
(Forschungs-) Newsletter: Mai 2021



18. Mai 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 (Mai 2021)	5
NEUES AUS DEM DZLA	8
<i>Schlaf & Psychopharmaka: „DZLA-Im Gespräch“</i>	8
<i>Überblick: Sämtliche Folgen des „Podcast WissenstransFair“</i>	9
<i>Ihr Platz im DZLA</i>	11
Neues aus der DialogAkademie	12
<i>Start der Online-Seminare der DialogAkademie</i>	12
<i>Ermäßigung bei Buchung mehrerer Seminare</i>	13
<i>Aktueller Seminarplan (Stand: 18. Mai 2021)</i>	13
Neues aus dem DNQP	14
<i>Entwicklung eines Expertenstandards in der Pflege zum Thema</i> <i>„Pflege der Haut“</i>	14
<i>Zweite Aktualisierung des Expertenstandards</i> <i>„Sturzprophylaxe in der Pflege“</i>	14
ForschungsNewsletter (Mai 2021)	15
<i>Editorial - ForschungsNewsletter</i>	16
Studien	20
Inhaltsverzeichnis Studien	21
(1) Schlafprobleme erhöhen das Risiko kognitiver Beeinträchtigungen	22
(2) Daten zu Schlafproblemen von Heimbewohner*innen mit Demenz fallen höchst unterschiedlich aus	24
(3) Schlafstörungen und Stresserleben bei pflegenden Angehörigen hängen eng zusammen	26
(4) Schlafstörungen von Menschen mit Demenz wirken sich auf alle Beteiligten erheblich aus	28
(5) Patienten mit früh einsetzender Demenz weisen mehr psychologische und verhaltensbezogene Symptome auf	31
(6) Neuropsychiatrische Symptome als frühe Anzeichen einer beginnenden Demenz	33
(7) Repetitivem Vokalisieren liegen nicht immer erfüllbare Bedürfnisse zugrunde	36
(8) Sexuell enthemmtes Verhalten führt zur beschleunigten Institutionalisierung	39
(9) Abwehrverhalten in der Pflege kann nur gemindert, nicht vermieden werden	43
(10) Die Einbeziehung der Angehörigen in den Pflegeprozess ist wenig entwickelt	45
(11) Web-basierte gesundheitliche Bildung von Angehörigen reduziert Belastungserleben	48
(12) Gesundheitsarbeiter sollten Entscheider empathisch auf ihrem Weg begleiten können	51
(13) Keine Zunahmen von Ängsten und Depressionen bei Angehörigen von Menschen mit Demenz trotz höherer Belastungen	54
(14) Missbräuchliches und vernachlässigendes Verhalten wird stark durch den jeweiligen situativen Kontext bestimmt	56
(15) Die Entscheidung zum Heimeintritt stellt einen Prozess von hoher Unsicherheit und Ambivalenz dar	59

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: <https://www.dzla.de>

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

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

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

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

DZLA-Instagram: https://www.instagram.com/dzla_hso/

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 <https://www.dzla.de>

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

Editorial (Mai 2021)

Liebe Leserinnen und Leser,

herzlich willkommen zum zweiten Newsletter des DZLA im Jahr 2021. Es ist wieder so weit. 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 wissenschaftlichen, neuen Erkenntnissen, ohne die eine notwendige Weiterentwicklung nicht möglich ist, laden wir Sie gerne ein und freuen uns über das Feedback. Wir freuen uns, wenn Sie anderen von uns erzählen und unseren Blog oder unsere Social-Media-Kanäle verlinken, diese kommentieren und unseren (Forschungs-)Newsletter abonnieren!

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](#) und dem [Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege \(DNQP\)](#).

++ Start der Online-Seminare der DialogAkademie ++

Im Mai 2020 haben wir mit viel Enthusiasmus unsere „[DialogAkademie](https://www.dzla.de/dialogakademie/)“ (<https://www.dzla.de/dialogakademie/>) eröffnet. Das Ziel war es, ausgesuchte Seminare im Bereich der Versorgung und Betreuung von gerontopsychiatrisch erkrankten Personen in Form von Seminaren und Tagungen anzubieten.

Nach der Corona-bedingten Absage der Präsenz-Seminare und der Jahrestagung 2020 konnten wir im März 2021 mit den ersten Online-Seminaren starten.

Wir freuen uns über ein erstes positives Feedback und natürlich auch darauf, die bereits angekündigten Präsenzseminare im Herbst 2021 anbieten zu können! Stolz sind wir außerdem auf das nun zusammengestellte, abwechslungsreiche [Jahresprogramm der DialogAkademie 2021!](#)

Wir sind weiter bemüht, weitere spannende Referent*innen für unsere DialogAkademie zu gewinnen!

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/)“. (<https://www.dzla.de/dialogakademie/>).

Schauen Sie mal nach, welche Seminare für Sie angeboten werden ... - vielleicht finden Sie ja das ein oder andere Angebot spannend.

Gerne möchten wir auf Interviews mit Expert*innen zu Studien und Projekten hinweisen. Detlef Rüsing führte zum schwierigen Thema „Reduktion von Psychopharmaka“ ein ausführliches Interview. Christian Müller-Hergl wiederum zum Thema „Schlaf“. Mehr dazu unter der Rubrik „[Neues aus dem DZLA](#)“ in diesem Newsletter.

Mit viel Engagement sind wir die Neugestaltung des DZLA-Blogs angegangen. Vielen Dank an dieser Stelle den Abonnenten*Innen und den Besucher*Innen unseres Blogs für das bisherige Feedback!

Alle bisherigen Folgen des Podcast „Wissenstransfair“ finden Sie nun hier:

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

Darunter auch die Rubrik „**NUR EIN KURZER GEDANKE ...**“: Zu Beginn einer jeden Podcast-Episode teilt Detlef Rüsing einen kurzen Gedanken mit den Hörer*innen. Diese Gedanken sind zunächst einmal ins „Grobe“ gesprochen, zumeist spontan

formuliert, zuweilen ermutigend, manchmal persönlich, nicht selten provokativ

Wir im DZLA arbeiten aufgrund der Pandemie weiter im Homeoffice. Über eine Weiterleitung sind wir weiter telefonisch erreichbar. Sollten Sie ein Anliegen haben schreiben Sie uns gerne jederzeit eine Mail!

Wir werden auf Ihre Anliegen schnell reagieren ... - versprochen!

Viel Freude beim Lesen dieses (Forschungs-)Newsletters wünschen Ihnen das DZLA-Team,

Christian Müller-Hergl, Detlef Rüsing & Nils Hensel

Osnabrück, am 18. Mai 2021

NEUES AUS DEM DZLA

Schlaf & Psychopharmaka: Neue Folgen in unserer Rubrik „Im Gespräch...“

Es ist uns gelungen, zwei weitere herausragende Forscher*innen für unsere Gastbeiträge zu gewinnen!

Detlef Rüsing konnte 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.

Sie können einen ausführlichen Artikel mit dem Interview hier abrufen:

<https://www.dzla.de/reduktion-von-psychopharmaka-bei-demenz/>

Christian Müller-Hergl führte ein ausführliches Videointerview gemeinsam mit Dr. Martin Dichter von der Universität Köln über Studien zu dem so wichtigen und schwierigen Thema „Schlaf“.

Fast alle psychischen Störungen gehen mit Schlafproblemen einher und umgekehrt: fast alle Störungen verbessern sich, wenn die Patienten gut schlafen können.

Einen Artikel mit weiterführender Literatur zum Thema finden Sie hier:

<https://www.dzla.de/schlaf-und-demenz/>

Überblick: Sämtliche Folgen des “Podcast WissenstransFair“

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

- Episode 017 (29.04.2021): Und wenn die Pandemie alles zudeckt? ++ Das Schweigen über Ekelgefühle ++ Eine Bushaltestelle im Krankenhaus? ++ Neigungen als Schlüssel von Wohlbefinden ++ Neues aus DZLA & DialogAkademie
- Episode 016 (24.03.2021): Miteinander von Medizin und Pflege ++ Widerstandsfähigkeit beruflich Pflegenden ++ Studiengang HELPP ++ Patientenverfügung bei Demenz? ++ News aus DZLA & DialogAkademie
- Episode 015 (25.02.2021): Die Sprache pflegen – Pflegenden als Kommunikationszentrale ++ Kurze Einführung in die Studien des aktuellen ForschungsNewsletters (01/2021) ++ Baden und Duschen bei Demenz – über das Wie einer Selbstverständlichkeit (Teil 2) ++ Neues aus dem DZLA & der DialogAkademie
- 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://www.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“](#).

Den aktuellen Stand des Jahresprogramms der DialogAkademie können Sie hier abrufen:

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.

Nach dem Start der ersten Online-Seminare konnten wir weitere Seminarleiter*innen für die DialogAkademie gewinnen.

Eine Übersicht alle Seminare finden Sie hier [in diesem Newsletter](#) und im aktuellen [Jahresprogramm der DialogAkademie](#).

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

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 an. 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: 18. Mai 2021)

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

- 02.06.2021: Online-Seminar: ++ „Keine Zeit in Besprechungen verlieren – der rote Faden!“ – 75 €
- 09.06.2021: Online-Seminar: ++ Demenz – Selbstbestimmung im Alltag ermöglichen - € 75
- 17.06.2021: Online-Seminar ++ Biographiearbeit - sinnlos oder sinnvoll? - € 75
- 01.07.2021: Online-Seminar ++ Psychopharmakotherapie bei Demenz – weniger ist manchmal mehr - € 75
- 01.09.2021: Präsenz-Seminar ++ Persönlichkeitsstörungen 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
- 12.10.2021: Präsenz-Seminar ++ „Wer moderiert, führt.“ - € 250
- 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

Entwicklung eines Expertenstandards in der Pflege zum Thema „Pflege der Haut“ (Arbeitstitel)

Für die anstehende Entwicklung eines Expertenstandards zum Thema „Pflege der Haut“ unter der wissenschaftlichen Leitung von Professor Dr. Jan Kottner von der Charité-Universitätsmedizin Berlin sucht das DNQP Expertinnen und Experten für die Mitarbeit in einer Expertenarbeitsgruppe. Im Expertenstandard soll ein pflegerisches Qualitätsniveau beschrieben werden, welches es Einrichtungen ermöglicht, interne zielgruppen- und settingspezifische Vorgehensweisen für die Pflege und Gesunderhaltung der Haut festzulegen. Wunden sollen in dem Expertenstandard nicht berücksichtigt werden.

Bewerbungen sind bis zum 30. Mai 2021 möglich.

Alle weiteren Informationen hierzu finden Sie hier:

https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Pressemitteilung/PM_DNQP21.04.16.pdf

Zweite Aktualisierung des Expertenstandards „Sturzprophylaxe in der Pflege“

Unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Dr. Michael Simon und Dr. Franziska Zúñiga von der Universität Basel nimmt nun eine 15-köpfige Expertenarbeitsgruppe, inklusive einer Vertreterin der Nutzerperspektive sowie eine externe Fachberaterin ihre Arbeit auf. Die Expertinnen und Experten werden in den kommenden Monaten auf Basis einer aktuellen Literaturanalyse zum Thema eine Aktualisierung des Expertenstandards und der Kommentierungen vornehmen. Anfang 2022 wird die Fachöffentlichkeit die Möglichkeit erhalten, im Rahmen einer Konsultationsphase Stellungnahmen zum aktualisierten Expertenstandard-Entwurf abzugeben. Der aktualisierte Expertenstandard wird voraussichtlich Mitte 2022 veröffentlicht. Zusätzlich erfolgt derzeit eine weitere Literaturrecherche, um relevante Qualitätsindikatoren zur Sturzprophylaxe für das interne Qualitätsmanagement zu identifizieren. Diese werden im Anschluss an die Aktualisierung im Rahmen eines Praxisprojektes erprobt.

Das DNQP informiert über seinen Newsletter zum aktuellen Stand der Entwicklungen. Eine Anmeldung können Sie [hier vornehmen](#).

ForschungsNewsletter

(Mai 2021)

Editorial - ForschungsNewsletter

Mit unserem (Forschungs-)Newsletter des DZLA wollen wir Ihnen regelmäßig alle drei 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:

In diesem Newsletter fokussieren wir uns auf drei Themenbereiche: den Schlaf, herausforderndes Verhalten und Pflegenden Angehörige. Schlaf nimmt eine Schlüsselstellung für psychische Gesundheit ein: fast jede psychische Erkrankung bessert sich mit der Verbesserung des Schlafes und umgekehrt. Neuropsychiatrische Symptome inklusive herausfordernden Verhaltens bleiben eine Herausforderung: sie lassen sich nicht mit einer übergreifenden Theorie erfassen und erfordern einen mühsamen Anpassungsprozess im Einzelfall - und selbst der ergibt oft nur eine Milderung der Symptomatik. Angehörige geraten häufig unvorbereitet und eher zufällig in eine sorgende Rolle. Sie erfahren dabei in der Regel keine zugehende Begleitung oder Befähigung, sondern werden zum Teil von Professionellen wenig ernst genommen. Entscheidend für ihr Belastungserleben ist neben vielen anderen Faktoren die täglich anfallende Betreuungszeit.

Schlafprobleme erhöhen das Risiko kognitiver Beeinträchtigungen bis hin zur Demenz. Alter, Mobilität und Depressivität schlagen vergleichsweise weniger zu Buche. Besonders Exekutivfunktionsstörungen scheinen eine Folge schlechten Schlafes zu sein. Diese erschweren die Bewältigung des Alltags in besonderem Maß. (1)
Männer sind mehr von Schlafproblemen betroffen als Frauen. Wer schlecht schläft zeigt sich über den Tag hinweg unruhiger und unleidiger im Umgang. Dies wiederum hat oft

eine erhöhte Gabe von Antipsychotika zur Folge – die sich leider auch wiederum ungünstig auf den Schlaf auswirken können. (2)

Auch Angehörige sind vom schlechten Schlaf betroffen. Körperliche Probleme seelischer Stress, aber auch störende Anliegen der mitwohnenden Person mit Demenz führen zu einer subjektiv schlecht empfundenen Schlafqualität. Nachtpflege wäre hier eine passende Entlastung. (3)

Schlechter Schlaf wirkt sich nicht nur auf die betroffenen Personen, sondern auch auf Mitbewohner und Pflegende aus. Zu den Auswirkungen auf die Person zählen u.a. heftiges Verschlucken bei Mahlzeiten und vermehrt herausforderndes Verhalten. Andere Bewohner werden gestört und es entwickelt sich eine für alle belastende Nachtsituation. Pflegende – in der Nacht knapp besetzt – sind schnell überfordert, da sie jeden einzelnen beruhigen müssen. Schlechter Schlaf hat Folgen für den nächsten Tag für alle Beteiligten und es droht ein sich fortsetzender Teufelskreis. (4)

Menschen mit frühem Demenzbeginn weisen vergleichsweise eine größere Häufigkeit psychologischer und verhaltensbezogener Symptome auf. Trifft einen die Demenz in früheren Jahren, löst dies viele Ängste und Befürchtungen aus, da man sich auf ein anderes und nicht vorhergesehenes Leben einstellen muss. (5)

Neuropsychiatrische Symptome allein können ein erstes Anzeichen für eine beginnende Demenz darstellen. Dies gilt insbesondere für Apathie, Ängste, Depressivität, Agitiertheit und Enthemmung sowie Wahn. Verschiedene Demenzarten gehen dabei mit verschiedenen akzentuierten neuropsychiatrischen Symptomen einher. Unter Umständen kann das Auftreten einer Demenz an diesen Anzeichen früher erkannt werden. (6)

Wenn Menschen mit Demenz vokalisieren oder lautieren, dann erweisen sie sich als physisch und psychisch sehr schwach bzw. reduziert. In vielen Fällen können Pflegende auch bei noch so intensivem Forschen keine unerfüllten Bedürfnisse entdecken, die dem Rufen zugrunde liegen könnten. Vielmehr scheint es sich um eine elementare Form der Selbststimulation zu handeln. Dennoch löst dieses Verhalten bei Pflegenden immer wieder die Sorge aus, möglicherweise etwas übersehen zu haben. (7)

Sexuell enthemmtes Verhalten bestimmt auf einzigartige Weise das Belastungserleben pflegender Angehöriger: sie schämen sich stellvertretend für die Person und erleben sich selbst stigmatisiert. Sowohl für Angehörige wie auch für Pflegende mangelt es an Leitlinien, wie sie mit dem Verhalten und den eigenen Gefühlen umgehen sollen. Im professionellen Kontext sind es zumeist die Personen mit der geringsten Ausbildung, die sexuell übergriffigem Verhalten am meisten ausgesetzt sind. (8)

Abwehrverhalten bei der Körperpflege kann kaum vermieden, eher nur abgemildert werden. Verschiedene Möglichkeiten werden vorgestellt, darunter Musik und ein bewusster Beziehungsaufbau. Einen ‚Königsweg‘ gibt es allerdings nicht, nur die mühsame Suche im Einzelfall. (9)

Zwar wird die Einbeziehung von Angehörigen in den Pflegeprozess immer wieder gefordert, umgesetzt wird dies selten. Zumeist bleibt es bei einer informierenden und beratenden Rolle der Angehörigen, eine gemeinsam geteilte Sorgeverantwortung ist eher die Ausnahme. Was Angehörigen gut tut: eine verlässliche Austauschbeziehung mit einer Bezugspflegekraft, die zugehend informiert. (10)

Es ist oft gar nicht die Demenz selbst, sondern andere Erkrankungen, die bei Angehörigen zur vermehrten Sorge und Beunruhigung beitragen. Notaufnahmen, gesundheitliche Krisen bei gleichzeitiger Uneinsichtigkeit des Kranken lösen viele Ängste aus. Beschrieben wird eine Website, die Angehörige zu gesundheitlichen Krisen von Menschen mit Demenz informiert und berät. (11)

Angehörige müssen oft für ihre Verwandten Entscheidungen treffen, ohne auf diese Rolle vorbereitet worden zu sein. Das Hineinwachsen in diese Rolle verändert auch die Beziehung zu dem Angehörigen. Gesundheitsarbeiter begegnen den Angehörigen nicht immer mit dem geschuldeten Respekt – eine empathische Begleitung und Unterstützung wäre dagegen wünschenswert. (12)

Erhalten Angehörige eine gute Begleitung, dann kann sich das Belastungserleben trotz fortschreitender Demenz verringern. Es scheint ein Anpassungs- und Lernprozess stattzufinden. Eine andere Studie zeigt: Depressionswerte für Angehörige nehmen abhängig von der täglichen Betreuungszeit zu. Dies legt zweierlei nahe: Angehörige nicht ohne Bildung und Begleitung mit der Person mit Demenz alleine lassen und für außerhäusliche Entlastung Sorge tragen. (13)

Stress führt zuweilen zu missbräuchlichem Verhalten gegenüber Menschen mit Demenz seitens ihrer Angehörigen. Nimmt der Stress zu, dann tritt anstelle des Missbrauchs die Vernachlässigung. Ist man dagegen mit der Person mit Demenz außerhalb von Pflege gemeinsam tätig, dann verringert sich die Häufigkeit vernachlässigenden, nicht aber von missbräuchlichem Verhalten. Insgesamt hängen derartige Vorkommnisse stark von den jeweiligen situativen Kontexten ab. (14)

Die Entscheidung der Angehörigen zu einem Heimeintritt stellt einen Prozess über einen längeren Zeitraum dar. Mangelnde Sicherheit und zunehmende Beaufsichtigung, aber auch die fehlende Vorhersehbarkeit der Krankheitsentwicklung führen zu einem Aufenthalt, um sicher zu gehen.

Viele Angehörige erleben sich auf diesem Weg sehr allein gelassen. (15)

Christian Müller-Hergl, Osnabrück im Mai 2021

Studien

Inhaltsverzeichnis Studien

(1) Schlafprobleme erhöhen das Risiko kognitiver Beeinträchtigungen	22
(2) Daten zu Schlafproblemen von Heimbewohner*innen mit Demenz fallen höchst unterschiedlich aus.....	24
(3) Schlafstörungen und Stresserleben bei pflegenden Angehörigen hängen eng zusammen	26
(4) Schlafstörungen von Menschen mit Demenz wirken sich auf alle Beteiligten erheblich aus	28
(5) Patienten mit früh einsetzender Demenz weisen mehr psychologische und verhaltensbezogene Symptome auf.....	31
(6) Neuropsychiatrische Symptome als frühe Anzeichen einer beginnenden Demenz.....	33
(7) Repetitivem Vokalisieren liegen nicht immer erfüllbare Bedürfnisse zugrunde.....	36
(8) Sexuell enthemmtes Verhalten führt zur beschleunigten Institutionalisierung.....	39
(9) Abwehrverhalten in der Pflege kann nur gemindert, nicht vermieden werden	43
(10) Die Einbeziehung der Angehörigen in den Pflegeprozess ist wenig entwickelt.....	45
(11) Web-basierte gesundheitliche Bildung von Angehörigen reduziert Belastungserleben	48
(12) Gesundheitsarbeiter sollten Entscheider empathisch auf ihrem Weg begleiten können	51
(13) Keine Zunahme von Ängsten und Depressionen bei Angehörigen von Menschen mit Demenz trotz höherer Belastungen.....	54
(14) Missbräuchliches und vernachlässigendes Verhalten wird stark durch den jeweiligen situativen Kontext bestimmt.....	56
(15) Die Entscheidung zum Heimeintritt stellt einen Prozess von hoher Unsicherheit und Ambivalenz dar	59

(1) Schlafprobleme erhöhen das Risiko kognitiver Beeinträchtigungen

Ziel/Hintergrund: 12% bis 18% der Personen ab 60 Jahren und älter entwickeln eine milde kognitive Beeinträchtigung, wovon 8% bis 15% sich zur Demenz weiterentwickeln. Verschiedene miteinander interagierende Risikofaktoren spielen eine Rolle wie z.B. Schlafstörungen, Bluthochdruck, das metabolische Syndrom (Fettleibigkeit, Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörung, Insulinresistenz), chronisch niedriggradige Entzündungen, vermehrt sitzende Position, Depressivität. Besonders der Bluthochdruck, oft im Rahmen des metabolischen Syndroms, führt zu Veränderungen der Gefäße und der ‚weißen Substanz‘ (Leitungsbahnen und Nervenfasern) und geht einher mit der übermäßigen Anhäufung von Beta-Amyloid. Diskutiert das relative Gewicht dieser verschiedenen Risikofaktoren, in vorliegender Studie insbesondere die Bedeutung der Schlafprobleme. Fast die Hälfte aller Personen über 65 Jahren klagen über mindestens ein Schlafproblem, bei zunehmender Symptomatik mit den Jahren. Allerdings geht dabei die Kausalitätsrichtung in beide Richtungen: Schlafprobleme erhöhen die Wahrscheinlichkeit kognitiver Beeinträchtigung und die neurologischen Veränderungen minimieren die Voraussetzungen für einen guten Schlaf. Vorliegende US-amerikanische Studie untersucht das relative Gewicht der Risikofaktoren in Bezug auf Personen über 65 Jahren mit Bluthochdruck.

Methoden: 145 Personen zwischen 60 und 90 Jahren mit Bluthochdruck wurden für die Querschnitts-Studie gewonnen. Erhoben wurden Daten zum Bluthochdruck, zu Medikamenten, zu anthropometrischen Daten (Hüftumfang, Gewicht, BMI etc.), zur Mobilität, zu Blutwerten, Daten zum metabolischen Syndrom, zur Depressivität, zu Schlafstörungen und zu chronischen niedriggradigen Entzündungen. Zur Einschätzung kognitiver Funktionen wurde MoCA (vergleichbar mit MMSE) mit einem Cutoff von 24/25 für milde kognitive Beeinträchtigung verwendet. Beschrieben wird die statistische Analyse.

Resultate: Während Alter, Mobilität, Depressivität und Entzündungen nicht mit kognitiver Beeinträchtigung deutlich korrelieren, ergab sich ein deutlicher Zusammenhang mit Schlafproblemen. Insbesondere visospatale (räumliche Verhältnisse) und exekutive (Hemmung, Flexibilität, Initiative, Arbeitsgedächtnis, Planen und Strukturieren, Ordnen und Organisieren, sich selbst und die Aufgabe überprüfen) Funktionen erwiesen sich bei Personen mit Schlafproblemen als deutlich

niedriger. Exekutivfunktionen zeigten sich etwas niedriger auch für Personen mit hohen Werten des metabolischen Syndroms.

Diskussion: Selbstberichtete Schlafprobleme bei Personen mit Bluthochdruck erwiesen sich in vorliegender Studie deutlich korreliert mit kognitiver Beeinträchtigung, mehr als alle anderen untersuchten Parameter, gefolgt vom metabolischen Syndrom. Die Autoren beschreiben verschiedene mögliche Wirkzusammenhänge, insbesondere die bei Schlafproblemen beeinträchtigte Glymphase (Selbstreinigung des Hirns im Schlaf), der damit zusammenhängende mangelnde Abtransport von Beta-Amyloid, möglicherweise unzureichender Sauerstoffversorgung (Hypoxie wegen APNOE), Glukose Hypometabolismus sowie damit zusammenhängender mitochondrialer Dysfunktion. (Energiekrise des Hirns) Schlafprobleme stehen damit im begründeten Verdacht, allein oder im Zusammenhang mit anderen Risikofaktoren das Risiko für kognitive Beeinträchtigung und Demenz zu erhöhen. Begrenzend räumen die Autoren an, dass der Charakter einer Querschnittsstudie (anstelle einer Längsschnittstudie) und der Rückgriff auf selbstberichtete Schlafprobleme (anstelle von objektiven Messungen) die Belastbarkeit der Studie begrenzen.

Quelle: Kohn, J., Troyer, E. et al. (2020). Self-reported sleep disturbances are associated with poorer cognitive performance in older adults with hypertension: a multi-parameter risk factor investigation. *International Psychogeriatrics*, 32(7), 815-825

Schlagworte: Schlaf, kognitive Beeinträchtigung, Risikofaktoren

(2) Daten zu Schlafproblemen von Heimbewohner*innen mit Demenz fallen höchst unterschiedlich aus

Ziel/Hintergrund: Personen mit Demenz weisen häufig Schlafprobleme auf, die sich auch für Pflegende Angehörige oder professionelle Mitarbeiter*innen belastend auswirken und zur Heimeinweisung beitragen können. Je nachdem, wie Schlafprobleme abgebildet werden, ergeben sich sehr stark voneinander unterscheidende Daten. Vorliegende Studie aus Großbritannien trägt bisherige Studienergebnisse zu Menschen mit Demenz mit Schlafproblemen, die in Heimen wohnen, zusammen.

Methoden: Beschrieben werden die einzelnen Schritte der Sichtung, Sammlung, Auswahl, Bewertung und Zusammenfassung der Studiendaten. Insgesamt entsprachen 55 Studien den Suchkriterien.

Resultate: 19 Studien berichten über klinisch relevante Schlafprobleme von Menschen mit Demenz. Die Studien weisen eine hohe Heterogenität auf (Prävalenz zwischen 5% und 53%) mit einer durchschnittlichen Prävalenz von 20%.

32 Studien ermitteln Daten über Fragebögen zu irgendeinem (nicht unbedingt klinisch relevanten) Schlafproblem von Menschen mit Demenz. Auch hier ist die Heterogenität der Ergebnisse hoch (zwischen 13% und 86%) mit einer durchschnittlichen Prävalenz von 38%.

Fünf Studien verwenden zur Messung einen am Handgelenk befestigten Aktigraph (oder Aktometer), ebenfalls mit einer hohen Heterogenität (zwischen 32% und 84%) mit einer durchschnittlichen Prävalenz von 70%.

Über alle Messmethoden hinweg zeichnet sich ab, dass Männer vergleichsweise häufiger von Schlafproblemen betroffen sind als Frauen. Schlafprobleme sind assoziiert mit deutlichen Belastungen für professionelle Mitarbeiter*innen. Personen, die über Tag ein höheres Maß an Agitiertheit aufweisen, haben auch vermehrt Schlafprobleme. Zusammenhänge mit psychoaktiven Medikamenten fallen sehr unterschiedlich aus. Insgesamt aber erhalten Personen mit Schlafproblemen auch vermehrt psychoaktive Substanzen. In einigen Studien zeigen Personen mit fortgeschrittener Demenz mehr Schlafprobleme auf, in anderen nicht.

Diskussion: Je nachdem, wie Schlafprobleme erhoben werden, ergeben sich sehr unterschiedliche Daten. Es wird vermutet, dass die Nutzung von Fragebögen, die von Angehörigen oder Professionellen ausgefüllt werden, eher zu einer Unterschätzung, die Nutzung von Aktiographen dagegen eher zu einer Überschätzung der Schlafprobleme führen. Das lange Verweilen im Bett sowie Tagesschlaf erschweren eine verlässliche Einschätzung. Beides ist problematisch: das eine mag zu einer medikamentösen Mangelversorgung führen, das andere zu einer Überversorgung mit möglichem Tagesschlaf und Stürzen als Folge. Über alle Studien hinweg erweisen sich die Zusammenhänge mit eher betroffenen Männern, Agitiertheit und vermehrtem Einsatz von psychoaktiven Substanzen als stabil.

Quelle: Webster, L., Gonzalez, S. et al. (2020). Measuring the prevalence of sleep disturbances in people with dementia living in care homes: a systematic review and meta-analysis. *Sleep*, doi: 10.1093/sleep/zsz251

Schlagworte: Schlaf, Demenz, Meßmethoden

Vgl.: Ji, X., Fu, Y. (2021). The role of sleep disturbances in cognitive function and depressive symptoms among community-dwelling elderly with sleep complaints. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 36, 96-105

Fragmentierter Schlaf, übermäßig langer Schlaf und Tagesschlaf erweisen sich als korreliert mit kognitiven Beeinträchtigungen. Schlafstörungen können als mögliche Vorläufer des sich abzeichnenden kognitiven Niedergangs in Frage kommen.

Es liegen Hinweise vor, dass diese Zusammenhänge nicht in gleicher Weise für Männer und Frauen gelten und dass diese Zusammenhänge vom Alter der Personen abhängen. Vorliegende Studie aus China geht diesen Zusammenhängen in einer Querschnittsstudie nach und kommt zu folgenden Ergebnissen: Schwere spät einsetzende nächtliche Schlaflosigkeit (nach 65 J) sagt nur für ältere (aber nicht für jüngere) Frauen eine Verschlechterung kognitiver Funktionen voraus, nicht aber für Männer. Schlaflosigkeit bei Männern nach dem 65 Lebensjahr scheint deren kognitive Funktionen weniger zu tangieren. Die Autoren bieten hierfür keine Erklärung an.

(3) Schlafstörungen und Stresserleben bei pflegenden Angehörigen hängen eng zusammen

Spezialisierte Ziel/Hintergrund: Gemäß internationaler Literatur sind mit Menschen mit Demenz zusammenlebende Angehörige zu 90% von Schlafstörungen betroffen. Sie schlafen weniger, haben größere Mühe, in den Schlaf zu kommen und werden häufig im Schlaf unterbrochen. Schlechter Schlaf geht mit geringerem Wohlbefinden und vermehrtem Belastungserleben einher, gefährdet damit die Gesundheit der Angehörigen und folglich auch den Verbleib der Personen mit Demenz im häuslichen Umfeld. Vorliegende Studie untersucht diese Zusammenhänge im australischen Kontext.

Methoden: Es handelt sich um eine Querschnittsstudie mit 104 Teilnehmern. Erhoben wurden neben demographischen Daten und Daten zu Erkrankungen das Stresserleben (Stress, Depressivität, Ängste) sowie die selbstbekundete Schlafqualität.¹ Letzterer erfragt die subjektiv erlebte Schlafqualität, die Einschlafzeit, Schlafdauer, Schlaffeffizienz - also genügend Schwung am Tage, Schlafstörungen, Schlafmedikation und die Tagesmüdigkeit.

Resultate: Bei den untersuchten Angehörigen handelt es sich mehrheitlich um Frauen mit einem durchschnittlichen Alter von 67 Jahren, die durchschnittlich bereits 4,8 Jahre einen Angehörigen mit Demenz betreuen und pflegen. Nur 8% nutzen die Möglichkeiten der Kurzzeitpflege bzw. der Nachtpflege. 94% (n= 97) berichten über klinisch signifikante Schlafprobleme, an erster Stelle schlechte Einschlafqualität, gefolgt von schlechter subjektiv empfundener Schlafqualität und Schlafstörungen. 34% greifen zu Schlafmedikamenten. Drei Hauptthemen lassen sich unterscheiden: Schlafstörungen aufgrund eigener körperlicher Probleme zu 35% (Schmerzen, restless leg), aufgrund von emotionalem Stress (30%) und aufgrund von Anliegen der Person mit Demenz in der Nacht (35%). Depressivität, Ängste und Stress werden bei einem Drittel in mittelschwerer und sehr schwerer Ausprägung berichtet. In weiteren Analyseschritten konnte gezeigt werden, dass Stress erhöhte Schlafprobleme vorhersagt.

¹ Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), deutsche Übersetzung unter:
https://www.arztpraxis-haas.de/data/CMM_Contents/files/Fragebogen-PSQI.pdf

Diskussion: Stress und Schlaf hängen eng miteinander zusammen, wobei angesichts einer Querschnittsstudie wenig über die Kausalitätsrichtung gesagt werden kann. Schlaf stellt neben Ernährung und Bewegung einen wesentlichen Faktor für persönliches Wohlbefinden dar. Kurzzeit- und Nachtpflege werden bislang viel zu wenig genutzt, obwohl gezeigt werden konnte, dass Kurzzeitpflege die Schlafqualität von Angehörigen deutlich verbessert. Insgesamt empfiehlt sich, an der Stressreduktion und der Nutzung von Nachtpflegemöglichkeiten anzuknüpfen, um den Gesundheitsstatus von Angehörigen zu verbessern.

Quelle: Smyth, A., Whitehead, L. et al. (2020). Disrupted sleep and associated factors in Australian dementia caregivers: a cross-sectional study. BMC Geriatrics, 20:312, <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01726-1>

Schlagworte: Pflegende Angehörige, Schlaf, Stress

(4) Schlafstörungen von Menschen mit Demenz wirken sich auf alle Beteiligten erheblich aus

Ziel/Hintergrund: Schlafstörungen von Menschen mit Demenz stellen eine erhebliche Herausforderung für die Pflegenden, insbesondere die Nachtwachen dar. Einige Bewohner*innen sind sich ihrer Schlafstörungen bewusst, andere vergessen sie. Vorliegende Studie aus England untersucht, wie sich Schlafstörungen auf Mitbewohner und Pflegende auswirken.

Methoden: Pflegende aus vier ausgesuchten Einrichtungen in London wurden befragt. Es wurde darauf geachtet, vier unterschiedliche Einrichtungen zu wählen sowie eine möglichst repräsentative Auswahl an Mitarbeiter*innen zu gewinnen. Literaturbasierte Leitfragen wurden entwickelt. Jede/r Interviewte wurde gebeten, sich drei Personen mit Demenz und Schlafproblemen vor Augen zu halten, die sie gut kannten. Gefragt wurde, wie diese Personen schlafen, was sie denken, warum die Personen schlecht schlafen, wie sich dies auf sie selbst und Bewohner auswirkt und wie sie mit den Schlafstörungen umgehen. Beschrieben wird die qualitative Inhaltsanalyse.

Resultate: 18 Pflegende berichteten auf Basis von 54 Bewohner*innen. Die Inhalte werden unter fünf Rubriken (davon hier 4) vorgestellt:

Beschreibung und Interpretation

Berichtet wird von immobilen Bewohnern, die nachts wach sind, rufen, singen, schreien und klingeln, oft ohne erkennbaren Grund oder Anlass. Einige kriechen auch auf dem Boden, auf dem Flur, dem eigenen Zimmer oder den Zimmern ihrer Nachbarn. Manche schlafen dann ein in Stühlen, Sesseln, Sofas oder auch auf dem Boden. Einige fangen an, in der Nacht verschiedene Dinge zu bewegen, zu sammeln, zu verstecken oder zu verlegen. Wiederum andere packen ihre Koffer und verlangen, nun nach Hause zu kommen. Bei einigen Bewohner*innen kommt es zu deutlich ausgeprägten nächtlichen Halluzinationen.

Auswirkungen auf die Person

Die Schlafstörungen wirken sich auf den folgenden Tag aus. Viele, aber nicht alle, werden agitierter oder aggressiver erlebt, regen sich vermehrt über jede Kleinigkeit auf – was man sonst so nicht von ihnen kennt. Auch Unterstützung bei der Körperpflege

wird häufig abgewehrt. Es folgt häufig vermehrter Tagesschlaf mit verschiedenen Folgen: die nächste Nacht kann erneut nicht geschlafen werden, an Aktivitäten wird vergleichsweise weniger teilgenommen, die Personen stürzen häufiger, Medikamente werden nicht eingenommen, Mahlzeiten werden verpasst und einige sind gefährdet, zu wenig zu trinken. Beim Essenreichen wird vermehrt heftiges Verschlucken beobachtet. Medikamente haben den Effekt, dass die Personen müder und benommen wirken, nicht aber, dass sie besser ein- und durchschlafen. Kurzzeitig helfen Medikamente, aber langfristig wirken sie sich eher negativ aus. Nicht alle sind in gleicher Weise von Schlafstörungen betroffen: einige Personen sind trotz der Schlafstörungen gleich wach, zugänglich und tagesaktiv.

Auswirkungen auf andere

Die Unruhe und die Schreie in der Nacht wecken andere Bewohner*innen, die aus den Zimmern kommen, sich beschweren. So kann ein nachtaktiver Bewohner einen ganzen Bereich in helle Aufregung versetzen.

Auswirkungen auf Pflegende

Ist letzteres der Fall, dann sind Pflegende schnell überfordert. Jeder muss beruhigt und wieder ins Zimmer geführt werden. Bei einigen Bewohner*innen muss eine Mitarbeiterin beständig präsent sein, damit diese Person die anderen nicht stört. Dadurch kommen andere, für die Nacht angesetzte Aufgaben zu kurz. Diese intensive Einzelarbeit wird als ermüdend und erschöpfend beschrieben.

Diskussion: Die Auswirkungen von Schlafstörungen sind für alle Beteiligten erheblich. Es ist von einer Wechselwirkung zwischen Schlafstörungen und Agitiertheit auszugehen. Es bleibt nicht bei psychischen Folgen: Stürze, Dehydrierung, verpasste Medikamente und Mahlzeiten wirken sich deutlich aus. Betroffene Personen bewegen sich an dem folgenden Tag wenig oder kaum, schlafen, haben weniger Kontakte und Aktivitäten. Es entsteht ein Teufelskreis, der nur mit Mühe unterbrochen werden kann. Mitarbeitende berichten über wenig gezielte Strategien im Umgang mit Schlafproblemen. Oft werden Mahlzeiten oder Getränke gereicht oder weitere Medikationen versucht. Insgesamt besteht ein dringender Bedarf, Schlafstörungen einzuschätzen und angemessene Interventionen zu entwickeln.

Quelle: Webster, L., Powell, K. et al. (2020). The impact of sleep disturbances on care

home residents with dementia: the SIESTA qualitative study. *International Psychogeriatrics*, 32(7), 839-847

Schlagworte: Schlaf, Demenz, Pflegeheim, professionell Pflegende

Vgl.: Richardson, K. et al. (2020). Adverse effects of Z-drugs for sleep disturbance in people living with dementia: a population-based cohort study. *BMC Medicine*, 18:351, <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01821-5>

Z-Medikamente sind mit vermehrt auftretenden Stürzen und Schlaganfallrisiken verbunden und wirken sich ähnlich, teilweise sogar stärker aus als Benzodiazepine. Die Anwendung sollte möglichst vermieden werden und wenn doch verabreicht, streng und eng kontrolliert werden.

(5) Patienten mit früh einsetzender Demenz weisen mehr psychologische und verhaltensbezogene Symptome auf

Ziel/Hintergrund: Früh und spät einsetzende Demenzen vom Alzheimer-Typ weisen einige Unterschiede auf, die u.a. das Tempo im Voranschreiten der Erkrankung, die zeitliche Entwicklung der Symptomatik und das herausfordernde Verhalten betreffen. Vorliegende Studie aus Großbritannien vergleicht die Häufigkeit und die Schwere im Auftreten von herausforderndem Verhalten sowie die Auswirkungen auf pflegende Angehörige.

Methoden: Vergleichen werden Daten von 58 Personen an spät, und 24 Personen an früh einsetzender Demenz vom Alzheimer-Typ. Die Patienten wurden im Rahmen von Untersuchungen an einer Memory-Klinik gewonnen. Assessments werden beschrieben, um Schwere der Demenz, nicht-kognitive, also psychologische und verhaltensbezogene Symptome sowie Aktivitäten des täglichen Lebens abzubilden.

Resultate: Personen mit frühem Beginn litten vergleichsweise länger an Symptomen (50 Monate vs. 30 Monate). Unterschiede in Bezug auf Geschlechterverteilung, Bildung, Schweregrad der Demenz und Einbußen in den Aktivitäten sowie psychiatrische Vorgeschichte (Psychosen, Alkoholabhängigkeit) gab es nicht. Personen mit frühem Beginn stammen eher aus Familien mit gehäuftem Demenzvorkommen. Personen mit frühem Beginn erhalten vergleichsweise häufiger Antidementiva als Personen mit spätem Beginn. Ob Personen Antidementiva erhielten oder nicht wirkte sich nicht in Bezug auf psychologische oder verhaltensbedingte Symptome aus.

Personen mit frühem Beginn wiesen eine größere Häufigkeit aber nicht Schwere aller psychologischen und verhaltensbedingten Symptome auf, besonders bezüglich Ängste, Irritierbarkeit und Schlafstörungen. Nur die Apathie fiel nicht höher aus. Gleichfalls gaben Angehörige eine höhere Gesamtbelastung an. Irritierbarkeit und Schlafstörungen wirkten sich besonders belastend aus. Psychologische und verhaltensbedingte Symptome wurden in der Gruppe mit früh einsetzender Demenz von der Länge der Krankheit, bei spät einsetzender Demenz von den Abhängigkeiten in den Aktivitäten des täglichen Lebens vorhergesagt.

Diskussion: Menschen mit früh einsetzender Demenz müssen zu einem Zeitpunkt

Einbrüche im Lebensstil, Rollen, Verantwortlichkeiten hinnehmen, zu dem man mit diesen nicht rechnet. Dies erklärt zum Teil vermehrte Ängstlichkeit, Depressivität und Irritierbarkeit. Die Durchführung von Aktivitäten des täglichen Lebens ist weniger beeinträchtigt, da altersbedingt die gesundheitliche und funktionale Kompetenz höher ist.

Quelle: Baillon, S., Gasper, A. et al. (2019). Prevalence and severity of neuropsychiatric symptoms in early- versus late-onset Alzheimer's disease. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 37(7-8). 433-438

Schlagworte: Präsenile und senile Demenzen, herausforderndes Verhalten, Belastungen von Angehörigen

(6) Neuropsychiatrische Symptome als frühe Anzeichen einer beginnenden Demenz

Ziel/Hintergrund: Es ist bekannt, dass bei Vorliegen milder kognitiver Beeinträchtigungen sowie zeitgleich vorliegenden ersten neuropsychiatrischen Symptomen eine hohe Wahrscheinlichkeit besteht, dass sich die leichten kognitiven Beeinträchtigungen zu Demenzen hin entwickeln. Bereits Personen ohne jegliche kognitiven Beeinträchtigungen weisen bei Vorliegen neuropsychiatrischer Symptome eine höhere Wahrscheinlichkeit auf, eine Demenz zu entwickeln: bei Depressivität und Ängstlichkeit eher Alzheimer und/oder vaskuläre Demenz, bei Enthemmung und Apathie eher frontotemporale Demenz (FTD), bei Halluzinationen und Wahn eher Lewy Body Demenz.

Vorliegende Studie untersucht Symptomgruppen und unterschiedliche Unterarten der Demenz mit dem Ziel herauszufinden, welche Gruppen (Cluster) von neuropsychiatrischen Symptomen bei kognitiv gesunden alten Menschen welche Art der Demenz erwarten lassen.

Methoden: Insgesamt konnten Daten von 12452 Personen mit einem durchschnittlichen Alter von 72 herangezogen werden. Beschrieben werden die Einschätzungsinstrumente und Untersuchungsverfahren. Nur 23% der Personen konnten für die Zweituntersuchung nach etwa 5 Jahren herangezogen werden. Es handelt sich um eine Teilstudie im Rahmen einer groß angelegten US-amerikanischen Langzeitstudie des ‚National Alzheimer’s Coordinating Center‘ (NACC) und greift auf Daten von 39 nationalen Alzheimer-Zentren zurück.

Resultate: Etwa 5 Jahre nach der Erstuntersuchung hatten 724 Personen eine Demenz entwickelt (76% Alzheimer, 8% Vaskuläre Demenz, 5,4% Lewy Body Demenz, 2% frontotemporale Demenz). Es konnten drei Faktoren identifiziert werden: Depression, Angst und Apathie (Gruppe 1), Enthemmung, Agitiertheit und Irritierbarkeit (Gruppe 2) sowie Halluzinationen und Wahn (Gruppe 3). Teilnehmende, die eine oder alle dieser Symptomgruppen aufwiesen, hatten eine höhere Wahrscheinlichkeit, bei der Folgeuntersuchung eine Demenz aufzuweisen. (Im Vergleich zu symptomfreien Personen bei der Erstuntersuchung: Gruppe 1: 8,1% vs. 5,3%, Gruppe 2: 8,6% vs. 5,4%, Gruppe 3: 18,7% vs. 5,7%) Symptome der Gruppe 3 traten vergleichsweise seltener

auf als 2 und 1, allerdings waren sie mit einer sehr viel höheren Wahrscheinlichkeit einer späteren Demenzerkrankung verbunden.

Affektive Symptome erwiesen sich als assoziiert mit Alzheimer, vaskulärer und Lewy Body Demenz, Agitiertheit mit Alzheimer und FTD, psychotische Symptome mit allen Formen der Demenz. Zudem erwies sich: wer bei der Erstuntersuchung psychotische Symptome aufwies, dessen Demenz schritt schneller voran.

Diskussion: Die Bedeutsamkeit dieser Studie: Bei älteren Menschen mit psychotischen Symptomen wird in der Regel zunächst ausgeschlossen, dass die Person an Demenz leidet. Kann dies ausgeschlossen werden, dann erfolgt eine antipsychotische Behandlung. Dabei wird idR nicht berücksichtigt, dass es sich bei diesen Symptomen um Anzeichen einer beginnenden Demenz handeln und eine Behandlung mit Antidementiva bereits angezeigt sein könnte. Zumindest müsste in dem weiteren Behandlungsgang immer wieder untersucht werden, ob eine Demenzentwicklung manifest wird.

Insgesamt kann die Studie dazu beitragen, Langzeitentwicklungen der Demenz früher vorherzusagen.

Quelle: Liew, T.M. (2020). Neuropsychiatric symptoms in cognitively normal older persons, and the association with Alzheimer's and non-Alzheimer's dementia. *Alzheimer's Research & Therapy*, 12:35, doi.org/10.1186/s13195-020-00604-7

Schlagnworte: Neuropsychiatrische Symptome, Psychotische Symptome, Demenzentwicklung,

Vgl.: Borges, L., Rademaker, A. et al. (2019). Apathy and disinhibition related to neuropathology in amnestic versus behavioral dementias. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 34(5), 337-343

Apathie und Enthemmung werden als häufigste neuropsychiatrische Symptome der Alzheimer-Demenz (AD) und der FTD genannt. Vorliegende retrospektive

Langzeitstudie, ebenfalls auf Daten des ‚National Alzheimer’s Coordinating Center‘ (NACC) basierend, untersucht die Langzeit-Beziehung zwischen neuropsychiatrischen Symptomen und den neuropathologischen Veränderungen.

Apathie geht weitgehend mit der für AD typischen Neuropathie einher, das gleichzeitige Vorkommen, also die Kombination von Apathie und Enthemmung dagegen ist typisch für die Neuropathie im fronto-temporalen Bereich.

Neuropathologische Veränderungen in den fronto-temporalen Bereichen können sowohl die (anhand von Symptomen diagnostizierte) Demenz vom Alzheimer Typ wie auch die FTD betreffen. Enthemmung allein kommt recht wenig vor und geht sowohl mit den für AD wie für FTD-typischen neuropathologischen Veränderungen einher.

In der Langzeitperspektive korreliert die Zunahme der Apathie mit den für die AD-Erkrankung typischen neuropathologischen Veränderungen, Enthemmung dagegen verbleibt für beide Diagnosegruppen auf einem niedrigen Niveau.

Vgl.: Saari, T., Hallikainen, I., Hintsa, T., Koivisto, A. (2020). Neuropsychiatric Symptoms and activities of daily living in Alzheimer’s disease: ALSOVA 5-year follow-up study. *International Psychogeriatrics*, 32(6), 741-751

In der finnischen Langzeitstudie wird der Frage nachgegangen, welche neuropsychiatrischen Symptome mit Funktionseinbußen in basalen Aktivitäten und instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens einhergehen. 236 Personen mit leichter und sehr leichter Demenz wurden über 5 Jahre hinweg regelmäßigen Untersuchungen (Befragungen) unterzogen. Ergebnis: Aberrante Motorik (‚Wandern‘, selbststimulierendes Verhalten), Apathie und deutlich reduzierter Appetit gehen mit den Funktionseinbußen (basal und instrumentell) in gleichem Umfang einher. Gleiches trifft für die psychotischen Symptome (Wahn, Halluzinationen) zu. Neurologisch werden bestimmte frontale Bereiche, insbesondere aber Hyperfusion im anterioren cingulären Cortex als primäre Ursache diskutiert (u.a. Belohnung und Motivation, Initiative, Bewertung sozialer Prozesse, Wille).

(7) Repetitivem Vokalisieren liegen nicht immer erfüllbare Bedürfnisse zugrunde

Ziel/Hintergrund: Eine gängige Theorie besagt, dass wiederholtes Rufen von einer bestimmten Qualität („Vokalisieren“ genannt) Ausdruck einer Mitteilung oder eines unerfüllten Bedürfnisses sei. Es gelte, dieses Bedürfnis herauszufinden, dann werde sich auch das Vokalisieren legen. Enthemmung, Persönlichkeitsveränderungen oder Selbststimulation werden als weitere mögliche Erklärungen genannt. Es wird vermutet, dass es den Rufenden in der Regel schlecht geht und das Vokalisieren Pflegende und Mitpatienten/Bewohner irritiert und die Lebens- und Pflegequalität negativ beeinflusst. Klare Behandlungsempfehlungen für das Vokalisieren liegen nicht vor. Vorliegende Studie aus England untersucht, wie professionell Pflegende im Allgemeinkrankenhaus das Vokalisieren verstehen, bewerten und damit umgehen.

Methoden: Es handelt sich um eine ethnographische Studie, die verschiedene Methoden nutzt, darunter teilnehmende/nicht-teilnehmende Beobachtung und Interviews mit Pflegenden. 30 Patienten in 10 akut-geriatrischen Abteilungen wurden über 50 Stunden strukturiert und über 100 Stunden unstrukturiert beobachtet. 15 Pflegende nahmen an einem halb-strukturierten Interview teil. Beschrieben wird die qualitative Auswertung der Daten.

Resultate: Zwei Drittel der Patienten wiesen eine Demenz oder aber eine schwere kognitive Beeinträchtigung (nicht näher bezeichnet) und/oder zu 88% Delirien auf. In der überwiegenden Mehrzahl erwiesen sich die Patienten physisch und psychisch sehr reduziert und schwach, wiesen Merkmale möglicher Schmerzen auf und waren unfähig, die einfachsten Tätigkeiten des täglichen Lebens durchzuführen.

Das Vokalisieren trat zumeist beständig auf, ebte nur beim Verschwinden des Delirs oder kurz vor dem Versterben ab. Einige Ausrufe waren unschwer als Ausdruck eines Bedürfnisses zu erkennen, obgleich auch nach Erfüllung des Bedürfnisses weiter gerufen wurde (z.B. der fortgesetzte Ruf nach einem Getränk). Andere klangen zwar verständlich, aber unsinnig bzw. nicht situationsadäquat („Verlassen Sie mein Haus“). Wiederum andere Rufe bestanden aus Lauten ohne semantischen Sinn, wurden aber vom Schlagen auf den Tisch oder dem Werfen von Gegenständen begleitet.

In einigen Fällen wurden Versuche unternommen, möglicherweise dahinterstehende Bedürfnisse zu identifizieren und zu erfüllen. In vielen Fällen aber waren sich die Pflegenden darin einig, dass kein erkennbares Bedürfnis hinter dem Vokalisieren zu vermuten sei, ‚Bedürfnis‘ verstanden als dasjenige, was durch eine benennbare Intervention erfüllt werden könne. Die übliche Annahme lautete, dass dies nun einmal jetzt zu dieser Art von Leben und Existenz dazugehöre und man da nichts mehr machen könne: Möglicherweise eine elementare Form der Aufmerksamkeitssuche oder der Selbststimulation. Eben dies nennen die Autoren ‚gemeinsam geteilte Vergeblichkeitshypothese‘.

Bei dieser Einschätzung spielten einige weitere Faktoren eine Rolle: die begrenzten Möglichkeiten, in einem Akuthospital bei geringer Kenntnis der Person umfassend möglichen Bedürfnissen nachzugehen; eine deutliche Prioritätensetzung in Hinblick auf akute, in der Regel körperliche Leiden; ein ungutes Gefühl der Pflegenden, möglicherweise doch konkrete Bedürfnisse übersehen zu haben.

Dieses ungute Gefühl ging mit der Annahme eines intuitiven Wissens einher, schon zwischen bedürfnisgetriebenem Rufen und nicht-absichtsvollen Vokalisieren unterscheiden zu können. Erfahrenen Pflegekräften wurde die Kompetenz zugeschrieben, dies verlässlich zu erkennen, wenn auch konkrete Kriterien nicht benannt werden konnten. Diese Art der Expertise lerne man hier sehr schnell. Mit der Zeit scheinen die Pflegenden verschiedene Techniken zu verinnerlichen, die Rufe zu überhören oder auszublenden. In der Beobachtung wurde allerdings deutlich, dass diese Annahme in Einzelfällen dazu beitrug, offensichtlich bedürfnisbezogene Rufe (z.B. wegen Kälte) zu überhören.

Diskussion: Zu wissen, wann man eingreifen solle und wann nicht, wurde als stillschweigende, eher intuitive Fähigkeit von erfahrenen Pflegenden angenommen. Allerdings folgte diesem intuitiven Urteil selten eine systematische Abklärung. Eine rationalisierende Antwort (‚da ist nichts dahinter‘) erleichtere es, das Rufen auszublenden und möglichen Ursachen nicht mit einigem Aufwand nachzuspüren. Zwar mag es richtig sein, dass kein erfüllbares Bedürfnis dem Vokalisieren zugrunde läge, dies könne aber erst am Ende einer gründlichen Abklärung so gelten dürfen. Insgesamt neigen die Autoren der Auffassung zu, dass die Theorie der ‚unerfüllten Bedürfnisse‘ repetitives Vokalisieren nicht erklären könne und höchstwahrscheinlich inadäquat sei. (ein moderner rationalisierender Mythos?) In allen Abteilungen und von allen Pflegenden wurde übereinstimmend angenommen, dass dem Vokalisieren

in einer Vielzahl der Fälle keine Bedürfnisse zugrunde liegen. Allerdings: zugleich nehmen viele Pflegende dennoch an, dass das Vokalisieren für die Patienten zumeist unangenehm sei, also durchaus mit Leiden (aber woran?) einhergehe.

Insgesamt plädieren die Autoren für einen Ansatz, der nicht davon ablässt, möglichen unerfüllten Bedürfnissen immer wieder Assessment-geleitet nachzugehen auch dann, wenn man intuitiv vermute, es sei mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit kein unerfülltes Bedürfnis vorhanden.

Quelle: Beaver, J., Goldberg, S., Edgley, A., Harwood, R. (2020). 'Socialised care futility' in the care of older people in hospital who call out repetitively: An ethnographic study. *International Journal of Nursing Studies*, 107, 103589, <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103589>

Schlagworte: Vokalisieren, unerfüllte Bedürfnisse, Krankenhaus

(8) Sexuell enthemmtes Verhalten führt zur beschleunigten Institutionalisierung

Ziel/Hintergrund: Sexuell enthemmtes Verhalten kommt bei Menschen mit Demenz nicht selten vor, einige Studien berichten von einer Häufigkeit um 18%. Zumeist wird dies im Kontext professionell Pflegender diskutiert, selten aber im Kontext der Angehörigenpflege. Es kann vermutet werden, dass dieses Verhalten von Angehörigen als sehr belastend wahrgenommen wird und den Wunsch verstärkt aufkommen lässt, die Person mit Demenz in einem Heim unterzubringen. Eben diesen Zusammenhängen geht die US-amerikanische Studie nach: Handelt es sich bei sexuell enthemmten Verhalten von Menschen mit Demenz um einen einzigartigen Faktor, der in besonderer Weise den Wunsch nach Institutionalisierung der Person aufkommen lässt?

Methoden: Es handelt sich um eine Online-Befragung von Angehörigen. Personen konnten über Social-Media-Kanäle gewonnen werden. Beschrieben werden Instrumente, welche das Belastungserleben, den Wunsch nach Institutionalisierung, sexuell enthemmtes Verhalten sowie die Schwere neuropsychiatrischer Symptome insgesamt erfasst.

Resultate: Es konnten insgesamt 620 Rückmeldungen von pflegenden Angehörigen (94,5% weiblich) ausgewertet werden, welche durchschnittlich 80% der pflegerischen Versorgung alleine bewältigen. 16,5% der pflegenden Angehörigen (n= 102) berichteten von anzüglichen Bemerkungen und 11% (n=69) von sexuell übergriffigem Verhalten. Diese Gruppe von Angehörigen berichtete von vergleichsweise höherer Belastung und einem stärkeren Wunsch nach Institutionalisierung als Angehörige von Menschen mit Demenz ohne sexuell enthemmtes Verhalten. Sexuell enthemmtes Verhalten verstärkt den Wunsch nach Institutionalisierung stärker mehr als andere neuropsychiatrische Symptome insgesamt.

Diskussion: Sexuell enthemmtes Verhalten bestimmt auf einzigartige Weise das Belastungserleben pflegender Angehöriger sowie den Wunsch nach Institutionalisierung. Es handelt sich um ein Verhalten, welches Angehörige sehr belastet, mit Gefühlen von Scham und Stigmatisierung verbunden ist und mit dem sie in der Regel nicht gut zurechtkommen.

Bislang gibt es weder ein Instrument zur standardisierten Erhebung dieses Verhaltens noch evidenzbasierte Empfehlungen, wie Angehörige damit umgehen sollen. Die Autoren empfehlen, diesbezüglich Schulungsunterlagen und Programme für Angehörige zu entwickeln, um mehr Verständnis für die Ursachen dieses Verhaltens zu gewinnen und souveräner damit umgehen zu können.

Selbstkritisch geben die Autoren zu bedenken, dass vermutlich Angehörige, die besondere Schwierigkeiten im Umgang mit sexuell enthemmten Verhalten haben, sich vermehrt auf diese Befragung angesprochen gefühlt haben könnten.

Quelle: Chapman, K., Tremont, G., Malloy, P., Spitznagel, M. (2020). The role of sexual disinhibition to predict caregiver burdens and desire to institutionalize among family dementia caregivers. *Dementia*, 33(1), 42-51

Schlagnworte: sexuelle Enthemmung, Belastungserleben, Befragung

Vgl.: Villar, F., Faba, J. et al. (2020). Sexual harassment from older residents at long-term care facilities: is it really part of the job? *International Psychogeriatrics*, 32(3), 325-333

Die körperliche Nähe zu Bewohner*innen in der Langzeitpflege bringt es mit sich, dass Pflegende immer wieder sexuellen Anzüglichkeiten und Übergriffen ausgesetzt sind. Dies kann eine Bandbreite negativer Folgen für die Pflegenden mit sich bringen, am Sinn dieses Berufes zweifeln lassen oder sogar zum Widerwillen und Hass gegenüber den Bewohnern beitragen. Besonders schwierig wird der Umgang mit Klienten eingeschätzt, die auf dem Hintergrund kognitiver Einschränkungen enthemmtes Verhalten an den Tag legen und für dieses nur eingeschränkt verantwortlich gemacht werden können.

Bislang fehlen evidenzbasierte Leitlinie, wie Pflegende mit diesen Situationen umgehen sollen. Vorliegende spanische Studie stellt Pflegenden im Rahmen einer Befragung eine übergriffige Szene vor (während der Grundpflege fasst ein älterer Bewohner an die Brüste der Pflegekraft und bekommt eine Erektion) und fragt nach der üblichen und der wünschenswerten Reaktion. Die Befragten können bezüglich der üblichen und

wünschenswerten Reaktion zwischen 6 verschiedene Antwortmöglichkeiten wählen: ignorieren; mit Kolleg*innen besprechen; mit der Familie der Person besprechen, den Bewohner beraten, wie er sein Bedürfnis angemessener zum Ausdruck bringen kann; Maßnahmen ergreifen, um einem erneuten Vorkommnis vorzubeugen; den Bewohner ermahnen.

Antworten von 2295 professionell Pflegenden konnten ausgewertet werden. 30% der Antwortenden bejahten, sie haben eine solche Szene erlebt. Pflegeassistent*innen erweisen sich am meisten unmittelbar betroffen, Leitende werden mit diesen Vorgängen eher anhand der Berichte der Pflegenden konfrontiert. In der Mehrzahl der Fälle (60%) wurde die Situation mit Kolleg*innen oder den Vorgesetzten besprochen. Übliche und wünschenswerter Praxis werden hierbei in etwa gleich beurteilt. Zu 47,2% werden Klienten üblicherweise ermahnt, wobei dies nur zu 17,6% als wünschenswerte Praxis eingeschätzt wird; dagegen wird es für wünschenswert erachtet, den Klienten bezüglich eines angemessenen Ausdrucks seiner Bedürfnisse zu beraten (55%), dies wird aber nur zu 32% auch üblicherweise gemacht.

Insgesamt fallen die Antworten sehr unterschiedlich aus. Dies weist darauf hin, dass es in diesem Themenfeld keinen Konsens zu einem bestimmten Umgang gibt. Mit Kollegen und Vorgesetzten darüber reden war zwar die am meisten genannte Praxis, aber immerhin 40% der Antwortenden machen dies nicht. Bis zu einem gewissen Grad bleiben damit sexuelle Übergriffe unsichtbar und machen Pflegende das mit sich selber aus. Obgleich Beratung für wünschenswert gehalten wird, bleibt es oft bei der Ermahnung: dies weist darauf hin, dass unklar ist, wie eine solche Beratung erfolgen sollte und welche Alternativen man denn dem Bewohner anbieten könnte. Damit hängt zusammen, dass die Personen (Assistenten) mit der geringsten Ausbildung sexuellen Übergriffen am meisten ausgesetzt sind.

Offen bleibt, wie diese Beratung mit welchen Optionen erfolgen und wie andererseits das Recht der Pflegenden auf eine sichere Arbeitsumgebung garantiert werden könnte. Tatsächlich werden die Einrichtungen und insbesondere die Pflegeassistenten weitgehend mit dieser Problematik allein gelassen. Die Autoren empfehlen, zu dieser Fragestellung fachlich fundierte Leitlinien zu erstellen.

Tipp:

<https://www.privacy.org.nz/assets/Uploads/Sexuality-Assessment-Tool-SexAT.pdf>

<http://www.vch.ca/Documents/Facilities-licensing-supporting-sexual-health-and->

[intimacy-in-care-facilities.pdf](#)

<https://www.rcn.org.uk/professional-development/publications/pub-007126>

(9) Abwehrverhalten in der Pflege kann nur gemindert, nicht vermieden werden

Ziel/Hintergrund: Abwehrverhalten gegenüber Pflegenden anlässlich der Körperpflege, Ernährungsassistenz oder Medikamenteneinnahme ist bei Menschen mit Demenz weit verbreitet. Je nach Studie berichten Pflegende, dass dies in mehr als der Hälfte der Patienten/Klienten mehr oder weniger stark vorkommt. Abwehrverhalten geht einher mit Überlastung, Stress und zuweilen mit vermehrten Krankenhauseinweisungen und Heimeinweisungen. Von herausforderndem Verhalten insgesamt unterscheidet sich das Abwehrverhalten durch seinen sehr spezifischen Kontext: Es kommt immer nur dann zum Tragen, wenn pflegerische Handlungen durchgeführt werden sollen, sonst nicht. – Die britische Arbeit trägt zusammen, was über passende Interventionen bekannt ist.

Methoden: Es handelt sich um eine systematische Literaturanalyse. Beschrieben werden die Gewinnung, Auswahl, Bewertung der Studien und Zusammenfassung der Ergebnisse.

Resultate: Es konnten 30 Studien zu diesem Thema identifiziert werden. Zumeist wurden Pflegesituationen beobachtet oder/und Pflegende im Nachhinein befragt. Beiden ging in einigen Studien gezielte Trainings voraus. Insgesamt erwies sich die Evidenz der Interventionen nicht sehr stark. Besonders hervorgehoben werden:

Arbeit mit Musik: Beruhigende Musik entsprechend der Vorliegen, aber auch Summen oder Singen während der Pflege (Baden, Ernährungsassistenz) scheinen Stress oder Ängste und damit Abwehrverhalten zu reduzieren, wobei die Studien sehr unterschiedlich zu der Frage ausfallen, in welchem Masse dies der Fall ist.

Vermeiden von ‚elderspeak‘: Unter elderspeak wird eine infantilisierende, dabei zugleich dominierende Sprech- und Umgangsweise verstanden, welche die Wahrscheinlichkeit von Abwehrverhalten erhöht. Vermeidet man dies, reduziert sich Abwehrverhalten.

Pflegestil: Ein beruhigende, langsam und vorsichtig vorgehender Stil, der in akzentuierter Weise die Würde, Privatheit und Präferenzen der Person berücksichtigt und Orientierung zur Situation verschafft, trägt dazu bei, Ängstlichkeit und Irritierbarkeit zu reduzieren. Ein bewusster Beziehungsaufbau mit vielen kooperativen,

wechselseitigen Momenten wirkt sich insgesamt beruhigend aus. Exakte Effektstärken allerdings fehlen.

Badetechniken: Besonderes Vorgehen beim Baden und Duschen, welches die Präferenzen berücksichtigt, mit einem bewussten Beziehungsaufbau einhergeht, mit weichen Materialien vorgeht, aber auch das ‚Handtuch-Bad‘ im Bett (einwickeln in warme-feuchte Tücher) sowie eine Intervention mit Thermalbädern reduziert Abwehrverhalten deutlich. Für diese Intervention ist ein spezielles Training entwickelt worden.

Für andere Interventionen wie Ablenkung mit positiv besetzten Bildern oder Materialien (Puppen, Stofftiere), aromatherapeutischen Möglichkeiten oder langsam vorgehender Massage liegen keine überzeugenden Ergebnisse vor. Eine Einzelfallstudie berichtet über die Anwendung einer ‚simulierten Präsenz‘: Während der Mahlzeiten und bei der Medikamenteneinnahme wurde ein Video eingespielt, auf dem die Tochter die Mutter entsprechend liebevoll aufforderte. Dies funktionierte gut; bei Absetzen des Videos brach das Abwehrverhalten sogleich wieder durch.

Diskussion: Insgesamt kann Abwehrverhalten nicht vermieden, nur abgemildert werden. Bisher gibt es keinen ‚Königsweg‘, der aus einer allgemein zu empfehlenden Intervention besteht. Immerhin: alle beschriebenen Interventionen beruhen auf einer guten pflegerischen Beziehung, innerhalb derer versucht wird, Stress und Ängste abzubauen. Es muss also für jede Person individuell entwickelt werden, was hilfreich und sinnvoll ist. Viel wird von der Qualität und Eigenart der jeweiligen pflegerischen Beziehung abhängen.

Quelle: Backhouse, T., Dudzinski, E., et al. (2020). Strategies and interventions to reduce or manage refusals in personal care in dementia: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103640>

Schlagworte: Abwehrverhalten, Demenz, Literaturanalyse

(10) Die Einbeziehung der Angehörigen in den Pflegeprozess ist wenig entwickelt

Ziel/Hintergrund: Zwar wird die Einbeziehung von Angehörigen in die Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz im Heim vielfach gefordert, konkret aber nur selten umgesetzt. Die mit dem Einzug einhergehenden Rollenveränderungen werden wenig thematisiert. Oft besteht in den Familien selbst Uneinigkeit darüber, was für die Person mit Demenz das Beste ist – Spannungen, in die auch auf Mitarbeiter involviert werden. Oft fehlt es an der Zeit, sich mit Angehörigen zu beraten, zuweilen werden Angehörige primär als Entlastung für die Mitarbeiter wahrgenommen. Während Angehörige von Heimbewohnern ohne Demenz mit diesen eher außerhalb Aktivitäten durchführen (Besuche, Einkäufe, Kulturelles), sind Angehörige von Menschen mit Demenz eher pflegenah aktiv – z.B. Essen reichen. Damit überschneiden sich Aufgabenbereiche der Professionellen mit denen der Angehörigen mit vergleichsweise größerem Konfliktpotential. Werden Angehörige in Fallkonferenzen hinzugezogen, dann werden sie eher als Informationsquellen denn als Mitgestaltende gesehen und angesprochen. (Unterschieden werden hier 5 Ebenen der Partizipation: informieren, Beraten, empfehlen, ko-produzierend, ko-entscheidend). Oft wird es in Einrichtungen nicht definiert, auf welcher Ebene der Partizipation die Zusammenarbeit konzipiert ist. Vorliegende Studie aus den Niederlanden fasst zusammen, was über die Inhalte der Zusammenarbeit mit Angehörigen von Heimbewohnern mit Demenz bekannt ist.

Methoden: Beschrieben wird die Literatursuche, die Auswahlkriterien, die Analyse vorliegender Studien und ihre Bewertung.

Resultate: 25 Studien konnten einbezogen werden. Die meisten Studien beinhalten die Entwicklung formeller, also geplanter und strukturierter Gespräche zwischen Angehörigen und Mitarbeitenden in regelmäßigen Abständen. Diese Gespräche werden von verschiedenen Schulungen flankiert: Für Angehörige zum Thema Demenz und Demenzentwicklung, aber auch zum System Heim, den damit gegebenen Rollen, Verantwortlichkeiten, Gesprächsebenen, Entscheidungswegen und Möglichkeiten der Konfliktbearbeitung. Zumeist erfolgt die Zuweisung eines festen Ansprechpartners (Bezugspflege) sowie die Entwicklung eines gemeinsamen Arbeitsplanes (gemeinsame Biographiearbeit und Pflegeplanung). Hinweise werden gegeben, den eigenen Standpunkt gegenüber Mitarbeitern zu verdeutlichen, die Heimbesuche vorzubereiten

und zu gestalten, Materialien zusammenzutragen, um Interaktionen interessanter und erfolgreich ablaufen zu lassen (Musiken, Fotoalbum etc.). Schulungen für Pflegende umfassen Informationen zur Situation pflegender Angehöriger sowie Trainings zur Gestaltung formeller Gespräche. Schulungen für Mitarbeitende erfolgen sehr viel häufiger als Schulungen für Angehörige. Oft müssen sich Letztere mit einem Informationsheftchen begnügen.

Überzeugende Evaluationen dieser Programme sind eher selten und kommen nicht immer zu positiven Resultaten. Mitarbeiter berichten z.T. eher von erhöhten Rollenbelastungen und Angehörige von geringerer Zufriedenheit mit der Pflege. Zwar äußern sich Angehörige und Mitarbeiter zumeist zufrieden mit den Programmen, allerdings konnten diese positiven Ergebnisse über einen längeren Zeitraum nicht mehr aufgezeigt werden.

Diskussion: Die Interaktion zwischen Mitarbeitern und Angehörigen erhält vergleichsweise sehr viel mehr forschende Aufmerksamkeit denn die Interaktion zwischen Angehörigen untereinander und der mit den Heimbewohnern selbst. Ob die beschriebenen Programme über die bekundete Zufriedenheit hinaus zu einer anhaltenden Inklusion der Angehörigen in den Pflegeprozess geführt haben, bleibt unklar. Zumeist bleibt es bei einer informierenden und beratenden Rolle der Angehörigen. Eine wechselseitige, gemeinsam geteilte Verantwortung wird selten systematisch entwickelt und gepflegt. Es gibt zumeist eine Ausnahme: Entscheidungen am Lebensende. Hier werden Angehörige sehr viel mehr einbezogen als bei anderen Entscheidungen im Pflegeprozess.

Zusammenfassend empfehlen die Autoren, die Beziehungen zwischen Pflegenden und Angehörigen sehr viel mehr formeller und strukturierter zu entwickeln. Hilfreich dabei kann ein unabhängiger Mittler sein, der Angehörigen und Pflegenden in gleicher Weise zugewandt ist und insbesondere in schwierigen Situationen die Moderation übernimmt. Weiterhin empfiehlt es sich, in der Anfangszeit nach dem Heimeintritt die Rolle des pflegenden Angehörigen in der Einrichtung bewusst in den Blick zu nehmen, zu gestalten, die Erwartungen zu klären (und zu begrenzen) sowie den weiteren Verlauf der Demenz und die damit gegebenen Veränderungen in der Beziehung zu beraten.

Quelle: Backhaus, R., Hoeck, L. et al. (2020). Interventions to foster family inclusion in

nursing homes for people with dementia: a systematic review. BMC Geriatrics, 20:434, <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01836-w>

Schlagworte: Angehörige, Demenz, Heim

Vgl.: Thompson, G., Hack, T. et al. (2020). Clarifying the information and support need of caregivers of nursing home residents with advancing dementia. Dementia, 28, DOI: 10.1177/1471301220927617

Angehörigen fällt es mitunter schwer, die Endphasen der Demenzentwicklung zu verstehen und bekunden oft Ratlosigkeit, wie sie sich gegenüber der Person und der Situation verhalten sollen. Sie sind dann in Gefahr, sich in subjektive Theorien über die angeblichen Bedürfnisse und Notwendigkeiten zu verstricken. Sie wissen oft nicht, welche Fragen sie an wen stellen sollen und zögern, die Pflegenden dafür in Anspruch zu nehmen. Die Studie aus Kanada geht der Frage nach, welche Bedarfe an Information und Unterstützung Angehörige von Menschen mit Demenz in der Endphase der Erkrankung aufweisen. Im Rahmen einer qualitativen Forschung werden halb-strukturierte Interviews mit Mitarbeitern und Angehörigen geführt.

Im Ergebnis plädieren die Beteiligten für eine möglichst frühe und umfassende Information zum Verlauf der Demenz sowie eine Hilfestellung, was dies für die Interaktion und Kommunikation bedeutet. Dies würde helfen, nicht unangenehme Überrascht zu werden und auf die Stufen des Niedergangs vorbereitet zu sein. Dies betrifft nicht unbedingt die Demenz selbst, sondern die damit einhergehenden Folgen wie z.B. Stürze, Ernährungsprobleme, Apnoe, Widerstand bei der Versorgung, Verknennung der Angehörigen als Fremde. Hinzu kommen Fragen wie z.B. Krankenhauseinweisungen, Umgang mit Dehydration, Entscheidungen am Lebensende und die emotionale Verarbeitung beständig sich häufender Krisen. Zugehend und laufend informiert zu werden, möglichst von einer Bezugspflegekraft, stellt einen häufigen Wunsch der Angehörigen dar, so dass man sich nicht gezwungen sieht, Informationen hinterher zu jagen.

Wichtig aber auch: Das System Heim zu verstehen lernen und damit die Grenzen und Möglichkeiten der eigenen Rolle einschätzen können. Das Heim stellt eine Umgebung dar, in die anzupassen es leichter fällt, wenn klare Rollen verdeutlicht werden und man in diesem System seinen Platz aushandeln kann.

(11) Web-basierte gesundheitliche Bildung von Angehörigen reduziert Belastungserleben

Ziel/Hintergrund: Die meisten psychosozialen Interventionen für Angehörige von Menschen mit Demenz beziehen sich auf den Umgang mit herausforderndem Verhalten. Was dabei übersehen wird: viele Krisen im Zusammenleben mit einer Person mit Demenz entstehen im Kontext von Erkrankungen, die mit Demenz gar nichts zu tun haben. Vielmehr entstehen durch die Demenz sekundär Verständigungs- und Akzeptanzprobleme, welche die Diagnose und Behandlung (z.B. der Herzinsuffizienz, COPD, Diabetes) erschweren. Die dadurch entstehenden Krisen führen zu vermehrten Notaufnahmen, Krankenhaus- oder Heimeinweisungen, in jedem Fall aber zu erheblichen Belastungen für die Pflegenden Angehörigen. Für letztere wäre es wichtig, medizinisch bedingte Krisen zu erkennen und diese zusammen mit dem Hausarzt in der eigenen Häuslichkeit zu bewältigen. Vorliegende Studie stellt eine Ressource für Angehörige dar, die zusammen von Geriatern, Gerontologen und professionell Pflegenden erstellt wurde. In Form einer Website oder in Buchform hilft die Ressource den Angehörigen, medizinische Symptome zu verstehen und adäquat auf gesundheitliche Krisen von Menschen mit Demenz zu reagieren. Untersucht wird die Wirkung dieser Ressource auf die Zuversicht, das Belastungserleben, auf Ängste und Depressivität bei Angehörigen.

Methoden: 140 Pflegenden Angehörigen konnten für die Website und 50 für die Buchform gewonnen werden. Teilnehmende wurden zu Beginn und dann nach 3 und 6 Monaten telefonisch interviewt. Alle erhielten nach der Zustimmung eine umfassende Einweisung, wie die Website oder das Buch zu nutzen sei. Erhoben wurden die Sicherheit und Zuversicht, dementielle und gesundheitliche Krisen wahrzunehmen und zu deuten. (caregiver confidence) Weiterhin wurden Belastungserleben, Ängste und Depressivität zu den drei Zeiten erhoben.

Website und Buch (Alzheimer's Medical Advisor) beschreiben 50 gängige gesundheitliche Probleme: wie man sie erkennt und was zu tun ist; weiterhin Videomaterialien, welche die Symptome, ihre Einordnung und erste einfache Handlungsoptionen illustrieren; zuletzt Hinweise, wen man wie vorbereitet informieren und was man anlässlich einer Krankenhauseinweisung beachten sollte.

Resultate: Die Resultate werden getrennt für die Website und die Buchform aufgeführt. Teilnehmende der Website gewannen an Sicherheit und Zuversicht mit gesundheitlichen Herausforderungen nach 3 und nach 6 Monaten. Auch die Rollenbelastung sank deutlich nach 6 Monaten, Depressivität und Ängste nur in geringem Umfang. Zusammenhänge zwischen gewachsener Sicherheit im Umgang mit gesundheitlichen Krisen und Abnahme der Rollenbelastung ließen sich darstellen. Ein Zusammenhang zwischen der Häufigkeit der Nutzung und den beschriebenen Ergebnissen konnte nicht nachgewiesen werden. Durchschnittlich wurde die Website in den 6 Monaten 6x benutzt und wurden 9 gesundheitliche Herausforderungen aufgerufen. – Nutzer der Buchversion wiesen durchschnittlich eine geringere Bildung auf. Die beschriebenen Effekte konnten auch für diese Gruppe dargestellt werden, wenn auch in geringerem Umfang.

Diskussion: Da Menschen mit Demenz immer länger in der eigenen Häuslichkeit verbleiben, werden Angehörige zunehmend mit gesundheitlichen Herausforderungen konfrontiert. Die mit der Intervention erhofften Effekte traten im Wesentlichen auch ein: die Zuversicht im Erkennen von Symptomen wuchs und die Rollenbelastung nahm ab. Nutzer der Website konnten eher informiert und aufgefordert werden, im Projektverlauf die Ressource zu nutzen. Mit diesem Medium ist es möglich, proaktiver mit Angehörigen im Kontakt zu bleiben und an einer fortlaufenden gesundheitlichen Bildung zu arbeiten. Da diese Studie ohne Kontrollgruppe erfolgte, kann nicht ausgeschlossen werden, dass all die beschriebenen Effekte auch ohne Nutzung der Ressourcen hätten eintreten können. Immerhin ermutigt der Erfolg, interaktive, web-basierte gesundheitliche Bildung von Angehörigen von Menschen mit Demenz gründlicher zu beforschen.

Quelle: Zimmerman, S., Sloane, P. Wand, K., et al. (2018). Helping dementia caregivers manage medical problems: benefits of an educational resource. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 33(3), 176-183

Schlagworte: Angehörige, (web-basierte gesundheitliche) Bildung, Demenz

Vgl.: Polenick, C., Min, L., Kales, H. (2020). Medical Comorbidities of Dementia: Links to Caregivers' Emotional Difficulties and Gains. *Journal of the American Geriatrics Society*,

68, 609-613

Die Studie geht der Frage nach, in welchem Umfang das Belastungserleben pflegender Angehöriger sich verschlechtert bei zur Demenz hinzukommenden weiteren Erkrankungen. Die emotionalen Schwierigkeiten sind besonders hoch bei Diabetes (2,63 mal höher) und bei Osteoporose (2,32 mal höher). Die Autoren empfehlen, klinische Interventionen besonders bei diesen Komorbiditäten in den Blick zu nehmen, die Angehörige emotional unterstützen und im Alltag entlasten. Beide Erkrankungen gehen mit mehr Sorge und damit mehr Verantwortung und Beaufsichtigung einher, erzeugen eine übermäßige Wachsamkeit für kleinste Veränderungen, die einen neurotisierenden Effekt auf Angehörige haben können.

(12) Gesundheitsarbeiter sollten Entscheider empathisch auf ihrem Weg begleiten können

Ziel/Hintergrund: Mit Zunahme der Demenz wachsen Angehörige Stück für Stück in die Rolle eines bevollmächtigten Entscheiders hinein. Während sie zu Beginn eher informieren und beraten, müssen sie in wachsender Masse allein die Verantwortung übernehmen. Wesentliche Entscheidungen für einen anderen Menschen zu übernehmen kann sich emotional sehr belastend auswirken. Unter anderem kommt es zu Schuldgefühlen, Zweifeln und möglicherweise zu Vorwürfen anderer. Entscheider berichten über Unsicherheiten in Bezug auf die eigene Rolle sowie Mangel an Selbstvertrauen besonders dann, wenn sie Entscheidungen gegen den Willen der Person fällen müssen: viele erleben sich dann eher als ‚Patientenmanager‘ denn als Angehörige. Vorliegende Studie aus Australien geht der Frage nach, wie sich Angehörige in der Rolle des bevollmächtigten Entscheiders erleben.

Methoden: Es handelt sich um eine qualitative Studie, bei der 34 Angehörige anhand halb-strukturierter Fragebögen interviewt wurden. Fragen lauteten in etwa: wie und warum wurden Sie zum Entscheider? Was bildeten besonders belastende Aspekte beim Fällen von Entscheidungen? Beschrieben wird die qualitative Auswertung der Daten.

Resultate: Die Ergebnisse werden unter 5 Rubriken vorgestellt (hier nur 4 dargestellt):

Der alleinige Entscheider werden

Man wird es, ohne es so recht zu bemerken, es ‚ergibt‘ sich so. Zufällige Umstände (man wohnt nahe bei, ist unverheiratet) sind oft ausschlaggebend. Befragte erleben sich oft in der Rolle allein gelassen, die mit der Rolle verbundenen Belastungen werden wenig gesehen und gewürdigt. Harte Entscheidungen zu fällen verändert die Beziehungsdynamik, nicht nur in Bezug auf die Person mit Demenz, sondern bezüglich der ganzen Familie.

In die Rolle hineinwachsen

Zunächst unterstützt man oder informiert man die Person in kleineren Alltagsangelegenheiten. Nicht nur nimmt dies mit der Zeit zu, es entsteht auch der Eindruck, die Person wolle in immer mehr Dingen gar nicht mehr selbst entscheiden, weil sie sich überfordert fühlt oder den Angelegenheiten gegenüber gleichgültig wird.

Zunehmend entscheidet man ohne zu fragen. Gegen Ende türmt sich oft eine Welle von Entscheidungen in Krisensituationen auf.

Umgehen mit Entscheidungsstress

Entscheidungen gegen den Willen des Betroffenen zu fällen, lässt Entscheider oft zweifeln oder unsicher werden. Informationen fehlen oft, es mangelt an Zeit und Ressourcen, sich diese zu beschaffen und zu verarbeiten. Man hofft, das Beste zu tun, wird aber die Unsicherheit und Zweifel nicht los.

Auseinandersetzungen mit Gesundheitsarbeitern

Pflegende und Ärzte sind nicht immer gut über Demenz und die damit zusammenhängenden Folgen informiert.

Beispiel: Der Entscheider informiert die Krankenpflegerin über Art und Schwere der Demenz und erhält zur Antwort, doch bitte die Mutter zu bitten, ihre Schmerzen auf einer Analogskala von 1- 10 einzuschätzen und die für sie relevante Schmerzschwelle zu quantifizieren.

Gesundheitsarbeiter greifen die Entscheidungen oft an oder verhalten sich nicht konkordant dazu. Ärzte zweifeln die Entscheidungsbefugnis an oder aber etikettieren die Entscheider als ‚überbeschützend‘. Man erlebe sich im Kontakt mit Gesundheitsarbeitern unter beständigem Rechtfertigungszwang.

Diskussion: Entscheider für eine Person mit Demenz zu werden ist ein Prozess, der mit viel Verwirrung, Unsicherheit, Überforderung einhergeht. Familiäre Unterstützung und Solidarität machen es deutlich einfacher. Man beginnt diesen Weg zumeist unwissend, verfügt über keine Landkarte und muss sich mühsam einen Pfad erkämpfen. In der Regel wird der Weg mit zunehmender Demenz komplexer, schwieriger und auch konflikthafter. Gesundheitsarbeiter werden dabei weniger als Unterstützer, denn als Zweifler oder Besserwisser erlebt. Wichtig aber wäre es, diese Entscheider empathisch zu begleiten, sich der Unsicherheit und der Zweifel anzunehmen, ohne die Entscheider mit dem eigenen Urteil zu überrollen, z.B.: frühe und umfassende Information zur Erkrankung und ihrem Verlauf; sich der oft schwierigen familiären Verhältnisse vergegenwärtigen, aus denen heraus Entscheider tätig werden; Behandlungsalternativen vom möglichen Ende her durchdenken; ihnen Zeit einräumen und emotionale Unterstützung anbieten. Die Autoren beschreiben die Notwendigkeit, gerade in dieser empathischen Begleitung die professionelle Rolle des

Gesundheitsarbeiters zu suchen.

Quelle: Fetherstonehaugh, D., McAuliffe, L. et al. (2019). ‚Did I make the right decision?‘: The difficult and unpredictable journey of being a surrogate decision maker for a person with dementia. *Dementia*, 18(5), 1601-1614

Schlagworte: Demenz, Angehörige, Bevollmächtigter

(13) Keine Zunahmen von Ängsten und Depressionen bei Angehörigen von Menschen mit Demenz trotz höherer Belastungen

Ziel/Hintergrund: In Italien werden 80% aller Personen mit Demenz von Angehörigen, zumeist Frauen, zuhause betreut. Belegt ist, dass viele Angehörige im Kontext der häuslichen Versorgung Ängste und Depressionen entwickeln. Faktoren, die Belastung und möglicherweise auch Ängste/Depressivität bei Angehörigen vorhersagen, sind der Literatur entsprechend: weiblich, Lebenspartner, höheres Alter, soziale Isolierung, geringes Wissen über Demenz, der Zeitumfang für Beaufsichtigung. Vorliegende Langzeitstudie aus Italien untersucht die Beziehungen zwischen Ängsten /Depressionen sowie Belastungserleben der pflegenden Angehörigen mit kognitiven, verhaltensbezogenen und funktionalen Veränderungen der betreuten Personen mit Demenz.

Methoden: Untersucht werden Paare, von denen eine/r mindestens seit 6 Monaten unter einer leichten bis mittelschweren Demenz leidet, die im gemeinsamen Haushalt leben und sich einer guten physischen Gesundheit sowie erhaltener Mobilität erfreuen. Daten werden zu Beginn und nach einem Jahr erhoben in Bezug auf Schwere der Demenz, verhaltensbezogene und neuropsychologische Veränderungen einerseits, sowie Stress, Belastung, Depressivität und Ängsten andererseits.

Resultate: 69 Paare beteiligten sich an der Untersuchung. Nach einem Jahr musste trotz der Einnahme von Antidementiva eine deutliche Verschlechterung der kognitiven und funktionalen Werte bei Personen mit Demenz festgestellt werden. Veränderungen im Verhalten und Befinden dagegen erwiesen sich als minimal. Das Stresserleben der Angehörigen veränderte sich kaum trotz gesteigener Belastungen. Ängste und Depressionswerte der Angehörigen gingen dagegen deutlich zurück.

Diskussion: Die Autoren interpretieren die Resultate auf dem Hintergrund einer umfassenden Informationskampagne, die zeitgleich an Angehörigen von Menschen mit Demenz gerichtet war. Diese Informationskampagne hat wohl dazu beigetragen, dass sich die Angehörigen in der Betreuung sicherer fühlte, belastende Ereignisse vorwegnehmen bzw. entschärfen oder auch mehr innere emotionale Distanz zum Verhalten und den zunehmenden Belastungen entwickeln konnten. Ergänzend

diskutieren die Autoren die Möglichkeit einer vorwegnehmenden (antizipatorischen) Trauer, die dazu geführt hat, eine akzeptierende Haltung zu den Verlusten einnehmen zu können.

Quelle: Tentorino, T., Dentali, S. et al. (2020). Anxiety and Depression are not related to increasing levels of burden and stress in caregivers of patients with Alzheimer's Disease. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementia*. 35, 1-5

Schlagworte: Demenz, Angehörige, Depression

Vgl.: Kürten, L. et al (2021). Predictors of the one-year-change in depressiveness in informal caregivers of community-dwelling people with dementia. *BMC Psychiatry*, 21:177, <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03164-8>

Ziel der deutschen Studie ist es, vorhersagende Faktoren für Depressivität bei pflegenden Angehörigen im Verlauf eines Jahres eines Jahres zu identifizieren. Daten von 166 Angehörigen und Personen mit Demenz wurden zu Beginn und nach 12 Monaten erhoben. Die Angehörigen waren etwa zur Hälfte Partner und erwachsene Kinder. Die Angehörigen wiesen einen höheren Grad an Depressivität auf als die allgemeine Vergleichsbevölkerung. Die Ausgangsdaten zeigten höhere Depressionswerte für diejenigen Angehörigen, bei denen die Person mit Demenz eine höhere Komorbidität und vermehrt herausforderndes Verhalten aufwies und die/der Angehörige vergleichsweise mehr Zeit mit der Person mit Demenz verbrachte. Im Laufe eines Jahres erhöhten sich die Depressionswerte für eher weibliche Angehörige, die schon bei der Ausgangslage hohe Werte aufwiesen und die mehr Tageszeit mit der Person mit Demenz verbrachten („supervision time“). Insgesamt sind es nicht die abnehmenden kognitiven Funktionen der Person mit Demenz, sondern der zunehmende zeitliche Aufwand für Begleitung und Beaufsichtigung, der mit Depressivität in Zusammenhang gebracht wird. Dabei macht es keinen Unterschied, ob der Angehörige ein Partner oder ein erwachsenes Kind ist: es ist die Notwendigkeit einer zeitlich ausgedehnten beständigen Begleitung und Beaufsichtigung, die sich als depressiogen erweist.

(14) Missbräuchliches und vernachlässigendes Verhalten wird stark durch den jeweiligen situativen Kontext bestimmt

Ziel/Hintergrund: Die Prävalenz von Misshandlungen und Vernachlässigungen gegen ältere Menschen mit Demenz im Kontext familiärer Pflege beträgt nach Selbstbekundungen pflegender Angehöriger bis zu 47%. Verbale oder physische Gewalt können dazu beitragen, die Entwicklung der Demenz zu verschlechtern. Bisherige Forschung hat versucht, derartige Vorkommnisse an Symptomen von Menschen mit Demenz (z.B. herausforderndes Verhalten) oder an Merkmalen der pflegenden Angehörigen (Persönlichkeit, Alter, Erkrankungen) festzumachen. Dabei ist der situative Kontext vernachlässigt worden: also wann und wie bestimmte Faktoren sich unter bestimmten situativen Bedingungen hemmend oder fördernd für missbräuchliches Verhalten auswirken. Vorliegende US-amerikanische Langzeitstudie versucht, typische Situationen zu identifizieren, in denen Merkmale der beteiligten Personen zu missbräuchlichem Verhalten führen. Gedacht wird an Situationen, die zusammenhängen mit herausforderndem Verhalten, mit beständig fortlaufender Beaufsichtigung der Person, mit der Unterbrechung wichtiger Tätigkeiten bzw. an Situationen, in denen es kaum zu missbräuchlichem Verhalten kommt wie z.B. gemeinsame angenehme soziale Tätigkeiten.

Methoden: Über Facebook und Instagram wurden Angehörige gewonnen, die mindestens täglich 4 Stunden mit einer Person mit Demenz verbringen und in gemeinsamer Häuslichkeit wohnen. Nach einer Erstbefragung füllten Beteiligte 2x am Tag online über 21 Tage hinweg ein Tagebuch, in dem sie Vorkommnisse eintrugen. Unterschieden wurde missbräuchliches und vernachlässigendes Verhalten. Besondere Aufmerksamkeit erfuhren: Stress aufgrund herausfordernden Verhaltens und neuropsychiatrischer Symptome, Unterbrechungen täglicher Routinen, den ganzen Tag miteinander verbringen, sich selbst pflegen, an angenehmen sozialen Tätigkeiten teilnehmen, professionelle Hilfen in Anspruch nehmen („instrumental support“).

Resultate: Insgesamt nahmen 50 Personen an der Studie teil. Zumeist sind es Frauen, die bis zu 15 Stunden am Tag mit der Person mit Demenz verbringen. 74 % der Beteiligten haben in den 21 Tagen mindestens 1x über ein missbräuchliches oder vernachlässigendes Verhalten berichtet. (psychische Aggression 64%, Vernachlässigung 50%, körperliche Aggression 12%) Durchschnittlich berichteten die Beteiligten von 3,6

Vorkommnissen in 21 Tagen (SD= 3,5).

Herausforderndes Verhalten ist häufig mit Stress verbunden führt oft zu missbräuchlichem Verhalten. Interessant: nimmt der Stress weiter zu, dann resultiert nicht weiteres missbräuchliches, sondern eher vernachlässigendes Verhalten. Auch die Unterbrechung täglicher Routinen stellt einen erheblichen Risikofaktor dar, nicht aber, wenn man den ganzen Tag mit der Person mit Demenz verbringt.

Zusammen mit der Person mit Demenz sinnvoll tätig sein außerhalb von Pflege und Betreuung verringert die Wahrscheinlichkeit vernachlässigenden, nicht aber missbräuchlichen Verhaltens. Selbstpflege und Inanspruchnahme professioneller Hilfen wirken sich dagegen nicht auf missbräuchliches oder vernachlässigendes Verhalten aus.

Diskussion: Das Risiko der diskutierten Verhaltensformen variiert von Tag zu Tag und hängt sehr stark vom jeweiligen Kontext ab. Ihr Vorkommen scheint sich eher an den situativen Kontexten denn an Merkmalen der Personen festzumachen. Daher ist kritisch zu fragen, ob Interventionen, die sich an Personen mit bestimmten Merkmalen richten (z.B. hoher Neurotizismus), nicht einen falschen Ansatz verfolgen.

Einige Ergebnisse überraschen: nur gemeinsam erlebte positive soziale Situationen verringern das Risiko, allerdings auch nur für vernachlässigendes Verhalten, mehr Selbstpflege (darunter auch Zeit für sich selbst) und Inanspruchnahme von externen Hilfen dagegen nicht.

Hierzu muss man die Qualität dieser Aussage richtig einordnen: Selbstpflege als Situation oder externe Hilfe als Situation wirkt sich nicht aus. Sehr wohl aber mag es bestimmten Personen mit bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen guttun, externe Hilfen in Anspruch zu nehmen oder durch Selbstpflege mehr emotionale Kontrolle zu gewinnen.

Insgesamt empfehlen die Autoren, den täglichen Kontext detaillierter in Augenschein zu nehmen und dabei weitere Faktoren zu berücksichtigen wie z.B. Alkoholkonsum, Bewältigungsstile, Selbstwirksamkeit und Selbstvertrauen in die eigene Kompetenz.

Quelle: Pickering, C., Yelfimova, M. et al. (2020). Daily context for abusive and neglectful behavior in family caregiving for dementia. *The Gerontologist*, 60(3), 483-493

Schlagworte: Misshandlungen älterer Menschen, Demenz, familiäre Pflege

(15) Die Entscheidung zum Heimeintritt stellt einen Prozess von hoher Unsicherheit und Ambivalenz dar

Ziel/Hintergrund: In alle Demenz stellt den Hauptgrund dar, warum Menschen in einem Heim unterkommen. Entscheidungen für oder gegen einen Heimaufenthalt werden häufig ohne gute Beratung und gegen den Willen der Person mit Demenz getroffen. Angehörige berichten anschließend von Schuldgefühlen, Menschen mit Demenz beklagen, dass ihre Meinung nicht beachtet wurde. Es liegen wenig Daten und Studien dazu vor, welche Interventionen diesen Prozess der Heimaufnahme begleiten könnten. Vorliegende US-amerikanische Studie fasst qualitative Studien zusammen, welche die Perspektive und Erfahrungen von Menschen mit Demenz und Angehörigen zum Thema Heimaufnahme untersucht haben.

Methoden: Beschrieben wird die Literatursuche, -auswahl und -bewertung.

Resultate: 42 Studien konnten eingeschlossen werden mit insgesamt 123 Personen mit Demenz und 705 Angehörigen. Die Ergebnisse werden unter fünf Rubriken zusammengefasst:

1. Sicherheit gewährleisten

Oft sind es Stürze, die eine zunehmende Sorge um die Sicherheit einleiten. Zudem werden Medikamente einzunehmen vergessen, kein Essen mehr gekocht, der Herd laufen gelassen, oder das Haus ziellos verlassen. Bestimmte herausfordernde Verhaltensweisen können auf Angehörige bedrohlich für die eigene Sicherheit wirken.

2. Die Bruchstelle erreichen

Das beständige Beaufsichtigen, aber auch der Schlafmangel und die Depressivität ermüden und entleeren pflegende Angehörige physisch und psychisch bis zum Punkt des Zusammenbruchs. Ängste kommen auf, die Person mit Demenz nicht mehr adäquat versorgen zu können besonders dann, wenn weitere Erkrankungen wie z.B. Diabetes hinzukommen. Immer wieder verliert man die Fassung und fragt sich, ob ein Heimaufenthalt den Familienfrieden nicht wiederherstellen könnte. Der Verlust vieler sozialer Beziehungen und die oft mangelhafte Zuverlässigkeit ambulanter Dienste lässt das Gefühl hochkommen, mit all dem allein gelassen zu werden und verlassen worden zu sein. Viele Aufgaben müssen nun allein gestemmt werden und andere familiäre

Verpflichtungen kommen zu kurz. Die ganze Identität wird von der Pflege und Sorge in Beschlag genommen, die eigene Gesundheit beginnt zu leiden.

3. Verletzlich wegen fehlender Unterstützung

Nach Krankenhausaufenthalten kommt es häufig zu Einweisungen in Heimen, welche den eigenen Wünschen und Vorstellungen wenig entsprechen – man muss nehmen, was man bekommen kann. Ärzte und Pflegende im Krankenhaus erweisen sich häufig als wenig hilfreich, Demenz zu verstehen und sich ein Bild von der absehbaren Entwicklung zu machen. Zu viele unbekannte Faktoren und befürchtete unangenehme Überraschungen lassen es geraten erscheinen, zeitig eine ‚gute Einrichtung‘ auszuwählen und nicht bis zur Krise zu warten. Menschen mit Demenz dagegen erleben es als demütigend, wenn über sie ohne Berücksichtigung ihrer Wünsche hinweg ein Heimeintritt veranlasst wird. Sie befürchten, ihre Selbstbestimmung zu verlieren und nicht dorthin zu gehören.

4. Verlustängste vermeiden

Wenn Familienmitglieder und Gesundheitsarbeiter die Entscheidung zur Heimaufnahme unterstützen, dann wirkt dies entlastend, wie wenn man die Erlaubnis bekommen habe, es zu tun. Uneinigkeit in der Familie oder befürchtete üble Nachrede, aber auch der deutliche Unwille der Person mit Demenz bewirken das Gegenteil. Zumeist gibt man die Pflege auf und entscheidet sich für das Heim, wenn es gar nicht mehr geht und sich der Eindruck festigt, keine Wahl mehr zu haben.

5. Sich in der Entscheidung bestätigt fühlen

Zumeist bemüht man sich, mit der Person mit Demenz in Verbindung zu bleiben und sie z.B. am Wochenende nach Hause zu holen. Angehörige entdecken wieder das eigene Leben („doing family“, „getting on with life“). Sich auf kompetente professionell Pflegende verlassen zu können bestätigt einen im Nachhinein in der Entscheidung, das Gegenteil lässt Schuldgefühle wiederaufleben. Lernt man andere Heimbewohner und Angehörige kennen, dann verfestigt sich mit der Zeit die Einsicht, dass ein Heimaufenthalt nun einmal zur Demenzentwicklung hinzugehört.

Insgesamt werden damit drei Stadien des Prozesses unterschieden: Den Bedarf für eine Heimeinweisung erkennen (1 & 2), mit der Entscheidung ringen (3 & 4), das Ergebnis bewerten und damit leben (5).

Diskussion: Unsicherheiten und mangelnde Vorhersehbarkeit der

Krankheitsentwicklung legen mitunter einen frühen Heimaufenthalt nahe, um ‚sicher zu gehen‘. Die Beratung auf dem Weg zu dieser Entscheidung durch Professionelle ist nicht immer adäquat und Angehörige erleben sich mit dieser Entscheidung allein gelassen. Die Meinung der Professionellen, der Familie und der Person mit Demenz müssen ausbalanciert und mit den eigenen Fertigkeiten und Fähigkeiten abgeglichen werden. Besonders Ehegatten fällt diese Entscheidung schwer. Gute Austauschbeziehungen zu professionell Pflegenden vor und nach der Entscheidung und fortlaufende Einbeziehung in den Pflege- und Versorgungsprozess (geteilte Sorgebeziehung) stellen wichtige Hilfen dar, mit dieser Entscheidung weiterhin gut leben zu können.

Auch wenn Menschen mit Demenz ihre Autonomie bedroht sehen: Studiendaten lassen vermuten, dass Entscheidungen zur Heimaufnahme über die Köpfe der Betroffenen hinweg zumeist nur dann gefällt werden, wenn die kognitiven, emotionalen, sozialen und exekutiven Kompetenzen sehr stark eingebrochen sind (Einsichtsfähigkeit) und daher weniger an der Entscheidung beteiligt werden.

Quelle: Teng, C., Loy, C., Sellars, M. et al. (2020). Making decisions about long-term institutional care placement among people with dementia and their caregivers: systematic review of qualitative studies. *The Gerontologist*, 60(4), e329-e346

Schlagnworte: Demenz, Heimaufnahme, Angehörige

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