinandersetzung mit der Pflege von Menschen mit Demenz ist gerade deswegen spannend, weil die Herausforderungen in diesem Pflegefeld ein ökonomisiertes, funktionalisiertes und oft auch professionalisiertes Pflegeverständnis in Frage stellen. Anlass für die folgenden Überlegungen ist das Ringen um ein System zur Personalbemessung in der stationären Altenpflege. ²

Ambulante und stationäre (Alten)Pflege ist eingebettet in Interaktion und Kommunikation, also in Beziehungsarbeit im Kontext *zumeist elementarer alltäglicher Verrichtungen* und schafft eben dadurch u.a. Orientierung, Verankerung, affektive Selbstregulation. Dies zu bewirken ist zugleich einfach und hochkomplex, lässt sich schwerlich und nur in Einzelfällen in einzelne ‚Interventionen‘ und Zeitkorridore aufspalten, sondern stellt ein verschränktes Ineinander und Gemenge von pflegenden, betreuenden (und anderen) Tätigkeiten dar, das durch funktionale, lineare Analysen kaum erfasst werden kann: Tätigkeiten bauen aufeinander auf, haben unterschiedliches Gewicht, haben je unterschiedliche Priorität, gehen bei einigen, nicht aber bei anderen

² SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Institut für Arbeit und Wirtschaft (iaw), Kompetenzzentrum für Klinische Studien Bremen (KKSb). Abschlussbericht im Projekt Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM); 2020. Im Internet: <https://www.gs-gsa-pflege.de/dokumente-zum-download/>

Patienten miteinander einher. Prozedurale Koppelungen des impliziten Gedächtnisses der Klienten erfordern jeweilig andere Komplexhandlungen. Weder lassen sich diese Komplexhandlungen ohne weiteres in molekulare Handlungsschritte zergliedern noch ergibt deren Summe die Komplexhandlung. Wahrscheinlich legt schon der Begriff ‚Intervention‘ eine Abgrenzbarkeit von Tätigkeitsmerkmalen nahe, die an der Realität der Arbeit mit Menschen mit Demenz – vielleicht mit der Ausnahme einiger, eher medizinisch-pflegerischer Verrichtungen - vorbeigeht: Sogenannte Grundpflege und Ernährung sind nicht vergleichbar mit dem (leicht abgrenzbaren) Einsatz eines Musiktherapeuten von 10:00 bis 11:00 im Gruppenraum.

Situation und Kontext, insbesondere aber Merkmale der Institution und des Pflgeteams (aber auch der Angehörigen) spielen je unterschiedlich in das hinein, was geleistet werden *kann* und *soll*. So gilt es in einer Einrichtung zur guten Pflege, während der Grundpflege zu singen, zu beten, zu psalmodieren etc.³, in der anderen finden die Mitarbeiter das nun doch etwas komisch und überflüssig. Wer oder was soll nun entscheiden, ob dies zum objektiven Bedarf hinzugehört oder nicht?⁴ Helfen dabei Studien oder doch eher eine gute Intuition? Pflegebedarf wird in diesen - nicht nur im ambulanten, sondern auch im stationären - Kontexten kommunikativ konstruiert und stellt kein objektives ‚Merkmal‘ der einzelnen Person dar. Hier gilt kein ‚tertium non datur‘: es kann gut für und gegen das Singen argumentiert werden. Pflegebedarf als ‚Merkmal‘ der einzelnen Person könnte logisch als der Irrtum einer individualisierenden Zuschreibung eines komplexen Interaktionszusammenhangs beschrieben werden. Konkret: befindet sich eine Person mit Demenz und herausforderndem Verhalten am richtigen Ort mit den richtigen (und ausreichend vielen)beruflich Pflegenden, die gut qualifiziert sind, zusammenhalten und fachlich gut begleitet werden, dann wird sich der Pflege- und Betreuungsbedarf ganz anders darstellen als an Orten, wo dies nicht oder nur teilweise der Fall ist. Vermutlich wird der Bedarf im ersten Fall (aufgrund guter präventiver Arbeit) geringer ausfallen, aber: Dies heißt nicht unbedingt, dass immer dort, wo sich der Bedarf als geringer darstellt bzw. konstruiert wird (man also

³ Hammar, L. et al (2011). Finding the key to communication – Caregivers’ experience of ‘music therapeutic caregiving’ in dementia care, *Dementia*, 10(1), 98-111;

⁴ Die Intervention ‚Singen während der Pflege‘ wird hier gedacht als Antwort auf einen Bedarf: die Überwindung der Schwellenangst bzw. die Vermeidung einer Re-Traumatisierung im Kontext der durch Körperpflege bedingten Nacktheit. Durch gleichzeitig-gemeinsames Tätigsein (hier Singen) wird die Aufmerksamkeit und damit das Arbeitsgedächtnis derart abgelenkt, dass für den Klienten die Körperwäsche in den Hintergrund der Aufmerksamkeit rückt. Demnach ist das Singen Antwort auf einen Bedarf.

‚effizienter‘ damit klarkommt), eine bessere Pflege geleistet wird. Wie unter 5 berichtet wird: vielleicht braucht es der/die Bewohner*in, in einer Umgebung zu leben, in der er/sie sich gut streiten kann. Wäre dies ein Qualitätsmerkmal: nicht den Konflikt zu vermeiden und präventiv zu löschen, sondern in kontrollierten Bahnen ermöglichen? Weil der unsicher-vermeidende, leicht paranoide Bindungsstil des Klienten Kontakt nur im Modus des Widerstandes und der Ablehnung erlaubt, aber eben dieser Kontakt nicht vermieden werden darf, weil es eben die einzige Kontaktform ist, die er/sie ‚kann‘ und die sie/er braucht? Und wie ‚objektiv‘ ist nun *dieser* Bedarf? Und was bedeutet dies für das Qualitätsniveau und den Zeitansatz?

Gleichfalls ist es nicht gut möglich, Tätigkeiten per se bestimmten Qualitätsniveau zuzuweisen: Sogenannte Grundpflege und Frühstück mögen hoch herausfordernde Situationen darstellen, Dienstplan schreiben oder die Wochenplanung, vielleicht sogar die Anleitung eines neuen Mitarbeiters möglicherweise die einfachsten: auch diese Zuordnung wird im Team konstruiert (vielleicht hat man eine fitte ehemalige Büroangestellte, die nun in der Pflege arbeitet und, obwohl nicht diplomiert, ein wunderbares Händchen für Managementaufgaben hat).⁵ Wahrscheinlich sind die Qualitäten, die mit Kommunikation und Interaktion verbunden sind, bestimmten beruflichen Qualitätsniveaus gar nicht zuzuordnen: Pflegende sprechen immer wieder von natürlicher Begabung oder Intuition (feinfühliges Erspüren von Bedarfen ohne zu fragen⁶), was einem professionalisierten Verständnis (Lernbarkeit!) zumindest ein Stückweit zuwiderläuft. (siehe newsletter 4, besonders die 3. Studie)⁷

Es steht zu vermuten, dass es zurzeit nur schwerlich gelingt, diese Komplexität von Bedarfen und Leistungen in der Pflege gerontopsychiatrisch veränderter Klienten auf eine angemessene Art und Weise abzubilden, um damit zu realistischen Entgelten und Personalbemessungen zu gelangen. Die sehr umfangreichen Vorarbeiten des SOCIUMs

⁵ Situationsbedingtes Interpretieren und Regelbrechen ist weniger ein Problem, sondern eine wichtige Grundvoraussetzung gut funktionierender Teams: Scales, K., Vailey, S., Middleton, J., Schneider, J. (2017). Power, empowerment, and person-centred care: using ethnography to examine the everyday practice of unregistered dementia care staff. *Sociology of Health & Illness*, 39(2), 227-243

⁶ Häufig wird in der Beschreibung von Tätigkeitsmerkmalen angegeben, man müsse den Klienten fragen: eben dies wäre in der schweren Demenz eher ein Fehler, weil kognitiv überfordernd. Eher braucht es ein Feingespür, Bedarfe sicher ohne Fragen zu erspüren, vielmehr assoziativ zu erkunden und zu bedienen. Vgl.: C. Held, Was ist ‚gute‘ Demenzpflege?, Hans Huber, 2:2018

⁷ Vgl. auch: Smythe, A., Bentham, P., Jenkins, C., Oyebode, J.R. (2015). The experiences of staff in a specialist mental health service in relation to development of skills for the provision of person centred care for people with dementia. *Dementia*, 14(2), 184-198

stellen einen engagierten Versuch dar, einen ersten Schritt in diese Richtung zu machen. Insgesamt aber ist der Ansatz doch noch sehr einem linearen Verständnis pflegerischer Tätigkeiten verpflichtet. Der Lackmustest aus der Demenzperspektive ist folgender: Den *Pflegebedarf von* und dementsprechend auch den *Personalbedarf für* hochgradig mobile Menschen mit Demenz mit schwerem herausforderndem Verhalten abzubilden und adäquat zu vergüten und mit Personal auszustatten, so dass die Pflegenden sagen: jetzt ist gut!

Wenn es denn so schwierig ist: Warum fragt man eigentlich nicht direkt die Pflegenden, was sie hier für angemessen halten und betrachtet dies als ausreichende Basis für Bedarfsannahmen und Leistungen? Wäre das nicht einfacher, preisgünstiger und am Ende gerechter? Vielleicht im Zusammenhang mit einer einfachen Plausibilitätsprüfung?

Nun zu einzelnen Studien:

Zu Beginn der Covid-10 bedingten Einschränkungen gab es viele, auch begründete Befürchtungen, wie sich die Kontaktbeschränkungen auf Ältere Menschen insgesamt, Heimbewohner und insbesondere Menschen mit kognitiven Einschränkungen auswirken wird. Zumindest für Personen in eigener Häuslichkeit haben sich die Folgen als gering erwiesen. Insgesamt passen sie sich der Krise gut an. Anders sieht es für Angehörige aus.⁸⁽¹⁾

Zunehmend gelingt es mit qualitativen Verfahren, das Erleben der Demenz zu beschreiben. In vorliegender Studie wird deutlich, wie sich Personen mit Demenz an die familiäre Rolle des ‚Opfers‘ anpassen und lernen, neue Erfahrungen des plötzlichen und unvorhersehbaren Niedergangs hinzunehmen. Deutlich wird, wie wenig es den Personen mit Demenz und den Angehörigen gelingt, sich über das eigene Erleben und Empfinden auszutauschen. Stattdessen entsteht ein ‚dementes Theater‘, in dem jede/r eine Rolle spielt, die er/sie gar nicht will. (2)

Auch die nächste Studie unterstreicht, in welchem Maß Demenz ein familiäres Geschehen darstellt. Besonders in Fällen früh einsetzender Demenz sind Familien auf eine umfassende Begleitung angewiesen, um verschiedene Dienste, Behörden und Zuständigkeiten zu koordinieren, wenn nicht zu integrieren. Nicht nur das Jugendamt, sondern auch die Schule und der Arbeitgeber des gesunden Elternteils muss lernen, Demenz und die Situation der Familie zu verstehen. Die Kinder demenzkranker Eltern

⁸ Vgl.: Geyer, J., Böhm, F. et al (2020). Die Lebenssituation von Menschen mit Demenz und pflegenden Angehörigen während der Coronavirus-Pandemie, *Pflege*, 33(4), 189-197. Die Studie stützt sich weitgehend auf Aussagen der Angehörigen.

sind oft die stillen Leidtragenden, deren Begleitung eine besondere auch pflegerische Herausforderung darstellt. (3)

Es ist eine offene Frage, ob die Präferenz für ein Leben in eigener Häuslichkeit die klügste Option darstellt. Immer mehr hochaltrige Menschen leben allein auch dann, wenn die Demenz einsetzt. Das Selbstmanagement wird prekär, sich selbst aufzuraffen mühsamer und welche Dienste einem helfen können – wie soll man das herausfinden? Der Versuch, alles aufrecht- und zusammenzuhalten wird dann zum größten Stressor.

(4)

Wo ist dann und was ist dann ‚Zuhause‘? Im Heim befindet man sich an einem ‚Zwischenort‘, zuweilen daheim, dann wieder ganz fremd. Wo das ‚Zuhause‘ sein könnte, wird zunehmend undeutlich und bedeutet eher eine kurze situative Verfassung, die kommt und geht. Am ehesten birgt das aktive Zusammen- und Tätigsein mit Mitarbeitenden die Chance, sich zu verorten. Psychisch aber scheint das Thema ‚Zuhause‘ einen Ankerpunkt der Seele zu bilden, um den herum die Gedanken und Gefühle der Bewohner*innen kreisen. Sich um Wohlbefinden zu bemühen könnte also heißen, immer wieder Situationen zu schaffen, in denen Menschen das Gefühl gegeben wird, Zuhause anzukommen. (5)

Interaktion und Kommunikation stellen einen Kontext dar, innerhalb dessen sich Menschen mit Demenz am ehesten verorten, orientieren, damit auch affektiv beruhigen können. Pflegende können dies am besten in, mit und durch den Fluss fortlaufender, alltäglicher Aktivitäten vermitteln. Das mühelose und kontinuierliche Zusammensein im Alltag stellt dann ein wahres Therapeutikum dar. Leider wird dies, wie die Studie zeigt, noch nicht ausreichend genutzt: weil man eher *für* die Personen arbeitet denn *mit* ihnen. Es gelingt zu wenig, die funktionale Versorgung zu ‚personalisieren‘. (6)

Warum ist das so? Zunehmend wird die Pflegearbeit durch ökonomische Orientierungen (Effizienz, Effektivität, Verdichtung) und ein professionelles Pflegeverständnis geprägt, demnach angeblich ‚einfache‘ pflegerische Tätigkeiten besonders gut an den ‚pflegerischen Unterbau‘ zu delegieren sind und Diplomierte sich (zumeist eher widerwillig) vornehmlich mit der Prozesssteuerung begnügen (müssen). Beides, die Ökonomisierung und die Professionalisierung haben zu einem funktionalen Arbeitsverständnis beigetragen mit der Folge, das ‚kommunikative Nebenbei‘ wegzurationalisieren (dafür sind dann Betreuungskräfte zuständig)⁹. Zumindest wäre

⁹ Becker, K., Lenz, S., Thiel, M. (2016). Pflegearbeit zwischen Fürsorge und Ökonomie. Längsschnittanalyse eines Klassikers der Pflegeausbildung. Berliner Journal für Soziologie, 26, 501-527

dies ein Ansatz um zu erklären, warum das Humane in der Pflege verpasst wird. Das Humane wird dann eher ‚heimlich‘ getan. Im ‚pro forma‘- Bedienen von Regeln manifestiert sich der Widerstand gegen diese Überformung eines ‚Liebesdienstes‘, der Pflege eben auch und immer noch ist. Die schwedische Studie beschreibt, wie sich Pflegende dieser Zusammenhänge im Rahmen einer supervisorischen Begleitung zunehmend bewusst werden, sich Stück für Stück den institutionellen, generalisierten Bedürfnisannahmen entziehen und Pflege neu für sich entdecken. Neu gilt es zu entdecken, dass in eben diesen ‚einfachen‘ Tätigkeiten und Situationen die besten Chancen bestehen, Heimbewohnern ein Zuhause zu schaffen. (7)

Eine Studie aus den Niederlanden zeigt im Detail, wie unterschiedliche Professionen und Angehörige das Verhalten von Menschen mit Demenz verschieden auffassen und konstruieren. Angehörige und professionell Pflegende versuchen, dem Verhalten einen Sinn oder eine Funktion zuzuweisen, was Ärzte vergleichsweise weniger tun.¹⁰ Besonders beim Abwehrverhalten hat die jeweilige Interpretation einen deutlichen Einfluss darauf, wie Bedarfe und Interventionen konstruiert werden. (8)

Zwang und subtile Nötigung gibt es auch unterhalb der ‚freiheitsentziehenden Maßnahmen‘. Pflegende unterschätzen zumeist, wie ihr Verhalten und ihre Aussagen von psychisch kranken Patienten interpretiert werden. Dreh- und Angelpunkt für die Interpretation stellt der Beziehungskontext dar, der aber oft von den strukturellen Aspekten, also den Handlungszwängen der Institution, überschattet wird. Im Nachhinein interpretieren psychisch Kranke den erfahrenen Zwang häufig positiv. (9)

Schon seit längerem zeichnet sich eine neue Gruppe von Heimbewohnern ab, die psychisch krank, eher jünger (um die 70) und männlich sind und schwere Formen herausfordernden Verhaltens an den Tag legen, ohne eine Demenz aufzuweisen. Besonders imponieren Hyperaktivität und hohe Irritierbarkeit, die häufig zu Konflikten mit anderen Bewohnern und Mitarbeitern führt. Die Studie stellt diese Gruppe im Langzeitverlauf vor. (10)

Daran schließt sich die nächste Studie an¹¹: Die Versorgungsbedarfe alter psychisch kranker Menschen (ohne Demenz) gelten als wenig beforscht. Zum Umgang und zu Interventionen gibt es wenig Wissen und Literatur. In der Regel gibt es, wenn überhaupt, Schulungen zu den Themenbereichen Depressivität und Suizid, allerdings

¹⁰ Vgl.: Karger, C.R. et al. (2016). Emotional experience in patients with advanced Alzheimer’s disease from the perspective of families, professional caregivers, physicians, and scientists. *Aging & Mental Health*, 22(3), 316-322

haben Mitarbeitende viel zu wenig Zeit, in Beziehungsaufbau und Tagesstrukturierung zu investieren. Eine gute Idee aus den Niederlanden hat sich bewährt: ältere Freiwillige als Peer-Support für alte psychisch kranke Menschen auszubilden. (11)

Den Zusammenhang von Hörverlust und Demenz haben wir bereits mehrfach in den Blick genommen. Die italienische Studie belegt: je schwerer der Hörbehinderung, desto eher liegen auch neuropsychologische Defizite vor. Hörbehinderungen beschränken sich nicht auf ein auditives Defizit, sondern wirken sich über eine Kette von Zwischenschritten auf komplexe Handlungs- und Verstehens Ebenen, also auf Exekutivfunktionen aus. Eine weitere Studie zeigt auf, dass Hörhilfen allein nicht ausreichen: es bedarf auch einer längeren intensiven Begleitung in Anwendung und Nutzung. (12)

Zum Abschluss noch ein paar Interventionen: Der Garten ist immer ein schönes Thema (keiner hat was dagegen), nur leider werden Gärten eher gering genutzt. Dabei erlaubt der Garten ein entspanntes, sinnhaftes und anstrengungsloses Verweilen in lockerer Runde. Die Studie beschreibt Anforderungsprofile aus Sicht der Mitarbeitenden und Bewohner*innen. Der Blick ins Grüne scheint stark mit Wohlbefinden assoziiert zu sein. (13)

Auch die Kunst kommt zumeist zu kurz, kann aber wesentlich dazu beitragen, einen guten und persönlichen Kontakt aufzubauen. In vorliegender Studie dienen künstlerische Möglichkeiten dem Zweck, den Beziehungsaufbau in der Pflege zu unterstützen. Es geht nicht um Kunsttherapie, sondern darum, ein breiteres Feld für Kommunikation und Konversation zu erschließen, anschlussfähiger zu werden und sich anhand geteilter Erfahrungen kennenzulernen. (14)

Mit fortschreitender Demenz nehmen Spastiken und Kontraktionen zu, eine zunehmende Grundspannung der Muskulatur, die nicht mehr willentlich gelöst werden kann. Häufig werden diese Haltung als Widerstand verkannt und löst der pflegerische Umgang Mikrotraumen aus. Beschrieben werden Formen der Lagerung und Wahrnehmungsunterstützung sowie Umgangsweisen, um die Folgen zunehmender Paratonie zu mildern. (15)

Wie immer wünschen wir uns an dieser Stelle von Ihnen vor allen Dingen eins: sich zu melden, wenn Ihnen etwas besonders zusagt, etwas Sie verärgert oder verwundert oder Sie sich fragen, warum wir über bestimmte Ihnen wichtige Dinge mal wieder nichts berichtet haben.

Christian Müller-Hergl, Osnabrück im Februar 2021

Studien

Inhaltsverzeichnis Studien

(1) Menschen mit Demenz in häuslicher Umgebung sind nur mäßig von den Einschränkungen im Zusammenhang mit COVID-19 betroffen	27
(2) Menschen mit Demenz passen sich der Opferrolle in Familien an	30
(3) Familien mit früh einsetzender Demenz benötigen eine übergreifende Form des Casemanagements	33
(4) Menschen, die mit Demenz alleine leben, fehlt es an geeigneten Diensten	36
Menschen mit Demenz alternieren zwischen Zuhause-Sein und Nicht-Zuhause-Sein	39
(6) Positive Interaktionen („Bienchendienste“) sorgen für höhere Lebensqualität..	42
(7) Funktionalität ist ein Schild, der sinnvolle Aktivität verhindert.....	45
(8) Auch Traurigkeit und Apathie können Reaktionen auf unfreiwillige Pflege darstellen	48
(9) Die Beziehung entscheidet, wie erfahrener Zwang wahrgenommen und bewertet wird	50
(10) Hyperaktivität trägt wesentlich zur Heimaufnahme bei.....	53
(11) Versorgungsbedarfe von psychisch kranken Heimbewohnern – ein unbekanntes Land	55
(12) Hörbehinderung erhöht die Wahrscheinlichkeit einer kognitiven Störung	58
(13) Entspanntes Sitzen und Schauen geht mit erhöhtem Wohlbefinden im Außenbereich einher	60
(14) Künstlerische Möglichkeiten entwickeln die Kommunikationskompetenz von Pflegeassistenten.....	62
(15) Lagerungen und ein entspannter Umgang sind bei Paratonia zu empfehlen ..	65

(1) Menschen mit Demenz in häuslicher Umgebung sind nur mäßig von den Einschränkungen im Zusammenhang mit COVID-19 betroffen

Ziel/Hintergrund: Physische Distanz, das Tragen von Gesichtsmasken, der Verzicht auf Besuche sowie der Ausfall von tagespflegerischen Möglichkeiten stellen erhebliche Risiken für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen dar. Sie könnten leicht als Rückzug missverstanden werden, Ängste und depressive Verstimmungen auslösen. Vorliegende deutsche Studie untersucht die Folgen der einschränkenden Regelungen für zu Hause lebende Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen.

Methoden: Es handelt sich um eine Studie, basierend auf Telefonaten und Interviews mit 141 Personen mit Demenz im häuslichen Kontext (Gelegenheitsstichprobe). Die Personen waren den Forschenden aus einem anderen Forschungskontext heraus bekannt. Beschrieben wird der Fragebogen für die Telefonate sowie der halb-strukturierte Fragebogen für die Interviews. Von besonderem Interesse waren: Auswirkungen im persönlichen Bereich, soziale Unterstützung, Einsamkeit, Ängste, Depressivität, Veränderung in der Häufigkeit sozialer Aktivitäten, Auswirkungen bezüglich der Nutzung von Pflege- und Gesundheitsdiensten.

Resultate: Die Mehrzahl der Interviewten zeigte sich angemessen informiert mit eher geringen oder mäßigen Sorgen. Traurigkeit, Ängste oder Interessenverlust liegen mehrheitlich nicht oder nur im geringen Umfang vor. Interessen werden wie zuvor mit einigen Schwerpunktverlagerungen verfolgt, Kontakte erfolgen eher über das Telefon oder soziale Medien. Vermisst werden das Tanzen sowie weitere einfache alltägliche Kontakte (Café besuchen, Geburtstagsfeiern etc.). Auf Dienste wie Fußpflege, verschriebene Therapien, Entlastungsangebote musste zum Großteil verzichtet werden

Diskussion: Insgesamt hat sich die persönliche Situation zu Hause lebender Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen nicht gravierend verändert bzw. verschlechtert. Insbesondere Einsamkeit, Ängste und Depressivität erwiesen sich vergleichbar, tendenziell sogar eher geringer ausgeprägt als in der Allgemeinbevölkerung. Fehlende physische Kontakte wurden durch telefonische ersetzt. Die stärksten Auswirkungen konnten im Bereich der Nutzung von Pflege- und Gesundheitsdiensten aufgezeigt werden. Dies könnte sich im Nachhinein gravierend auf die pflegenden Angehörigen auswirken.

Quelle: Thyrian, J., Kracht, F., et al. (2020). The situation of elderly with cognitive impairment living at home during lockdown in the Corona-pandemic in Germany. *BMC Geriatrics*, 20:540

Schlagworte: Corona, Demenz, Deutschland

Vgl.: Zipprich, H., Schönenberg, A., et al. (2021). Changes of perceptions and behaviours during the phases of COVID-19 pandemic in German elderly people with neurological disorders: an observational study using telephone interviews. *BMJ Open* 2021;11:e045780. doi:10.1136/bmjopen-2020-045780

Im Rahmen einer ähnlichen Fragestellung werden Personen, die in der neurologischen Abteilung des Universitätskrankenhauses in Jena behandelt wurden, telefonisch befragt, wie sie die Einschränkungen im öffentlichen Leben in den verschiedenen Phasen (März 20 bis Mai 20, Mai 20 bis Juni 20, Juni 20 bis Ende August 20) erlebt haben. Besonders im Blick stehen Aktivitäten innerhalb und außerhalb der eigenen Wohnung, psychologische Belastung, sowie Haltung zu den einschränkenden Maßnahmen. 452 Personen konnten befragt werden. Die Belastungen insgesamt (einschließlich der psychischen) ließen im Verlauf der Zeit in Phase 2 und 3 nach. Einschränkungen in Sozialkontakten und Mobilität, später die Nutzung einer Gesichtsmaske wurden als belastend erlebt. Jüngere Personen, Männer, Personen mit einer höheren Bildung, mit mehr depressiven Symptomen und körperlichen Einschränkungen erlebten die Einschränkungen vergleichsweise belastender. Verheiratete Personen sowie Personen mit geringerer Bildung erfuhren vergleichsweise geringere Belastung. – Die Autoren vermuten, dass geringere Verantwortlichkeiten und Erfahrungen mit vergleichsweise schlimmeren Situationen bei älteren Personen die Auswirkungen der Einschränkungen in Grenzen hielten. Insgesamt waren Einschränkungen der Sozialkontakte belastend sowie eine durchaus berechtigte Angst, sich selbst zu infizieren.

Vgl.: Miners, S., Kehoe, P., Love, S. (2020). Cognitive impact of COVID-19: looking beyond the short term. *Alzheimer's Research and Therapy*, 12:170, <https://doi.org/10.1186/s13195-020-00744-w>

Etwa 2/3 aller hospitalisierten Patienten mit COVID-19 weisen Beeinträchtigungen des zentralen Nervensystems aufgrund von Durchblutungsstörungen (ischämisch),

(intrazerebrale) Einblutungen unterschiedlicher Art, Schäden der ‚weissen Substanz‘ (Leitungen, Nervenfasern), Gefäßveränderungen, Gerinnungsstörungen mit Thromben, mikrovaskuläre Veränderungen, Folgen überzogener Reaktionen des Immunsystems und Hypoxie. Evidenzen weisen darauf hin, dass nicht nur über die Atemwege der Rachen und die Lunge, sondern auch das Gehirn über die Nase direkt infiziert werden kann. (siehe Schaubild) Desorientierung, Aufmerksamkeitsstörungen und damit zusammenhängend Störungen der Exekutivfunktionen können die Folgen sein, die durchaus an delirante oder dementielle Verfassungen denken lassen. Länger anhaltende kognitive Einbußen, neurodegenerative Entwicklungen und Atrophie des Hippocampus wurden berichtet. Besonders gefährdet erwiesen sich Personen mit bereits bestehenden cerebrovaskulären Veränderungen und beginnenden neurodegenerativen Prozessen (insbesondere Personen mit homozygoter APOE e4, erhöht die Mikrogila-bedingte Neuroinflammation¹²) – ältere Menschen eben.

¹² Hierzu: Mok, V. et al (2020). Tackling challenges in care of Alzheimer’s disease and other dementias amid the COVID-19 pandemic, now and in the future. *Alzheimer’s and Dementia*, 16, 1571-1581

(2) Menschen mit Demenz passen sich der Opferrolle in Familien an

Ziel/Hintergrund: Das Erleben von Demenz ist ohne Frage belastend und mit Stress verbunden. Vorliegende Studie geht den Fragen nach: Wie nehmen Menschen mit Demenz ihren Stress wahr und wie bewältigen sie ihn?

Methoden: Es handelt sich um eine qualitative Studie, in der sich 21 Personen mit Demenz in Fokus-Interviews zu ihrem Stresserleben und Stressbewältigen äußern. Teilnehmende wurden aus bestehenden Netzwerken gewonnen, in denen die Personen zusammenkommen und über sich und ihre Situation reden. Es handelt sich um Personen, die sich noch (mit etwas Unterstützung) relativ gut zu sich und ihrer Situation äußern konnten. Die Gespräche wurden videographiert und anschließend ausgewertet.

Resultate: Es konnten 5 zentrale Schlüsselthemen identifiziert werden:

Dein Leben ist zerrissen

Unter diesem Thema werden Erfahrungen von Verlust, Veränderungen seiner selbst, wichtiger Lebensrollen, Beziehungen und Fähigkeiten beschrieben. Selbstverständliche Tätigkeiten können nicht mehr durchgeführt werden und werden von anderen übernommen. Dies nimmt mitunter eine traumatische, ja dissoziative Qualität an, wenn man sich plötzlich nicht mehr äußern kann, die Worte fehlen, man die eigenen Texte nicht mehr versteht. Einige spüren dies so, wie wenn das alte Ich verlorengegangen sei und man nicht mehr der/die ist, die man war.

Familien machen mitunter Stress

Zunehmend fühlt man sich wie gut gehaltener Gefangener, dessen Handschellen aus Sorge und Zuneigung der anderen bestehen. Familienmitglieder beginnen, sich anders zu verhalten, beobachten einen mehr, greifen schneller ein, korrigieren, was angeblich falsch gemacht wurde. Zunehmend passt man sich den Erwartungen der Familie an und positioniert sich als Opfer, um der ‚familiäre Rettungsmaschine‘ zu entsprechen. Allerdings geht diese ‚willige Opferposition‘ mit vielen Selbstwertkrisen einher: man macht sich mehr als nötig zum Familienkrüppel. Im Ergebnis vermeidet man es, offen über sich in der Familie zu reden aus Angst, einen neuen Zyklus der Überbesorgtheit auszulösen.

Es ist ein Stress, mit Demenz zu leben

Es kommen Symptome auf einen zu, mit denen man nicht rechnet und über die man sich nicht aufgeklärt erfährt. So habe man nicht gewusst, wie sehr sich die räumliche Wahrnehmung verändert oder dass man schnell ermüdet. Zudem kann man nicht

vorhersehen, womit einen die Demenz als nächstes ‚überrascht‘. Man erlebt dies wie eine Geschäftsaufgabe oder, wie wenn die Rollläden heruntergehen: plötzlich geht was nicht mehr, das noch gerade ging.

Es herrschen neue Regeln

Am Anfang kämpft man noch dagegen an, mit der Zeit gewöhnt man sich daran ein wenig: der Stress wird nicht weniger, aber man beginnt, sich in dieser besonderen Art von Stress (plötzlich geht etwas nicht mehr) auszukennen und sagt sich: da ist es wieder. Man beginnt zu akzeptieren, die Erwartungen anderer nicht mehr erfüllen zu können und keine Kontrolle mehr zu haben. Man beginne, die Welt mit anderen Augen zu sehen und sich in den Erwartungen der anderen (Opferposition) einzurichten und diese Position zu nutzen. In diesem Sinne gibt es ein neues Lernen und erwachsene neue Handlungsoptionen.

Es ist unser Leben und wir sind dabei, es unter Kontrolle zu bekommen

Teilnehmende beschreiben einen wachsenden Impuls, das Leben wieder in die eigene Hand zu nehmen. Man lernt neu etwas über sich selbst und beginnt, sich auf das zu konzentrieren, das man trotz der Demenz noch kann. So haben die Teilnehmenden gelernt, sich mehr zu schonen, sich bei Müdigkeit zurückzuziehen, sich auch emotional mit einem reduzierteren Leben zufrieden zu geben. Dazu gehört es auch, Hilfen gerne anzunehmen, aber dann bitte so, wie man selbst es möchte. Man komme anders durch den Tag: wichtig ist es, dass es ‚mein Tag‘ ist.

Diskussion: Demenz wird bewältigt in einem Kontinuum von Anpassung und Selbstbehauptung. Erlebte Verluste werden sukzessive integriert und adaptiert. Man gewöhnt sich ein Stück daran, von anderen anders gesehen zu werden als man selbst sich sieht. Die Überwachung und Kontrolle durch Angehörige wird zunächst als belastend erfahren und löst Traurigkeit und Verzweiflung aus, wird dann aber zunehmend hingenommen und dann sogar ‚bedient‘, um neue soziale Erwartungen von Hilflosigkeit und Bedürftigkeit zu erfüllen. Es wachsen die ‚Heimlichkeiten‘ und versteckten Widerstände, um sich der Überwachung und Kontrolle bedingt zu entziehen. (kleine Fluchten) Die Studie unterstreicht erneut, wie das, was Demenz bedeutet, in Familien konstruiert wird.

Besonders heben die Autoren die Anpassungsprozesse in Richtung Normalisierung hervor: Menschen mit Demenz richten sich in der angebotenen ‚Krankenrolle‘ ein und gewöhnen sich bzw. normalisieren die Stresserfahrungen und die Interaktionsweisen anderer Personen ihnen gegenüber. Dies widerspricht zum Teil der Theorie der

reduzierten Reizstressschwelle, die annimmt, dass mit der Demenz das Stressniveau steigt.

Zuletzt geben die Autoren eine Reihe von Empfehlungen, die darauf basieren, die Überanpassungen zurückzufahren, das Selbstbewusstsein der Personen zu stärken und wo immer möglich den Personen Kontrolle zurückzugeben. Es sei – so schließen sie – nicht nur wichtig, wie Unterstützung angenommen, sondern wie sie wahrgenommen werde.

Quelle: Sharp, B. (2019). Stress as experienced by people with dementia: an interpretative phenomenological analysis. *Dementia*, 18(4), 1427-1445

Schlagworte: Stress, Coping, subjektiv

Vgl.: Bjørkløf, G., Helvik, A.-S., Ibsen, T. et al, (2019). Balancing the struggle to live with dementia: a systematic meta-synthesis of coping. *BMC Geriatrics*, 19:295, <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1306-9>

Die Studie fasst vorliegendes Wissen über Coping-Verhalten von Menschen mit Demenz zusammen. 74 Studien konnten herangezogen werden. Humor und praktische sowie emotionale Unterstützung stellen die beiden wichtigsten Ressourcen in der Bewältigung der Demenzerfahrung dar. Vier allgemeine Strategien werden erkennbar: Solang wie möglich weitermachen wie bisher (die eigene Identität bewahren, Situationen normalisieren, etwas zum Leben der anderen beitragen), sich den Situationsanforderungen anpassen (z.B. durch Vereinfachung, feste Routinen, Abwärtsvergleiche), die reduzierten Möglichkeiten und die Demenz-Situation für sich annehmen (nicht das Ende der Welt, aber eine Herausforderung), bestimmte Situationen (neu, komplex, anspruchsvoll) möglichst vermeiden. In der Regel nutzen Menschen mit Demenz alle vier Strategien gleichzeitig und wechseln zwischen ihnen hin und her je nach Kontext und Situation. Die Autoren bemühen das Bild eines fortlaufenden Balanceaktes. Während man zu Beginn versucht, möglichst weiterzumachen wie bisher, ändert sich das bei zunehmender Demenz: Hier beginnt man, eher, sich von Lebensbereichen zu verabschieden und unwiderrufliche Veränderungen für sich anzunehmen. Emotionsfokussierte Strategien werden wichtiger und es gilt, den kleiner werdenden Lebensraum zu gestalten. Durchgehend wichtig bleibt, sich in Kontrolle wahrnehmen zu können, Hilfen anderer zu integrieren und das Gefühl zu bewahren, ein bedeutsames Leben führen zu können.

(3) Familien mit früh einsetzender Demenz benötigen eine übergreifende Form des Casemanagements

Ziel/Hintergrund: Spezialisierte Dienste und Einrichtungen für Menschen mit Demenz sind in der Regel auf eher alte Personen und die sie pflegenden Angehörigen ausgerichtet. Junge Personen mit Demenz unter 65 Jahren und weitere, mitbetroffene Angehörige, insbesondere aber im Haushalt lebende Kinder sind kaum oder nur selten im Blick der Dienste und der Finanzierungssysteme. Kinder sind häufig je nach ihrer Entwicklung von den Veränderungen familiärer Rollen betroffen.

Da geeignete Dienste für Menschen mit frühem Demenzbeginn fehlen, sind die Personen in besonderem Masse auf ihre Familien angewiesen. Die dort geleisteten Hilfen zusammen mit den damit einhergehenden Verantwortlichkeiten und Rollenveränderungen wirken sich nicht selten auf das emotionale Wohlbefinden der Kinder mit der Gefahr von Entwicklungsstörungen (z.B. Schule, Lernen, Kontakte zu Gleichaltrigen) aus. Vorhandene Dienste kämpfen bisweilen vergeblich, eine adäquate, sozial inklusive Unterstützung für diese Familien auf die Beine zu stellen.

Um eine andere Art von Dienstleistung zu entwickeln und zu begründen, erkundet die australische Studie beispielhaft die Perspektiven von Familienmitgliedern und Dienstleistern, um kritische Faktoren für eine von Dienstleistern und Familien gestaltete Dienstleistung zu identifizieren.

Methoden: Befragt wurden Personen mit früher Demenz (n=5), pflegende Angehörige (n= 6) sowie im Haushalt lebende Kinder (n=17). Bei den Demenzerkrankungen handelt es sich zumeist um präsenile Demenzen vom Alzheimer-Typ oder um frontotemporale Demenzen. Weiterhin wurden sieben Dienstleister für medizinische oder soziale /pflegerische Dienstleistungen interviewt, die besondere Erfahrungen in der Unterstützung von Familien gesammelt haben, die mit Demenz leben. Dabei handelt es sich um einen Geriater, eine Pflegekraft, einen Beschäftigungstherapeuten, einen Psychologen, einen Berater für Frühinterventionen sowie um zwei Casemanager. Es handelt sich um Halbstrukturierte Interviews mit einzelnen und Paaren. Für die Befragung der Kinder wurden sorgfältige Rahmenbedingungen gewählt.

Resultate: In je drei Kapiteln werden Ergebnisse aus der Perspektive der Familien und der Dienstleister (hier nur eine Zusammenfassung) vorgestellt.

Die sozialen Bedarfe der Familien verstehen

Soziale Herausforderungen der Personen mit früher Demenz: Sie verlieren häufig ihre Arbeit, können zum Einkommen der Familien nicht mehr beitragen, geraten in eine Sinnkrise inklusive Depressivität und Suizidalität. Besonders herausfordernd ist die Situation für alleinerziehende Mütter mit Kindern: Sie können sich weder um sich noch um die Kinder adäquat kümmern. Wie erklärt man als alleinerziehende Mutter mit beginnender früher Demenz den Lehrern seiner Kinder die eigene ‚demente‘ Verfassung und verhandelt mit ihnen dann, was dies für den Bildungsweg der Kinder und ihren Unterstützungsbedarf bedeuten könnte? Offene Kommunikation in Familien fehlt häufig mit der Folge, dass Hilfen gar nicht oder versteckt/verdeckt und dann eher informell gesucht werden. Zunehmender angstvoller Rückzug kann die Folge sein. Kinder, die mit dem gänzlich Unerwarteten zurechtkommen müssen: Kinder sind häufig unzureichend informiert und versuchen, die häusliche Situation über die eigenen Möglichkeiten hinausgehend zu ‚retten‘, oft auf dem Hintergrund fälschlicherweise empfundener Schuld. Im Falle geschiedener Eltern verbergen Kinder die Demenz der Mutter vom geschiedenen Vater, um der Mutter nicht entzogen zu werden. So finden sich 17- und 18-Jährige in Angehörigengruppen wieder, die eher von älteren und alten Angehörigen frequentiert werden – und erleben sich völlig deplaziert. Eine altersgemäße Angehörigengruppe mit psychotherapeutischer Begleitung wäre angemessen. Einige mussten bereits in jungen Jahren mit 18 die (rechtliche) Betreuung eines Elternteils übernehmen und teilweise stationäre Unterbringungen auf den Weg bringen. Die Doppelanforderungen von Pflege und Betreuung, Schule und die Sorge um jüngere Geschwister führt dann zuweilen zum Zusammenbruch wie z.B. Weglaufen, Drogenkonsum, Alkohol oder auch Selbstverletzung. Viele Kinder reflektieren, dass sie eigentlich niemanden hatten oder haben, mit dem/der sie offen reden können und Unterstützung erfahren.

Pflegende Angehörige balancieren Bedarfe: So ein gesunder Elternteil vorhanden ist, muss dieser viele Anliegen und Bedarfe balancieren, die eigenen Bedarfe massiv zurückstellen und sich ‚zusammenreißen‘. Eine psychotherapeutische Begleitung, aber auch ein unterstützendes Umfeld erweisen sich als sehr hilfreich. Zuweilen wird es zu viel, wenn neben die Betreuung des an Demenz Früherkrankten weitere Sorgen hinzukommen, z.B. eine psychische Erkrankung eines Kindes oder die Pflege eines Elternteils. Oft erleben die derart überforderten Personen erst Jahre nach der Überbelastung eine massive Gesundheitskrise.

Interaktionen der Dienstleister mit Familien (zusammenfassend): Die Sorge um die Familie als Ganzes ist im zersplitterten System der Sozialarbeit kaum zu leisten. Dienste sind zumeist spezialisiert und eingeengt durch Finanzierungssysteme, die eine

ganzheitliche Begleitung der Gesamtfamilie nicht vorsehen. Es steht oft nicht genügend Zeit zur Verfügung, um verschiedene Dienste ausreichend und zeitig zu koordinieren. Viele Dienste (z.B. Jugendamt) müssen erst umfassend über Demenz und ihre Folgen aufgeklärt werden, um die Notwendigkeit eines Eingreifens zu verstehen. Kinder werden zumeist nicht angemessen informiert und auf dem Stand gehalten und begreifen oft nicht, was geschieht. Eltern enthalten Informationen vor, um die Kinder zu schonen. An einem Beispiel wird illustriert, wie ein demenzspezifischer Integrationsdienst Lehrer und Klasse begleitet, um den Unterstützungsbedarf eines Kindes angemessen wahrnehmen zu können. Typischerweise handelte es sich um ein Modellvorhaben, dass nach Projektende nicht in die Regelfinanzierung übernommen wurde. („Ewigkeitskosten“)

Diskussion: Familien benötigen einen ganzheitlichen Begleitungsansatz, um die Bedarfe und Bedürfnisse aller in den Blick zu bekommen und um die damit notwendigen Dienste zu koordinieren und maßzuschneidern. Ein wesentlicher erster Schritt besteht darin, über die Vermittlung eines professionellen Dritten eine offene, innerfamiliäre Kommunikation zu gewährleisten. Wo immer dies gelingt können Lösungen besser gefunden werden. Es ist wichtig, den Hintergrund, die Geschichte und Überzeugungen in einer Familie zu verstehen, um die Begleitung an die Entwicklungsphase einer Familie anzupassen. Ohne dies geraten insbesondere die Kinder ins Hintertreffen. Abschließend skizzieren die Autoren ein ko-kreatives Begleitungsmodell, bei dem die Familie zusammen mit einem Case Manager (hier „community liaison person“ genannt) die für sie notwendige Dienstleistung entwickeln, immer wieder anpassen und gemeinsam lernen.

Quelle: Hutchinson, K., Roberts, C., Roach, P., Kurrle, S. (2020). Co-creation of a family-focused service model living with younger onset dementia. *Dementia*, 19(4), 1029-1050

Schlagnworte: frühe Demenz, Familie, Ko-Kreation von Dienstleistungen

(4) Menschen, die mit Demenz alleine leben, fehlt es an geeigneten Diensten

Ziel/Hintergrund: Etwas 26% älterer Personen (65+) in den USA und ungefähr 50% aller älteren Frauen (60+) in Europa leben allein. Ein langes Leben, Pensionen, Mobilität, eine hohe Scheidungszahl sowie vermehrt unverheiratete Personen werden als Ursachen angeführt. Einigen Vorteilen (Privatheit, Freiheit) stehen gravierende Nachteile entgegen, wie z.B. Armut, früherer Heimeintritt und Unsicherheit: letzteres besonders dann, wenn man trotz sich anhäufender Belastungen die Unabhängigkeit zu bewahren versucht.

Zunehmend wird auch im Themenfeld Demenz von prekären Umständen gesprochen, wenn alleinlebende Personen mit Demenz vermehrt Hilfen benötigen, die sie nicht mehr finanzieren und organisieren können. Man rechnet damit, dass ein Drittel der alleinlebenden alten Menschen an kognitiven Einschränkungen respektive Demenz leiden. Diese Gruppe weist vergleichsweise viele unerfüllte Bedürfnisse, Mangel/Fehlernährung, fehlendes Medikamentenmanagement und Selbstgefährdung auf.

Wenige Studien haben einige Einblicke in die Lebenssituation ermöglicht: die Herausforderungen, mit moderner Technologie zurecht zu kommen (insbesondere Mobiltelefone) oder die erheblichen Anstrengungen, Fehler zu vermeiden (z.B. nicht vergessen, die Wohnung zu verschließen). Ziel vorliegender Untersuchung ist es, mehr über die lebendige Erfahrung, allein mit Demenz zu leben, zu wissen.

Methoden: Es handelt sich um die Auswertung von Interviews, die mit alten alleinlebenden Menschen mit Demenz durchgeführt wurden. Beschrieben werden die Auswahlkriterien, die Interviewführung, die begleitende Beobachtung von Körpersprache und Umfeld sowie die Datenanalyse. Die Gespräche kreisten um die Themen Unsicherheit, Unabhängigkeit, Dienstleistungen und kumulative Belastungen – in dieser Reihenfolge. Es konnten 12 Personen (Durchschnittsalte 79 Jahre) interviewt werden, die Interviews dauerten durchschnittlich 90 Minuten.

Resultate: Drei überlappende Themen konnten identifiziert werden:

Sich seiner kognitiven Beeinträchtigung bewusst werden: Denkblockaden, Wortfindungsschwierigkeiten und Gedächtnisausfälle, die plötzlich und willkürlich auftreten, aber auch wieder verschwinden, lösen Ängste, Panikgefühle und Wut aus: ‚Midway into the sentence, I stop.‘ Man versuche, nach Außen ruhig und gefasst zu wirken, präsentiere eine aufgesetzte Fröhlichkeit und Zufriedenheit, innerlich stehe

man am Abgrund. Ist Demenz in der Familie bereits vorgekommen, sage man sich 'Oh Gott, es ist wieder da'. Man mache sich Sorgen über die Zukunft und ver falle in eine beständige Selbstbeobachtung, immer mit der Frage, ob es wieder schlimmer geworden sei. Alternativ ,gammele' man sich durch den Tag (,goofing'): eine Kombination von ,Sich an nichts erinnern' und alles andere sei ,manana' (Spanisch für ,morgen' im Sinne von ,auf Morgen verschieben').

Selbstmanagement: Man versuche, Defizite zu verbergen, Fehler zu vermeiden und zu kompensieren. Dazu nutze man vielfältige Hinweisreize wie beständiges kontrollieren der Zeit, des Tageskalenders, diverser Zettel bzw. Listen, aber auch Tageszeiten und vereinzelt soziale Medien. Da man beständig vergesse, was auf den vielen Zetteln und Kalendern stehe, müsse man dies mehrfach am Tage immer wieder machen und habe dennoch die Angst, etwas zu vergessen. Das beständige Aufschreiben und die Zettelei mache einen ganz närrisch, besonders dann, wenn man verschiedene Tageskalender habe: da man diese aber beständig verlöre, benötige man davon mehrere. In Gruppen versuche man, möglichst wenig zu sprechen, um nicht unangenehm aufzufallen, da man häufig etwas Unpassendes oder Dummes sage – mit anschließendem beredtem Schweigen der anderen. Die Strategie sei: möglichst nicht die Aufmerksamkeit auf einen selbst lenken. Einen Großteil des Tages verbringe man mit beständigem Suchen nach allen möglichen Dingen, was einen zur Verzweiflung bringen könne.

Fehlen geeigneter Dienste: Man wisse nicht, was es für Dienste gebe und wie man an sie herankommen könne. Die Diagnose werde einem hart präsentiert und dann werde man allein gelassen. Einige mussten an unbekannte Orte umziehen, da sie des Führerscheinverlustes wegen nicht mehr auf dem Land bleiben konnte. Dort aber kannten sie keinen und wussten sich nicht zu helfen. Die Einrichtung von Betreuern/Sachwaltern/Beiständen begrenze die finanzielle Eigenständigkeit: man könne. Nun über den eigenen Besitz nicht mehr verfügen.

Diskussion: Die beschriebenen Ebenen weisen einen kumulativen, sich wechselseitig potenzierenden Effekt auf. Die überraschend auftretenden Einbrüche verunsichern, verängstigen und erschöpfen die Personen besonders dann, wenn sie alleine leben und keine passenden Hilfen zur Verfügung stehen. Sie versuchen mit aller Kraft, ein selbstständiges und unabhängiges Leben unter zunehmend anstrengenden Bedingungen aufrecht zu erhalten. Die Versuche, die Defizite zu kompensieren, wachsen sich mit der Zeit zu eigenen Stressoren aus. Der Stigmatisierung versucht man durch Reduktion der Kontakte zu entgehen: man macht sich unsichtbar.

Für Menschen, die mit Demenz alleine leben, wäre es unbedingt angeraten, eine an die Diagnose anschließende, zugehende Beratung und Hilfe zu erfahren, die für die Person und mit ihr weitere Dienste (z.B. Wohnungsanpassung) organisiert (case management).

Quelle: Portacolone, E., Rubinstein, R.L., Covinsky, K.E., Halpern, J., Johnson, J.K. (2019). The Precarity of Older Adults Living Alone With Cognitive Impairment. *The Gerontologist*, 59(2), 271-280

Schlagworte: Demenz, Einsamkeit

Menschen mit Demenz alternieren zwischen Zuhause-Sein und Nicht-Zuhause-Sein

Ziel/Hintergrund: Zuhause-Sein ist weniger ein Ort, sondern eher eine Art und Weise, in der Welt zu sein und dort einen eigenen, vertrauten Platz, vertraute Aktivitäten und Objekte vorzufinden. Wir lernen, uns ein Zuhause zu machen, es anzupassen und mit Gewohnheiten und Routinen auszustatten.

In einer stationären Einrichtung lassen sich private und öffentliche Bereiche nicht so klar trennen. Man ist zuhause und zugleich auch nicht, erlebt sich als verlangsamt, verloren, um Worte für sich und die Situation ringend. Nicht mehr zuhause ankommen können kann als eine eigene Form des Leidens betrachtet werden und über Ängste, Agitiertheit, Sorgen zum Ausdruck gebracht werden. Das beständige Suchen, ankommen und wieder verlorengelangen kann als eine mögliche Existenzweise in der Demenz betrachtet werden.

Die Studie untersucht, wie Menschen mit Demenz zwischen Zuhause-Sein und Nicht-Zuhause-Sein hin und her schwingen und immer mal wieder ‚nach Hause‘ kommen und dann erneut verlorengelangen.

Methoden: Es handelt sich um eine 2-jährige Beobachtungsstudie in einer stationären Einrichtung für 9 Menschen mit Demenz im Alter von 74 bis 90 Jahren. Die beiden ersten weiter unten genannten, bereits älteren Forscherinnen beschreiben, wie sie – aufgrund ihres Alters – trotz ihrer Bekundungen, hier zu forschen, als Bewohnerinnen wahr- und angenommen werden. Einige Bewohner*Innen glauben, dass die beiden besonders bedürftig und schwer betroffen sind, weil sie ja (irrigerweise) glauben, Forscher zu sein. Die Forscherinnen verbringen die Zeit zusammen mit den Klienten und gehen der Frage nach, was es wohl bedeuten mag, hier zu leben. Sie verbringen alle drei Wochen einen Tag in der Einrichtung.

Resultate: Momente des Zuhause-Seins beschreiben die Autorinnen mit: zusammen mit den anderen speisen; den Mitarbeitern bei der Arbeit zusehen; mit den eigenen Sachen in seinem/ihrer Raum befasst sein; etwas zusammen mit den Mitarbeitern machen. Situationen des Nicht-Zuhause-Seins beschreiben sie mit: nicht wissen, was man machen soll, aber danach suchen; Mitglieder der Familie vermissen und nicht wissen, wo sie sind und wann sie kommen; sich langweilen, darauf warten, nach Hause zu kommen; glauben, hier nur so lange zu sein, bis man nach Hause abgeholt werde.

Oft geschieht der Übergang plötzlich: während des Gebetes scheint man daheim zu sein, hört der Gottesdienst auf, setzt Verwirrung und Desorientierung ein. Manche wissen, dass sie hier leben, aber nicht zuhause sind. Einige gehen in eine Art Zwischenposition und positionieren sich als Besucher, die bald nach Hause gehen werden, sich hier aber zur (Warte)Zeit wohl fühlen. Wiederum andere warten darauf, jetzt abgeholt zu werden, um etwas wichtiges zu tun, wissen aber nicht was. Einige sind beschäftigt, z.B. mit Papier und Stiften, scheinen aber mitten in der Situation aus der Orientierung zu fallen und unglücklich zu werden: dies oft einhergehend mit einer deutlich zusammengesunkenen Körper/Sitzposition. Oft sind es dann gemeinsame Tätigkeiten mit den Pflegenden/Betreuenden, die eine Orientierung in der Situation für eine Zeit wieder aufbauen helfen. Eine Bewohnerin beschwert sich darüber, dass die Mitarbeiter*innen immer genau das tun, was sie sagt und wünscht: sie habe gerne Widerstand und die Mitarbeiter sollten nicht immer tun, was sie wolle, sondern das, was ‚richtig‘ sei. Zuhause zu sein ist für sie mit etwas Streit verbunden. Für einige wenige Personen scheint Zuhause auch mit dem (erwünschten) Sterben und dem Ankommen im himmlischen Zuhause verbunden zu sein: sie erwarten, dass die verstorbene Schwester oder die verstorbenen Eltern sie abholen.

Diskussion: Das Leben von Menschen mit Demenz scheint zu einem Gutteil um das Zuhause/Nicht-Zuhause-Sein zu kreisen. Sie kommen für Momente an und gehen sogleich wieder verloren, wobei Geschwindigkeit des Wechsels und Verweilen im ‚Zuhause‘ individuell stark variieren. Die Situation im Heim ist ambivalent, obwohl sich die Einrichtung deutlich um ein häusliches, nicht-institutionelles Umfeld bemüht. Trotzdem scheinen viele Bewohner*Innen die Fähigkeit verloren zu haben, sich Zuhause zu fühlen. Nichts zu tun zu haben befördert die Verlorenheit deutlich. Während es für einige wichtig ist, tun zu können, was sie wollen, sind andere damit überfordert: eben diese Wahlmöglichkeit triggert das Gefühl des Verloren Seins.

Die Autorinnen empfehlen, für jeden Bewohner zu überlegen, worin für ihn/sie Momente des Ankommens, Gefunden Werdens, des Zuhause-Seins verbunden sein könnten. Von Mitarbeitern zu erwarten, so zu arbeiten, dass sich Menschen mit Demenz primär zuhause fühlen, stellt dagegen eine Überforderung dar.

Bedeutungsvolle Aktivitäten, elterliche Sorge, die einzelnen Person gut kennen, eine authentische Beziehung aufrecht erhalten tragen zum ‚Ankommen‘ erheblich bei. Besondere ‚Techniken‘ oder Strategien, um ein Zuhause Gefühl zu evozieren, die gebe es laut den Autorinnen nicht.

Quelle: Norberg, A., Ternstedt, B.-M., Lundman, B. (2017). Moments of homecoming among people with advanced dementia disease in a residential facility. *Dementia*, 16(5), 629-641

Schlagworte: Zuhause, subjektiv, Beobachtungsstudie

(6) Positive Interaktionen („Bienchendienste“) sorgen für höhere Lebensqualität

Ziel/Hintergrund: Die Pflegequalität von Menschen mit Demenz hängt wesentlich von der erfahrenen Lebensqualität ab. Insgesamt geht sie über Hilfen bei Aktivitäten des täglichen Lebens hinaus und schließt gute Kommunikation/Interaktion und eine angepasste Umgebung mit ein. Positive Befindlichkeiten gehen eher mit hochwertiger sozialer Interaktion, negative Befindlichkeiten eher mit Schmerzen sowie Ängsten und Depressivität einher. Es ist davon auszugehen, dass die Qualität der Interaktion/Kommunikation seitens der Pflegenden die erfahrene Lebensqualität der Klienten deutlich beeinflusst. Daher stellt die Befähigung, einen guten Kontakt aufzubauen, mit die wichtigste Maßnahme für die Lebensqualität von Menschen mit Demenz dar. Pflegende und Menschen mit Demenz sollten demnach soweit und soviel wie möglich in wechselseitig erfreulichen, sinnvollen Tätigkeiten involviert sein. Je weniger dies der Fall ist, desto mehr wird die erfahrene Lebensqualität abnehmen - so die Hypothese.

Vorliegende Studie aus der USA untersucht die Zusammenhänge von Bewohnerbefindlichkeiten und Mitarbeiterkontakten.

Methoden: Im Rahmen dieser Studie wurden 22 Teilnehmende mit mittlerer bis schwerer Demenz, die in einem besonderen Bereich für Menschen mit Demenz wohnen, über ein Jahr hinweg von 6 trainierten Beobachtern immer wieder beobachtet. Eine Kombination verschiedener Beobachtungsinstrumente wurde dabei genutzt. Jede einzelne Beobachtung erfolgte über einen Zeitraum von 2 Stunden hinweg, wobei minütlich Eintragungen zur Befindlichkeit und zur Interaktion/Kommunikation mit Mitarbeitenden gemacht wurden. Im Rhythmus von 15 Minuten erfolgten zudem umfassende Feldnotizen.

Resultate: Insgesamt erfolgten 287 Beobachtungssitzungen mit insgesamt 6999 Minuten. In 44,5% zeigten die Personen einen positiven (Vergnügen oder/und Interesse), in nur 2,4% der Zeit einen negativen Affekt (Angst, Trauer, Ärger). In 53,1% der Zeit zeigten Sie keinen Affekt, wobei offenbleibt, ob und was sich dahinter verbirgt. Positive, d.h. aktive Interventionen durch Mitarbeitenden erfolgte in 18,1 %, keinerlei Interaktion machte 81,1% der Zeit aus. Negative Interaktionen kamen sehr selten vor (0,8%). Positiver Affekt ging zumeist mit positiver Interaktion einher.

Diskussion: Zumeist zeigen die Bewohner keinen Affekt, sind zwar wach, folgen den Geschehnissen um sie herum aber mit wenig Interesse. (aus der Studie geht nicht hervor, ob geringes Interesse zum positiven Affekt oder zum neutralen Affekt gezählt wurde) Während der 81% ohne Interaktion waren zumeist auch Mitarbeitende zugegen, nur nahmen sie keinen Kontakt auf. Auch ohne Kontakt zeigten die Bewohner zu 36% einen positiven Affekt, während eines Kontaktes aber zeigten sie zu 81% einen positiven Affekt.

Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass im Alltag der Pflege und Versorgung viele günstige Gelegenheiten nicht genutzt werden. Zumeist steht funktionale Versorgung im Mittelpunkt – diese mit einem positiven Erleben zu verbinden auch über den funktionalen Zusammenhang hinaus, dies wird nicht ausreichend versucht. Die Autoren stellen Überlegungen an, auch im ‚Vorübergehen‘ oder zwischendurch kurze, wertschätzende und anregende Kontakte einzustreuen, einen anerkennenden Kommentar zu äußern, eine kurze Berührung anzubieten und Ähnliches mehr. Eben für diese Kurzkontakte (in Deutschland oft ‚Bienchendienst‘ genannt) sollten Mitarbeitende geschult werden und eine besondere Kompetenz aufbauen.

Insgesamt fiel den Beobachtern auf, dass das Vorkommen von herausforderndem Verhalten sehr viel niedriger ausfiel als nach Studienlage anzunehmen berechtigt war.

Quelle: Fauth, E., Meyer, K., Rose, C. (2020). Co-occurrence of positive staff interactions and positive affect in memory-care residents: An observational study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 35, 759-768

Schlagworte: Affekt, Lebensqualität, Demenz, Beobachtung

Vgl.: Nguyen H, Terry D, Phan H, Vickers J, McInerney F. (2019). Communication training and its effects on carer and carereceiver outcomes in dementia settings: a systematic review.

Journal of Clinical Nursing, 28,1050-1069

Vorliegende Studie fasst Ergebnisse anderer Studien zusammen, welche die Effekte von Kommunikationstrainings für Menschen mit Demenz und Pflegenden haben. 17 Studien konnten identifiziert und ausgewertet werden. Trotz sehr großer Unterschiede der Studien kommen alle – wenn auch unterschiedlich stark – zu dem Ergebnis, dass Kommunikationstrainings positive Effekte für Menschen mit Demenz und für die Pflegenden haben. Pflegende sehen sich eher in der Lage, mehrdeutige Situationen

auszuhalten, den Fluss der Kommunikation aufrecht zu erhalten bzw. zu ergänzen und zu unterstützen, weniger negative Gedanken über Kommunikationssituationen zu hegen und auch herausforderndes Verhalten besser begrenzen zu können. Positive Auswirkungen auf Stress- und Belastungserleben konnten dagegen kaum belegt werden. Herausforderndes Verhalten bzw. neuropsychiatrische Symptome konnten gleichfalls nicht reduziert werden.

Insgesamt beeinflussen Trainings kommunikative Fähigkeiten sowie diesbezügliches Wissen und Haltungen dauerhaft, reduzieren aber weder eindeutig und unmittelbar das Belastungserleben noch die neuropsychiatrischen Symptome, wobei es einige Studien gibt, welche diesbezüglich Effekte nach einem längeren Zeitraum möglich erscheinen lassen. Die Autoren merken an, dass die Lernprogramme zunehmend online erfolgen und von den Nutzern nach eigenem Bedarf gesteuert werden können. Beratungen, Fallbesprechungen und Follow-Ups finden inzwischen regelmäßig Eingang in diese Lernprogramme.

(7) Funktionalität ist ein Schild, der sinnvolle Aktivität verhindert

Ziel/Hintergrund: Heimbewohner sind bezüglich alltäglicher Aktivitäten auf die enge Kooperation mit Mitarbeitenden angewiesen. Hier stellt sich die Frage, welches Verständnis Mitarbeitende davon haben, was Bewohner*innen unter sinnvollen Aktivitäten verstehen und ob dies mit den eigenen Handlungsprioritäten zusammengeht.

Im institutionellen Rahmen zeichnet sich – jenseits funktional bestimmter Tätigkeiten - ein bestimmtes Verständnis von ‚Aktivität‘ als strukturierte Gruppenarbeit im Freizeitbereich ab, das eher als netter Zusatz verstanden wird: wenn noch etwas Zeit übrigbleibt, dann gerne! Diese so gefassten ‚Angebote‘ werden weniger auf der Basis erhobener Bedürfnisse und Wünsche, sondern gemäß generalisierter Bedürfnisannahmen (Bewegung, Musik, Vorlesen, gelegentlich auch hauswirtschaftliche Tätigkeiten) konzipiert. Dieser Rahmen bestimmt das Denken und die Handlungen der Mitarbeitenden.

Vorliegende schwedische Studie versteht unter ‚alltäglichen Aktivitäten‘ die Summe der kleinen Ereignisse und Situationen, die man für selbstverständlich und unbedeutend hält (Einkaufen, Kochen, Freunde treffen), in ihrer Gesamtheit und Gestalt aber wesentlich für das individuelle Wohlbefinden sind. Die Studie beschreibt einen Prozess, in dem Mitarbeitende gezielt angeregt werden, sich über ihr Verständnis von ‚Alltag‘ Gedanken zu machen und zu überlegen, ob ihr ‚institutionelles‘ Verständnis sich mit dem ihrer Klienten deckt.

Methoden: Die Studie wurde in einem Altenheim in Stockholm durchgeführt. 19 von 225 Mitarbeitenden, in der Mehrzahl Pflegeassistentinnen, nahmen an der Studie teil. In 5 erfahrungsbezogenen Workshops machten sich die Teilnehmenden Gedanken zu einem sinnvollen Leben und bedeutsamen Tätigkeiten von Heimbewohner*innen. Zwei Wochen und dann erneut 3 Monate nach Abschluss des Programms erfolgten ein Fokusinterview sowie Follow-Up-Interviews mit einigen ausgesuchten Teilnehmenden. Methodisch setzten die Workshops daran an, sich in die Situation der Bewohner*innen zu versetzen, mit einem/r Heimbewohner*in über Interessen, Aktivitäten, Wünsche und Träume zu reden, sich mit den anderen Teilnehmenden über diese Gespräche auszutauschen und gemeinsam zu überlegen, wie dies in konkrete Handlungen umzusetzen wäre. Alle Sitzungen und Interviews wurden aufgenommen und qualitativ ausgewertet, so dass die Auswertung als einleitende Zusammenfassung für das nächste Workshop präsentiert werden konnte.

Resultate: Die Ergebnisse werden unter drei Rubriken vorgestellt:

Das Humane verpassen: Zunehmend wurde den Teilnehmenden bewusst, dass die funktional und administrativ bestimmten Aufgaben verhindern, in Verbindung zu sein mit den Bedürfnissen und Wünschen der Bewohner. Sie entwickelten die Vorstellung eines durch Funktionalität aufgebauten Schildes, das gemeinsames, sinnvolles Tätig Sein unterbindet und sie von dem abtrennt, was sie das ‚Humane‘ nannten.

Beispiel: so werde zwar dokumentiert, ob eine Bewohnerin geduscht worden sei, nicht aber, worüber man dabei gesprochen habe, wie die Bewohnerin psychisch unterwegs sei, wie sie geträumt habe. Man könne dies schreiben, verlangt aber werde es nicht.

Auch in Übergaben stehe das Funktionale ganz im Zentrum, wie es dem Bewohner gehe und ob er sinnvoll tätig sei, stehe dort nicht, nur eben, dass an der Gruppenaktivitäten teilgenommen wurde. Die Professionalisierung des Kontaktes verhindere Begegnung und echten Kontakt. Es gebe aber einen Ausweg: das Sinnvolle heimlich tun, die Regeln pro forma ‚bedienen‘, aber dann das tun, was im Moment für den Klienten aus seiner Sicht sinnvoll sei, z.B. lange und ausgiebig die Haare kämmen oder schminken und das Duschen sein lassen, schön machen, nicht unbedingt sauber machen.

Wo stehen wir? Die Teilnehmenden stellten fest, dass es kein Forum gibt, in dem diese Beobachtungen besprochen werden könnten, dass viele Annahmen über sinnvolle Tätigkeiten keinen festen Boden haben: Verlässt man die institutionellen Bedürfnisannahmen, dann wird es für die Mitarbeiter schwierig, sich über sinnvolles Tätig Sein zu verständigen und zu einigen – das erfordert einen langen Dialogprozess. Während einige meinten, auch ohne Nachfrage schon zu wissen, was die Klienten bräuchten, stellten andere überraschend fest, dass eine Fahrt mit dem Zug, ein Besuch bei MacDonald’s, einer Bilderreise nach New York zutiefst befriedigende Aktivitäten wären. Daher die aufkommende Frage: wo stehen wir, was machen wir hier eigentlich?

Ressourcen erkennen, Verbindungen finden: Teilnehmende überlegten, wie sie zusammen mit den Bewohnern Talente, Interessen, Ressourcen aufspüren und nutzen könnten. Dabei sei eine offene, suchende Haltung wichtig, ohne einem bestimmten Ziel einseitig verpflichtet zu sein. Was Bewohner wünschten, das seien in der Regel ganz einfache, triviale Dinge, die sie selber ja auch für sinnvoll und erstrebenswert hielten. Es sei wichtig, den Bewohnern als Mitbürger zu begegnen und sich über mehr existenziell wichtige Themen auszutauschen. Flankierende Überlegungen spielten eine Rolle: man sollte Mitarbeitende und Bewohner nach gemeinsamen Interessen und Neigungen zusammenbringen; man müsse über die Wünsche, Phantasien, Kompetenzen der Mitarbeitenden genauso viel in Erfahrung bringen wie über die der Klienten.

In den Folgeinterviews wurde deutlich, dass nur wenige Ideen umgesetzt werden konnten. Man warte auf den richtigen Augenblick. Je kleiner und überschaubarer die Aktivitäten, desto höher die Chance einer Umsetzung.

Diskussion: Der Gesamtprozess machte deutlich, dass Mitarbeitende jenseits alles überdeckender genereller Bedürfnisannahmen keine Leitlinien haben oder kennen, auf sinnvolle Weise mit Bewohner*innen gemeinsam tätig zu werden. Im gemeinsamen Dialog, angeregt durch intensive Gespräche mit Bewohnern, schälte sich ein zunehmender Konsens darüber heraus, dass die institutionellen Vorgaben wenig taugen – weder für Bewohner, noch für Mitarbeiter. Immerhin: es entstand zunehmend ein Verständnis dafür, in welcher Richtung eine Alternative zu suchen sei. (drittes Thema) Selbstkritisch merken die Autoren an: Es waren primär Pflegeassistenten, die sich für eine andere Praxis interessierten, weniger die Examinierten/Diplomierten. Es war eher eine kleine Minderheit der Pflegenden, die sich für dieses Thema erwärmen konnten. Das Thema ‚sinnvolle Aktivität‘ hat (in dieser Institution?) offensichtlich eine geringe Bedeutung ebenso wie eine suchend-offene Haltung der Mitarbeitenden. Ein geleiteter Dialogprozess bringt die Chance mit sich, dass Teams einen Ausweg finden aus einer zunehmend als sinnlos empfundenen Routine.

Quelle: Mondaca, M., Johansson, K., Josephsson, S., Rosenberg, L. (2020). In search of the ‘humane’: staffs’ perspective on everyday activities in a nursing home. *Aging & Mental Health*, 24(4), 679-688

Schlagworte: Beschäftigung, Alltag, Heim,

(8) Auch Traurigkeit und Apathie können Reaktionen auf unfreiwillige Pflege darstellen

Ziel/Hintergrund: Mit der Reduzierung von Fixierungen sind technologische Möglichkeiten der Überwachung sowie die Entwicklung sicherer Umgebungen und Tagesaktivierungen populär geworden. Allerdings kann kaum vermieden werden, dass es zur unfreiwilligen oder abgelehnten Pflege kommt, insbesondere bei der Grundpflege, der Ernährungspflege sowie der Versorgung mit Medikamenten. Zuweilen müssen Patienten auch isoliert oder beständig beobachtet werden. Im Zusammenhang mit unfreiwilliger Pflege kommt es zu Abwehrverhalten unterschiedlicher Art, z.B. Aggressionen oder Apathie. Vorliegende niederländische Studie untersucht die verhaltensbezogenen Reaktionen von Personen mit Demenz auf gegen den eigenen Willen erfolgende Pflege aus der Perspektive von Ärzten, professionell Pflegenden und Angehörigen.

Methoden: Es handelt sich um ein innovatives Forschungsdesign, das dazu dient, einen komplexen Forschungsgegenstand in kurzer Zeit zu erfassen und zu beschreiben. Das Vorgehen erfolgt in mehreren Schritten: Zunächst werden Teilnehmeraussagen zu der Frage gesammelt: ‚wenn eine Person mit Demenz unfreiwillige Pflege erfährt, dann kann ich das daran erkennen, dass sie ...‘. In einem 2. Schritt werden die Sätze priorisiert, also von den Teilnehmenden in eine nach Bedeutsamkeit sortierte Rangordnung gebracht sowie in Untergruppen eingeteilt. Diese Untergruppen werden in eine Art visuelle Karte gebracht, deren x und y-Achse seitens der Forscher festgelegt wird. Im Endergebnis ergibt sich dann für die drei befragten Gruppen je eine Begriffslandkarte.

Resultate: Spezialisten (in der Regel Ärzte und klinische Psychologen n =12), professionell Pflegende (n=23) und Angehörige (n=13) arbeiteten in getrennten Gruppen. Physische Aggression oder Widerstand im unmittelbaren Zusammenhang mit der Versorgung oder Pflege stand in allen drei Gruppen an erster Stelle. Auch andere Handlungen wie den Mund fest verschließen, eine Kanüle aus dem Arm reißen werden genannt. Nur bei den Angehörigen und den professionell Pflegenden werden zudem genannt: Traurigkeit, sich nicht gut fühlen, ungewohnt passives Verhalten. In allen Begriffslandkarten findet sich eine Unterscheidung zwischen einerseits eher spezifisch situationsbedingten aktiven, direkten und mehr intentionalen Verhaltensweisen, eher aggressiv, abwehrend getönt, und andererseits eher indirekte,

passive, mehr allgemeine oder auch primitive Verhaltensweisen, wie z.B. Unruhe, vermehrte Apathie, Fluchtversuche, vermehrtes Fragen, vermehrt nach Hilfe suchen.

Diskussion: Ein breites Spektrum von Verhaltensweisen wird von Spezialisten, professionell Pflegenden und Angehörigen mit unfreiwilliger Pflege in Verbindung gebracht. Die Verhaltensweisen weisen durchaus intentionalen (also zielbewussten, absichtsvollen) Charakter auf und können nicht einfach nur als Symptom gedeutet werden. Interessant ist, dass auch passive, depressive und apathische Verhaltensweisen als Reaktion auf unfreiwillig erlittene Pflege gedeutet werden. Letzterer Zusammenhang ist deutlich weniger klar erkennbar und ist mehr deutend oder zuschreibend: nicht ausgeschlossen werden kann, dass Traurigkeit oder Apathie auch andere Ursachen haben könnten. Interessant ist, dass Angehörige und professionelle Pflegende ein größeres Interesse daran haben, dem Verhalten einen Sinn, eine Bedeutung zuzuschreiben, aber auch die Person und Persönlichkeit vergleichsweise besser kennen. Selbstkritisch räumen die Autoren ein, dass sie in dieser Studie die Personen mit Demenz nicht selber haben zu Wort kommen lassen. Sie verteidigen ihre Studie mit dem Argument, es sei das Ziel gewesen zu erfahren, wie beteiligte Personen das Verhalten von Menschen mit Demenz interpretieren, wenn es zu unfreiwilliger Pflege kommt. Insgesamt sei es wichtig, dass Angehörige und Pflegende dem Verhalten Sinn und Bedeutung zuschreiben, da ansonsten eine personenzentrierte Versorgung nicht möglich sei. Die doch sehr großen Übereinstimmungen zwischen den drei Gruppen legen nahe, dass deren Deutungen und Zuschreibungen eine gewisse Gültigkeit zuzumessen ist.

Quelle: de Boer, M., Depla, M. Hertogh, C. et al. (2019). Involuntary care – capturing the experience of people with dementia in nursing homes. A concept mapping study. *Aging & Mental health*, 23(4), 498-506

Schlagnworte: Demenz, Abwehrverhalten, Begriffsanalyse

(9) Die Beziehung entscheidet, wie erfahrener Zwang wahrgenommen und bewertet wird

Ziel/Hintergrund: Psychiatrische Pflege ist eng mit mehr oder weniger stark ausgeübten Zwängen verbunden, verstanden als eine Praxis, bei der Menschen überzeugt werden sollen, etwas zu tun oder zu lassen, und dies einhergeht mit der Androhung und/oder Ausübung von Gewalt. Während stärkere Formen von Zwang (Fixierung, Zwangsmedikation) häufig untersucht wurden, gilt dies für mildere Formen weniger. Milde Formen sind dadurch gekennzeichnet, dass Patienten in der Interaktion mit Gesundheitsarbeitern den Eindruck gewinnen, dass Zwang oder Gewalt angewendet werden könnte, obgleich dies nicht angekündigt oder durchgeführt wird.

Gesundheitsarbeiter in der Psychiatrie (Pfleger, Therapeuten, Ärzte) unterschätzen das Ausmaß, in dem ihr Verhalten als bedrohlich wahrgenommen wird. In dem Bemühen, ein gesetztes Behandlungsziel (z.B. eine Entlassung) zu erreichen, üben sie mitunter einen subtilen Druck aus, der negative, bestrafende Phantasien und traumatisch bedingte Ängste auslösen kann.

Die Art und Weise der Beziehungsgestaltung ist maßgeblich dafür verantwortlich, wie das Verhalten von Gesundheitsarbeitern interpretiert wird. So kann es sein, dass willige Patienten sich gezwungen fühlen und zwangsbehandelte Patienten sich nicht gezwungen erleben, weil - im letzterem Fall - die Patienten glauben, dass – auf dem Hintergrund einer positiv erlebten Beziehung - in ihrem besten Interesse gehandelt wird.

Vorliegende Studie fasst Befunde qualitativer Studien aus Großbritannien zusammen, wie Patienten in der Psychiatrie milden Zwang wahrnehmen.

Methoden: Beschrieben wird die Methode der Literatursuche, - analyse und -bewertung. Insgesamt konnten ausgehend von 938 Artikeln 11 Studien hinzugezogen werden.

Resultate: Viele Patienten schreiben ihre negativen Erfahrungen sowohl dem mit der Erkrankung einhergehenden Stress als auch dem wahrgenommenen (institutionellen) Zwang zu, wobei die Qualität der erfahren professionellen Beziehung maßgeblich die Gewichtung zwischen diesen beiden Endpunkten bestimmt. Diese Beziehungsqualität (und damit auch die angesprochene Gewichtung) wiederum wird im breiteren Kontext der Gesamtbehandlung wahrgenommen: je mehr sie ausschließlich medikamentös

erfolgt und daher mit Nachdruck auf der Einnahme der Medikamente insistiert wird (,compliance without allegiance'), desto eher wird die Umgebung als bedrohlich empfunden. Man fühle sich wie im Gefängnis und nehme die Gesundheitsarbeiter eher als Wärter und sich als zu Unrecht verurteilter Strafgefangener wahr.

Die Autoren präsentieren die Ergebnisse unter drei thematischen Schwerpunkten:

Den Sinn für sich selbst verlieren: Unter dieser Rubrik wird die beschriebene Ambivalenz der Zuschreibungen verhandelt. Für viele Patienten stehen das eigene Leiden und der Stress im Mittelpunkt und der erfahrene Zwang eher am Rand der Wahrnehmung. Dennoch stellt sich für die Mehrzahl das Empfinden von Unterdrückung und Rechtlosigkeit ein mit der Tendenz einer Wiederbelebung alter Erfahrung von Ohnmacht und Hilflosigkeit aus der Kindheit.

Weniger eine therapeutische Beziehung: Hierunter wird die Frage verhandelt, wie mit der Verantwortung für den Psychiatrieaufenthalt umgegangen wird. Viele berichten, man verliere in der psychischen Erkrankung über weite Strecken die Fähigkeit, für sich die Verantwortung zu übernehmen; daher sei es gut und auch notwendig, wenn andere dies übernehmen würden. Andererseits habe man auch nicht wirklich eine Wahl: mehr oder weniger deutlich werde einem vermittelt, dass man sich zu fügen habe, sonst kämen strengere Maßnahmen zum Einsatz. Insgesamt sei man in einer schlechten Verhandlungsposition und eben nicht gleichberechtigt. Manche Gesundheitsarbeiter sähen durch einen hindurch auf die Krankheit, mit der man identifiziert werde. Gesundheitsarbeiter hätten halt ihre eigene Agenda und innerhalb derer gebe es wenig Zeit und Raum, dem Patienten zuzuhören und seine Geschichte ernst zu nehmen. Eine sorgende und verstehende Haltung allerdings könne helfen, Vertrauen aufzubauen. Man fühle sich dann als Person ernst genommen und könne sich dann auch besser dem Behandlungsregime fügen.

Reise durch das System: Trotz erfahrenen Zwangs werten die Patienten häufig die „Reise durch das System“ positiv: Zwar habe man unter ‚Ausgangssperre‘ gelebt, aber im Nachhinein sei es doch richtig und gut gewesen. Man glaube an die guten Absichten der Gesundheitsarbeiter, sei aber überzeugt, dass Zwang ausgeübt werden würde, wenn man sich nicht füge. – Eine Alternative bestünde darin, Fügsamkeit vorzutäuschen, um möglichst schnell dem Zwang zu entrinnen. Man müsse seine psychische Verfassung nur gut verbergen können, dann käme man schnell auch wieder heraus.

Diskussion: Zwang in der Psychiatrie ist ein komplexes Phänomen mit eher strukturellen und eher handlungsbezogenen Aspekten (,structural and agency perspectives'). Für die

letzteren ist die Qualität der professionellen Beziehung ausschlaggebend. Strukturelle Aspekte aber schlagen oft auf die handlungsbezogenen Aspekte durch: Man sei kein wirkliches Gegenüber, man habe keine wirkliche Wahl, Gesundheitsarbeiter hätten ihre eigene Agenda, die letztlich auf medikamentöse Compliance ziele. Diese strukturellen Aspekte überschatteten den Gesamtaufenthalt und die drin gemachten Erfahrungen, die sich häufig an der sanften Nachdrücklichkeit festmachen, wahrgenommen auf dem Hintergrund, dass schärfere Maßnahmen bei Verweigerung möglich sind. Endet der Aufenthalt mit einem positiven Ergebnis, interpretieren die Patienten im Nachhinein auch den erfahrenen Zwang positiv.

Abschließend weisen die Autoren darauf hin, dass ihre Ergebnisse nur für den britischen Kontext von Belang seien.

Quelle: Allison, R., Flemming, K. (2019). Mental health patients' experiences of softer coercion and its effects on their interactions with practitioners: A qualitative evidence synthesis. *Journal of Advanced Nursing*, 75, 2274-2284

Schlagworte: psychiatrische Pflege, Zwang, qualitative Forschung

(10) Hyperaktivität trägt wesentlich zur Heimaufnahme bei

Ziel/Hintergrund: Eine neue Gruppe von Heimbewohner*innen zeichnet sich ab: Personen, die an einer körperlichen und psychischen Erkrankung leiden, neuropsychiatrische Symptome mit herausforderndem Verhalten an den Tag legen, nicht aber eine Demenz aufweisen. Diese Personen erweisen sich als vglw. jünger, eher männlich, auffällig im Verhalten mit kognitiven Einbußen ohne dementielle Entwicklung. In den Niederlanden werden diese Personen in besonderen geronto-psychiatrischen Bereichen untergebracht, die sich von speziellen Bereichen für Menschen mit Demenz unterscheiden. Vorliegende Studie beschreibt die Entwicklung neuropsychiatrischer Symptome dieser Personengruppe in den ersten 8 Monaten nach Heimaufnahme.

Methoden: Teilnehmende wurden aus 17 Einrichtungen gewonnen. Klienten und Bezugspflegende wurden nach 6 oder 8 Wochen (T0) und dann nach 6 Monaten (T1) interviewt, die Pflegedokumentation wurde ausgewertet, neuropsychiatrische Tests wurden durchgeführt und die Verschreibungsgeschichte von Psychopharmaka untersucht. Der kognitive Status und die Pflegebedarfe wurden erhoben. Das primäre Ergebnis wurde anhand eines neuropsychiatrischen Testverfahrens ermittelt (NPI). Hierbei wird die Schwere mit der Häufigkeit eines Symptoms multipliziert und ergibt für die einzelnen Symptome einen Wert zwischen 0 und 12, für die Gesamtheit der Symptome einen Wert zwischen 0 und 144 (höhere Beträge weisen auf eine ausgeprägtere Symptomatik hin). Die so gesammelten Daten wurden in drei Hauptgruppen unterteilt: *Hyperaktivität* (Irritierbarkeit, Agitiertheit, Enthemmung), *Stimmung* (Apathie, Depressivität, Ängste) sowie *Psychose* (Wahn und Halluzinationen). Die vierte Gruppe (Euphorie) spielte in der Untersuchung keine weitere Rolle.

Resultate: Von insgesamt 180 konnten Daten von 63 Personen ausgewertet werden. Das Durchschnittsalter betrug 70 Jahre. Bei etwa der Hälfte des Personenkreises ging dem Heimaufenthalt ein stationärer Aufenthalt in der Psychiatrie voraus. Der Gesamt NPI-Wert stieg in der Zeit von 25,3 auf 29,3 (Hyperaktivität von 9,7 auf 11,8, Stimmung von 7,7 auf 10,1). 87,3% der Teilnehmenden wiesen mindestens ein Symptom, 42,9% mehr als drei neuropsychiatrische Symptome auf. Irritierbarkeit erwies sich als häufigstes und anhaltendes Symptom mit dem höchsten Vorkommen, gefolgt von Depressivität. Hyperaktivität bildet zusammenfassend die am meisten

vorkommende Symptomgruppe. 2/3 der Verschreibungen psychotroper Drogen blieb gleich.

Diskussion: Diese Gruppe von Klienten weist einen hohen Grad an neuropsychiatrischen Symptomen auf mit wachsender Tendenz nach Heimaufnahme, insbesondere in den Bereichen Hyperaktivität und Depressivität. Bei Menschen mit Demenz nimmt vergleichsweise eher aberrante Motorik (u.a. selbststimulierendes Verhalten, ‚Wandern‘) zu, wobei andere Symptomkomplexe eher stabil bleiben oder nach Heimeinweisung eher abnehmen. Hyperaktivität (insb. Irritierbarkeit) scheint ein Symptomkomplex zu sein, der in besonderer Weise mit hoher Belastung der pflegenden Angehörigen zusammenhängt und zur Heimeinweisung beiträgt.

Es wäre interessant zu wissen, wie sich diese Zahlen im weiteren Verlauf des Aufenthaltes entwickeln auch deswegen, weil es sich um eine Patientengruppe mit einer längeren Lebenserwartung und einem vermutlich langem stationären Heimaufenthalt handelt.

Die Autoren vermuten abschließend, dass die Studie die beobachtete Zunahme neuropsychiatrischer Symptome nach Beginn des Heimaufenthaltes wahrscheinlich eher unterschätzt, da die erste Messung erst nach 6-8 Wochen nach Aufnahme erfolgte und eine deutlichere Zunahme eher in den ersten Wochen zu vermuten ist.

Quelle: van den Brink, A., Gerritsen, D., de Valk, M. et al. (2020). Natural course of neuropsychiatric symptoms in nursing home patients with mental-physical multimorbidity in the first eight months after admission. *Aging & Mental Health*, 24(1), 155-161

Schlagworte: neuropsychiatrische Symptome, Heim, Kohortenstudie

(11) Versorgungsbedarfe von psychisch kranken Heimbewohnern – ein unbekanntes Land

Ziel/Hintergrund: Bis 2050 wird der Anteil älterer Menschen an der Weltbevölkerung von 12% auf 22% steigen. Während das Thema Demenz breite Resonanz gefunden hat, fanden weitere Themen psychischer Erkrankungen im Alter (Depression, Angsterkrankungen, Suizid, Vernachlässigung) bislang vergleichsweise wenig Beachtung. Vorliegende britische Studie geht drei Fragen nach: Was ist über die Prävalenz der Depression, Selbstverletzung und Suizid bei Heimbewohnern bekannt? Welche Einschätzungsinstrumente werden genutzt? Welche Interventionen gibt es und wie wirksam erweisen sie sich?

Methoden: Beschrieben wird die Methode der Literatursuche und die Bewertung der Studienqualität.

Resultate: 24 Studien unterschiedlicher Qualität konnten einbezogen werden. Für Personen, die in eigener Häuslichkeit leben, kreisen die Prävalenzraten um die 20%, für Heimbewohner um 40%-60%. Personen im Heim denken häufiger an Suizid, vollziehen ihn aber seltener als Personen, die in eigener Häuslichkeit leben. Depressivität wird in den Studien zumeist anhand der Geriatrischen Depressionsskala gemessen, obgleich diese nur als Screening-Instrument (also: begründete Erhebung eines Verdachts) angelegt ist. Ein ähnlich problematischer Gebrauch konnte auch für andere Instrumente festgestellt werden.

Die Mehrzahl der Interventionen erweisen sich als Fortbildungen für Mitarbeitende (in der Regel Pflegekräfte). Berufsbegleitende Praxisbegleitung („mentoring“) und Nachfolgetreffen befähigen Pflegenden am ehesten, psychische Erkrankungen zu erkennen. Ob sich diese Fortbildungen positiv auf Klienten ausgewirkt haben, ist unbekannt und wurde nicht untersucht.

Insgesamt konnten drei Interventionen für Heimbewohner mit affektiven Störungen identifiziert werden: ein niederländisches „stepped care“ Programm (etwa: stufenweise Versorgung) mit insgesamt 4 Stufen in der Versorgungsintensität. Das Programm wirkte sich positiv auf Depression, nicht aber auf Angsterkrankungen aus. Weiterhin ein Programm, bei dem ältere Freiwillige fortgebildet wurden, um mit Heimbewohnern regelmäßig Kontakt aufzunehmen. Das Programm erwies sich als erfolgreich. Weiterhin eine Intervention mit Erinnerungsarbeit, welche deutlich zur Reduktion der Depressivität beitrug. Die Effekte dieser Interventionen fielen sehr unterschiedlich aus:

so erwies sich Beschäftigungstherapie als wirksam für neu zugezogene, nicht aber für schon lange im Heim lebende Bewohner.

Diskussion: Es wird vermutet, dass der Umzug ins Heim („Translokation“) ein wesentlicher Risikofaktor für die Entstehung einer affektiven Störung im Alter betrachtet werden muss. Insgesamt aber fehlt es an einer plausiblen Theorie, warum affektive Störungen bei Heimbewohnern derart deutlich zunehmen. Formen der Selbstvernachlässigung und Selbstverletzung („Diogenes-Syndrom“) können als Kontroll- und Lösungsversuch verstanden werden, um sich sozialnormativen Rollenerwartungen inklusive der damit einhergehenden Kontrolle durch andere zu entziehen. Es könnte sich um Anpassungsreaktionen auf Verluste, Krankheit, Schmerzen, Einsamkeit handeln, weil es an „Belohnungen“ bzw. anderen Verstärkern fehlt, um diesen Widerfahrungen etwas entgegenzusetzen. („es lohnt nicht/nichts mehr“) Zu diesen eher anekdotisch berichteten qualitativen Vermutungen gibt es keine quantitativen Belege.

In all diesen Studien kommen die Personen selbst kaum zu Wort. Ihre eigenen Perspektiven zu dem, was ihnen den helfen könnte, wurden bislang nicht erhoben. Hier besteht eine deutliche Lücke für „Co-produzierende Forschung“.

Während der Beitrag Angehöriger bei Menschen mit Demenz gut beforscht ist, weiß man über deren Einfluss auf Depressivität im Alter auf Heimbewohner wenig.

Bekannt ist, dass vergleichsweise mehr Heimbewohner Suizidgedanken hegen, selten aber Suizid begehen: unbekannt ist, was dann entscheidend zum Suizid beiträgt. Es steht zu vermuten, dass es sich in Fällen von Nahrungs- oder Medikamentenverweigerung nicht selten um Formen „stillen Suizids“ handelt. Auch dazu gibt es kein verlässliches Wissen.

Mitarbeiter der Pflege tendieren nach Schulungen dazu, Depressivität übermäßig zu identifizieren. In der Regel aber haben sie kaum Zeit, mehr als pragmatische Beziehungen zu den Bewohnern aufzunehmen und sich auf praktische und physische Anliegen zu beschränken. Beziehungsaufbau, Tagesstrukturierung und Milieuarbeit kommen dabei systematisch zu kurz. So können auch die vermuteten grundlegenden Themen – Kontroll- und Autonomieverlust – nicht wirklich aufgegriffen und bearbeitet werden (z.B. durch Problemlösungstherapie).

Es kann begründet angenommen werden, dass Heimbewohner - je nachdem, wie lange sie in der Einrichtung wohnen und welche Erkrankungen und Einschränkungen in welcher Stärke und Kombination sie aufweisen – einer breiten und differenzierten Palette von Interventionen bedürfen. Weder in der Praxis noch in der Theorie ist dazu viel bekannt.

Quelle: Gleeson, H., Hafford-Letchfield, T., Quaife, M., Collins, D.A., Flynn, A. (2019). Preventing and responding to depression, self-harm, and suicide in older people living in long term care settings: A systematic review. *Aging & Mental Health*, 23(11), 1467-1477

Schlagworte: Heimbewohner, psychische Gesundheit, Depression, Suizid

(12) Hörbehinderung erhöht die Wahrscheinlichkeit einer kognitiven Störung

Ziel/Hintergrund: Altersschwerhörigkeit (Presbyakusis) stellt einen Risikofaktor für kognitive Beeinträchtigung dar. Ein Drittel aller Personen zwischen 61 und 70 sowie 80% aller Personen ab 80 Jahren sind davon betroffen. Da höhere Frequenzen (über 6000-800 Hz) nicht mehr wahrgenommen werden, ergeben sich Schwierigkeiten im Sprachverständnis und der Kommunikation. Vorliegende Studie aus Italien befasst sich mit den spezifischen neuropsychologischen Charakteristika der Schwerhörigkeit. Gibt es audiologische Korrelate zu kognitiven Veränderungen?

Methoden: Verglichen werden die neuropsychologischen Profile von kognitiv gesunden Personen mit einer Hörminderung älter ab 60 mit einer Vergleichsgruppe, die keine Hörminderung aufweisen. Beschrieben werden die audiologischen Meßverfahren sowie die neuropsychologischen Testverfahren (Erinnerung, Aufmerksamkeit, Visikonstruktion, phonologische und semantische Wortflüssigkeit, Intelligenz, Exekutivfunktionen).

Resultate: Die Ergebnisse zweier Gruppen (insgesamt 82 Personen) werden miteinander verglichen. Die erste Gruppe (Interventionsgruppe) wurde unterteilt in eine Gruppe mit leichter (n= 23) und schwerer Hörbehinderung (n= 19). Insgesamt ergeben sich bedeutsame Differenzen der Ergebnisse zwischen den drei Gruppen. Dabei konnte festgestellt werden: Je schwerer die Hörbehinderung, desto schlechter die neuropsychologischen Ergebnisse. Dies betrifft alle genannten neuropsychologischen Bereiche. Insbesondere können audiometrische Daten verlässlich Defizite in Exekutivfunktionen und Sprachverständnis vorhersagen. Zudem vergessen Menschen mit Hörbehinderung Gehörtes mehr und schneller und weisen eine reduzierte Aufmerksamkeit auf.

Diskussion: Hörbehinderungen beschränken sich nicht auf ein sensorisches Defizit, sondern wirken sich auf die Speicherung und den Abruf negativ aus. Wahrscheinlich ist die Verarbeitung und Einspeicherung von Erlerntem oder Erlebtem betroffen. Da die Kontexte des Gesagten oft nur halb verstanden werden bzw. es erhebliche Mühe kostet, die Kontexte schnell und richtig zu erfassen, kann das Gesagte schlechter mit bereits Gewußtem abgeglichen und eingespeichert werden. Menschen mit Hörbehinderung, so die Vermutung, kompensieren dies durch angestrengte Aufmerksamkeit im Rahmen des Arbeitsgedächtnisses. Dies wiederum tangiert die

Exekutivfunktionen, also: man ist weniger in der Lage, andere komplexe Handlungs- und Verstehensebenen situativ schnell und angemessen zu erfassen mit einer resultierenden höheren Fehlerquote. Hörverlust beeinflusst demnach negativ die exekutive Kontrolle über kognitive Prozesse. Sie stellen einen Risikofaktor dar, der die Fähigkeit, sich an andere kognitive Beeinträchtigungen anzupassen, negativ tangieren und damit Demenz wahrscheinlicher machen.

Quelle: Guglielmi, V., Marra, C. et al. (2020). Does hearing loss in the elderly individuals conform to impairments of specific cognitive domains? *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 33(4), 231-240

Schlagworte: Hörverlust, kognitive Beeinträchtigung, Erinnerung

Vgl: Leroi, I., Simkin, Z. et al. (2020). Impact of an intervention to support hearing and vision in dementia: The SENSE-Cog Field Trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 35, 348-357

Beschrieben wird eine sensorische Intervention, um Hören und Sehen von Menschen mit Demenz zu verbessern. 19 ‚Dyaden‘ (Person mit Demenz und Angehöriger) erhalten nicht nur ein Assessment und Hör/Sehhilfen, sondern (teilweise) auch eine umfassende anschließende Beratung und Begleitung in der Nutzung dieser Hilfen, für die Kommunikation, für die Nutzung weiterer Dienste sowie für mögliche Veränderungen in der Wohnumgebung. Die Ergebnisse wurden verglichen mit einer Vergleichsgruppe, welche nur das Assessment zu Beginn erhielt. Im Gruppenvergleich zeichnet sich eine höhere Lebensqualität der Interventionsgruppe ab. Es wird über mehr soziale Kontakte sowie über das Wiederaufnehmen von Gewohnheiten und Aktivitäten gesprochen. Angehörige berichten über mehr Selbstständigkeit der Personen mit Demenz mit der Folge, mehr Zeit für sich zu haben und die Person weniger begleiten und beaufsichtigen zu müssen. Insgesamt: es reicht nicht aus, Seh- und Hörhilfen anzupassen, es bedarf einer umfassenderen Begleitung und Einbettung dieser Hilfsmittel in ein multimodales Unterstützungssystem.

(13) Entspanntes Sitzen und Schauen geht mit erhöhtem Wohlbefinden im Außenbereich einher

Ziel/Hintergrund: Sich im Freien aufzuhalten geht einher mit verbesserter Stimmung, höherem Wohlbefinden, besserer Lebensqualität, besserem Schlaf, einer Verminderung herausfordernden Verhaltens – um nur einige Effekte zu benennen. Sensorische Anregung, Bewegung sowie soziale Interaktion gehen mit Aufenthalt im Freien einher. Dennoch gehen Studien zufolge nur 32% der gehfähigen Heimbewohner*innen monatlich und nur 22% täglich nach draußen. Vorliegende Studie aus Australien fasst vorliegende Erkenntnisse zu Barrieren für Aufenthalte im Freien aus der Perspektive der Bewohner*innen, der Angehörigen und der Mitarbeiter*innen zusammen.

Methoden: Beschrieben wird die Literatursuche, die Auswahlkriterien, die Bewertung der Studienqualität sowie die Auswertung und Zusammenfassung der Erkenntnisse. 24 Studien entsprachen den gesetzten Anforderungen.

Resultate: Die Ergebnisse werden in fünf Kapiteln vorgestellt.

Design der Außenbereiche

Heimbewohner*innen betonen die Bedeutung von Bäumen (natürlicher Schatten), von Blumen (bes. für Schmetterlinge), Tieren (die man berühren kann) und einem Springbrunnen/Wasserspiel. Die Wege müssten breit, sicher und rutschfrei und ohne Stolperkanten angelegt sein. Beton- oder Asphaltwege werden ungern gesehen. Bequeme Sitzgelegenheiten seien wichtig, von denen aus man den Garten insgesamt oder prominente Ecken im Blick haben, aber auch ins Grüne oder die weitere Umgebung schauen könne. Überhaupt: Neben Bewegung sei das Sitzen und Verweilen im Freien die häufigste und wichtigste Tätigkeit ebendort.

Mitarbeiter und Sicherheit

Mitarbeiter*innen wünschen sich, das Gesamt des Garten überblicken zu können. Knappe Besetzungen erschwerten den Transfer und die anschließende Begleitung. Bewohner*innen berichten, sie benötigten für einen Aufenthalt im Freien die Erlaubnis der Mitarbeiter*innen. Rollstuhlfahrer und Nutzer von Walkern erfahren sich benachteiligt. Ängste von Mitarbeiter*innen und Leitung über mögliche Gefahren im sicheren Außenbereich werden als übertrieben empfunden und sollten mit den positiven Wirkungen abgewogen werden.

Jahreszeiten und Wetter

Besondere Vorkehrungen sollten ermöglichen, sowohl in heißer wie in kalter Jahreszeit sich im Freien bewegen zu können, um Sonne zu genießen ohne im Zug zu sitzen.

Frische Luft und Sonnenschein seien die wesentlichen Gründe, um nach draußen zu gehen. Man wolle den Wechsel der Jahreszeiten erleben können.

Das Hauptgebäude

Automatische Türen ohne Stufen oder Schwellen bilden die beste Lösung. Der Außenbereich muss gut, möglichst unmittelbar erreichbar sein. Je weiter die Bewohner*innen vom Zugang entfernt lebten, desto seltener die Nutzung.

Soziale Aktivitäten

Im Freien sei man ungezwungen zusammen, gemeinsame Gänge erleichtern es, sich kennenzulernen und sich mit Angehörigen zu treffen. Allerdings sei es auch wichtig, gezielt Gruppenaktivitäten (z.B. Kaffeetrinken, Grillen, Picknicks, Feiern) nach draußen zu verlegen und damit einen Anreiz zu schaffen.

Gewichtung

Das Design war für Bewohner*innen der wichtigste Punkt, gefolgt von Sicherheit und Mitarbeiter sowie Jahreszeiten und Wetter.

Diskussion: Der Außenbereich ist besonders geeignet, einen eher passiven und entspannten Genuss mit der Umgebung zu ermöglichen. Dem Aufenthalt kommt eine emotionsregulierende Funktion zu. Dem Sitzen und Schauen in lockerer Runde wird ein hoher Wert beigemessen. Daraufhin sollten Sitzgelegenheiten ausgerichtet werden. Sicherheitsorgen werden als oft übertrieben beschrieben: man könne ruhig eine Weile alleine und unbeaufsichtigt sitzen. Das Fallrisiko im Außenbereich ist geringer als im Gebäude. Wichtig ist es, den Außenbereich so anzulegen, dass auch im Winter ein Aufenthalt möglich ist. Wird ein Teil des Lebens nach außen verlagert (z.B. Mahlzeiten), dann erhöht sich dessen Attraktivität.

Quelle: van den Berg, M., Winsall, M., Dyer, S. et al. (2020). Understanding the barriers and enablers to using outdoor spaces in nursing homes: a systematic review. *The Gerontologist*, 60(4), e254-e269

Schlagnworte: Heim, Garten, Barrieren

(14) Künstlerische Möglichkeiten entwickeln die Kommunikationskompetenz von Pflegeassistenten

Ziel/Hintergrund: Die in der Regel funktionale, aufgabenorientierte Pflege lässt den Mitarbeiter*innen wenig Spielraum für sinnvolle Tätigkeiten zusammen mit den Bewohner*innen. Mitarbeiter*innen, die den häufigsten Kontakt zu Bewohner*innen mit Demenz haben, erfahren oft vergleichsweise die geringste Vorbereitung auf die Besonderheiten der Kommunikation und Interaktion. Vorliegende Studie untersucht Möglichkeiten aus dem künstlerischen Bereich, um Mitarbeiter*innen zu befähigen, mit den Klienten in einen mehr persönlichen Kontakt zu kommen. Der Ansatz zielt nicht auf Kunsttherapeuten oder eigens für die Tagesgestaltung beauftragten Betreuungskräfte, sondern primär auf Pflegeassistentinnen.

Die Studie greift auf einen ersten Versuch von Zeilig von 2015 zurück¹³, anhand von künstlerischen Möglichkeiten die Kreativität von Pflegeassistenten zu entwickeln. Hierbei kamen Ideen aus der Musik, der Dichtung, des Films, der Arbeit mit Fotos zum Einsatz. Hierbei geht es weniger darum, *Beschäftigungsangebote* zu entwickeln, an denen Klienten teilnehmen (die sie ‚konsumieren‘), noch darum, eher kognitiv etwas *über* Menschen mit Demenz zu lernen. Ziel ist eher, den Kontext der alltäglichen Begegnung zu entwickeln zu bereichern, also sich im Kontakt etwas zu trauen und dabei auch über sich selbst etwas zu erfahren.

Intervention: Im Rahmen von Workshops setzen sich Mitarbeitende angeleitet mit verschiedenen Ansätzen auseinander, die in einem Arbeitsbuch zusammengefasst und vorgestellt werden (Gedichte, Bilder, Lieder, Musikvideos). Anhand von Videos und anderen Materialien wird die Perspektive von Menschen mit Demenz eingebracht, die von sich und ihrem Leben (auch mit Demenz) erzählen. Teilnehmende werden angeregt, Erfahrungen, Meinungen und Perspektiven dazu auszutauschen. Auf diesem Hintergrund nehmen die Teilnehmenden ihre eigenen Fähigkeiten und Ressourcen in den Blick und überlegen, wie sie diese Ebenen kreativ zusammenführen können: ihre Kenntnis der Klienten, die eigenen Fähigkeiten, die erweiterten Möglichkeiten aus dem Arbeitsbuch. Beispiele sind: während der Pflege ein Gedicht, einen Vers, ein Lied ansprechen, anhand von Gemälden oder Fotos in ein mehr persönliches Gespräch kommen. Vier Workshops über einen Zeitraum von 12 Wochen hinweg

¹³ Zeilig, H., Poland, F., Fox, C., Killick, J. (2015). The arts in dementia care education: A developmental study. *Journal of Public Mental Health*, 14(1), 18–23.

(Eingangsworkshop, dann nach einer Woche, nach 6 und nach 10 Wochen) ermöglichten es den Teilnehmenden, Versuche zu unternehmen und in den Workshops zu reflektieren.

Methoden: Die Studie ist Teil eines umfassenderen, walisischen Projektes ‚kreative Konversationen‘. 36 Mitarbeiter*innen aus 14 Altenheimen nahmen an dem Projekt teil.

Halbstrukturierte Interviews wurden zu Beginn und nach Durchführung der Intervention geführt. Die Fragen drehen sich um die Art und Weise, worüber und wie man mit den Klienten im Kontakt ist und was man in der Interventionszeit über sich und die Klienten neu erfahren hat, z.B. „Glauben Sie, dass ‚Kreative Konversationen‘ sich auf Ihre alltägliche Praxis konkret ausgewirkt hat?“ Ergänzende Fokusgruppen-Interviews gingen der nachhaltigen Wirkung und der Durchführbarkeit nach. Beschrieben wird die qualitative Auswertung.

Resultate: Interviewdaten von 24 Teilnehmenden konnten ausgewertet werden. Die Ergebnisse werden unter drei Titeln vorgestellt:

Lernen anhand künstlerischer Möglichkeiten: Sehr einfache Möglichkeiten (z.B. Bilder, Gemälde, Lieder) reichen aus, um zu qualitativollen Interaktionen zu gelangen. Neue Kanäle für Begegnung werden trotz Zeitdrucks eröffnet – man muss sich nur trauen. Die Workshops waren ein Sprungbrett, um zusammen mit Kolleg*innen eigene Ideen zu entwickeln. Ein Schlüsselmoment: sich den Druck nehmen, unbedingt etwas machen zu müssen und im Kontakt abwarten, ob vom Bewohner (z.B. angesichts eines Fotos) eine Reaktion erfolgt. „Sag mal nichts, sei einfach da und schau, wohin das führt.“

Kreative Ansätze in der Pflege: Die experimentelle Natur der Intervention war hilfreich, den Erwartungsdruck aus der Begegnung zu nehmen. Oft reichte schon die Spiegelung der Körpersprache, damit etwas in Gang kommt. Die kleinen neuen Anregungen ermöglichten es den Klienten, sich emotional zu öffnen und neu einzubringen. Erinnerungen wurden wach und einige Klienten begannen, mehr von sich zu erzählen, z.B. über die eigene Zeit beim Militär. Während die Klienten ansonsten kaum aufeinander Bezug nehmen entwickelten sich nun Situationen, in denen mehr Kontakt untereinander genommen wurde bis zu einem Punkt, an dem sich die Gegenwart der Mitarbeiter als irrelevant für den weiteren Kommunikationsfluss erwies. Die Inhalte, die anlässlich dieser Situationen aufschienen, konnten um weiteren Verlauf der Pflege gut aufgegriffen werden.

Empathie: Diese Situationen führten dazu, dass Mitarbeiter*innen mehr Einblick in die Innenperspektive der Klienten gewannen. Eine Fotoaktion (Bewohner machen Fotos in der Einrichtung) machte deutlich, dass den Klienten ganz andere Dinge auffielen und wichtig sind als den Mitarbeitern. Mit am wichtigsten: die Workshops, die zum Austausch ermutigten und Gelegenheit boten, zusammen etwas zu entwickeln und gemeinsam an den Ideen weiter zu arbeiten. Dabei entwickelten die Mitarbeiter eine eigene, selbst entwickelte und auch persönlich verantwortete Kompetenz, kreativer und persönlicher mit den Klienten zu interagieren. Vieles war auch schon vorher im Ansatz vorhanden („unbewusste Kompetenz“), konnte aber nun viel gezielter und kompetenter genutzt werden.

Diskussion: Die künstlerischen Möglichkeiten aber auch das Bildungs- bzw. Entwicklungsformat trug wesentlich dazu bei, die Klienten mehr als diejenigen zu akzeptieren, die sie sind. Je mehr die Mitarbeitenden sich auf die eigenen Fähigkeiten besannen und kleine Anstöße für deren Entwicklung erhielten, desto mehr trauten sie sich, eine eigene Kompetenz im Kontakt zu entwickeln. Trotz eines angestrengten Alltags gelang es zunehmend, angereicherte Momente der Begegnung einzubauen, die insgesamt das Gefühl, dort zu arbeiten und zu leben, zum Positiven veränderte. Einen Schlüssel zum Erfolg sehen die Autoren darin, die Teilnehmenden als die eigentlichen Experten zu betrachten, die nicht unterrichtet, belehrt werden, sondern eher eine Hilfestellung zur Kompetenzentwicklung erfahren.

Quelle: Windle, G., Algar-Skaife, K. et al. (2020). Enhancing communication between dementia care staff and their residents: an arts-inspired intervention. *Aging & Mental Health*, 24(8), 1306-1315

Schlagworte: Demenz, Kunst, Kommunikation, Personalentwicklung

Manual unter:

<https://www.artsforhealth.org/resources/dementia-and-imagination.pdf>

(15) Lagerungen und ein entspannter Umgang sind bei Paratonie zu empfehlen

Ziel/Hintergrund: In allen Demenzformen tauchen motorische Einschränkungen früher oder später auf. Eine dabei häufig auftretende Erscheinung ist die Paratonie, eine abnormale Spannung der Muskulatur, die nicht mehr gesteuert entspannt werden kann. Wird die Person passiv durchbewegt, baut sich ungesteuert zunehmender Widerstand gegen die Bewegung auf. Im Endstadium der Demenz sind über 90% der Erkrankten von Paratonie betroffen. In früheren Demenzstadien ist die kooperative Mobilität oder auch ‚Mitmachbewegungen‘ betroffen, besonders im Rahmen der Grundpflege. Bei mangelndem Wissen über diese Zusammenhänge wird dieser Umstand schnell als ‚Widerstand‘, ‚Abwehrverhalten‘, also intentional fehlinterpretiert und der Klient als ‚schwierig‘ stigmatisiert. Paratonie mündet in der Regel in zunehmenden Kontrakturen und trägt zur Dekubitusbildung bei. Die damit verbundenen Schmerzen wiederum verstärken die Paratonie, ein sich selbst aufrechterhaltender Teufelskreis. Erstaunlicherweise gibt es wenig Studien, welche sich mit diesem Problem befassen, folglich auch wenige evidenzbasierte Empfehlungen für die Pflegepraxis. Physiotherapeuten und Pflegende unternehmen verschiedene Versuche, Paratonie zu reduzieren oder zu verlangsamen. Vorliegende Studie aus Belgien gibt eine Übersicht über die bekannten therapeutischen und Positionierungsstrategien, wie sie in Flandern zur Anwendung kommen.

Methoden: Vorgestellt werden quantitative Ergebnisse aus einer Auswertung von Fragebögen, die an belgische Physiotherapeuten, die in Altenheimen tätig sind, verschickt wurden. Es handelt sich um 68 Fragen zur Prävalenz, zur wahrgenommenen Wirkung therapeutischer Strategien und Positionierungen, zur ‚gentle care‘ von passiven Patienten. Beschrieben wird die Datenauswertung.

Resultate: Von 670 angeschriebenen Physiotherapeuten sendeten 242 Teilnehmende den Fragebogen ein (36%). 96% berichteten, mindestens einen Patienten mit Paratonie zu betreuen, bei dem /denen es Herausforderungen in der täglichen Versorgung gibt und es schwierig ist, eine komfortable Position (im Liegen oder Sitzen) zu finden. Teilnehmende schätzen die Anzahl von Personen mit Demenz in der Einrichtung mit 42 % (+/- 17%) ein, von denen wiederum etwa 41% (+/- 22%) an Paratonie litten. In nur 17% der Einrichtungen liegen Standards oder Richtlinien zum Umgang mit Patienten mit Paratonie vor, 54% berichteten von multidisziplinären Fallbesprechungen, in denen verbindlich ein gemeinsamer Umgang mit einzelnen Klienten festgelegt wird. In vielen

Einrichtungen sind Maßnahmen dem Belieben der jeweiligen Pflegekraft oder des Physiotherapeuten überlassen.

Sitzende und liegende Positionierungen mit Kissen oder speziellen Lagerungsmaterialien sowie passive Mobilisierung sind die häufigsten Maßnahmen; hinzukommen Entspannungsbäder sowie pulsierende, schaukelnde, rhythmische passive Bewegungen (z.B. Feldenkrais). Keine der Maßnahmen wies einen Effekt über mehr als 2 Stunden auf. Teilnehmende schätzen ein, dass nach der Maßnahme zu 77% eine gewisse Schmerzlinderung zu beobachten sei.

Positionierungen mit Kissen wirkten sich am besten auf Muskeltonus und Bewegungsradius aus. Verschiedene Lagerungsmethoden werden beschrieben. In den Niederlanden und in Belgien werden Personen mit gravierenden Mobilitätseinschränkungen eine bestimmte Form von Wohlfühlpflege angeboten („comfort care“, „gentle care“), bei der versucht wird, auf ziehende, drückende und wendende Manöver bei der Pflege möglichst zu verzichten („Passivitäten des Lebens“), um die Anspannung des Muskeltonus und damit eine abwehrende Verspannung möglichst zu vermeiden. Dazu gehört auch eine spezielle Bekleidung, die das Heben der Arme über den Kopf unnötig macht. Diese Strategie wird von 79% der Befragten angewendet. 36% der befragten Physiotherapeuten haben dazu eine Schulung erhalten.

Diskussion: Insgesamt beklagen die Befragten, dass bislang dem Thema Paratonie wenig Aufmerksamkeit geschenkt wurde. Regelmäßige multidisziplinäre Fallbesprechungen mit genauen Verabredungen zu Pflege- und Bewegungstechniken seien unabdingbar, um dieser Klienten Gruppe gerecht werden zu können.

Lagerungen mit Kissen wird eine wahrnehmungsfördernde Funktion zugeschrieben: diese somatosensorische Information sei im fortgeschrittenen Demenzstadium notwendig, um die mentale Repräsentation des eigenen Körpers und seiner Teile aufrecht zu erhalten. Neben Kissen kann dies auch durch schwere Decken erreicht werden. Erfahren die Patienten keine gezielte (propriozeptive) Wahrnehmungsunterstützung dieser Art, dann nehmen repetitive, tastende, reibende und nestelnde Aktivitäten zu, um Informationen über den Körper und seiner Teile zu erhalten. Einige wenige Studien zeigen auf, dass gezielte Lagerungen den Muskeltonus sowie Kontrakturen reduzieren helfen. Insgesamt ist die Literatur zu diesem Thema allerdings dürftig.

Positionen müssen häufiger gewechselt werden: besonders im Sitzen wird es sonst schnell sehr unangenehm. Es bedarf daher eines Plans, um Personen regelmäßig über

den Tag hinweg immer wieder in etwas andere liegende und sitzende Position zu lagern. Empfohlen wird ein Lagerungsrhythmus von 2 Stunden.

Passive Mobilisierung ist unter den Befragten eher umstritten. Eine Pilotstudie konnte keinen langfristigen Nutzen erkennen, sondern erwies eher das Gegenteil: Muskeltonus und den Widerstand erhöhten sich. Auch Streck- und Dehnübungen („stretching“) erweisen sich bei Kontrakturen eher als kontraindiziert: vermutet werden durch das Stretching ausgelöste Mikrotraumata, die eine angespannte Schutz- und Abwehrhaltung eher verstärken. Ähnliches gilt für sogenannte „gravitational stretch positions“: Hierbei werden bestimmte Körperteile gezielt nicht unterstützt und durch die Gravitation nach unten gezogen. Über pulsierende, schaukelnde passive Bewegungen liegen keine einheitlichen Ergebnisse vor; sehr positive Bekundungen der befragten Teilnehmer legen eine Beforschung nahe.

Soweit es noch irgendwie geht empfehlen die Befragten, eigene aktive Bewegungen der Patienten aufrecht zu erhalten und zu unterstützen, besonders in früheren Demenzstadien. Dazu gehören regelmäßige „sit-to-stand“ Übungen, eigenständiges Gehen, aber auch die möglichst aktive Teilnahme an allen Aktivitäten des täglichen Lebens.

Immer wieder beschreiben die Teilnehmenden, wie wichtig es sei, einen ruhigen, entspannten Umgang zu pflegen und auf eine eher unterstimulierende Umgebung im Kontext von Bewegungen und Bewegungsanbahnungen zu achten. Jede „externe Provokation“ (Plötzliche Berührung, laute Geräusche) lasse den Muskeltonus steigen.

Quelle: Van Deun, B., Van den Noortgate, N., et al. (2018). Paratonia in Flemish nursing homes: current state of practice. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 33(4), 205-214

Schlagworte: Demenz, Bewegung, Motorik, Paratonia

DIALOGZENTRUM LEBEN IM ALTER (DZLA)

Hochschule Osnabrück

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

***dzla@hs-osnabrueck.de* || www.dzla.de**

© DZLA 2021