
(Forschungs-) Newsletter: September 2021



14. September 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 (September 2021)	5
NEUES AUS DEM DZLA & DER DIALOGAKADMIE	8
<i>Schwerpunkt Psychische Störungen & Pflegerische Versorgung</i>	8
<i>Überblick: Sämtliche Folgen des „Podcast WissenstransFair“</i>	9
<i>Ihr Platz im DZLA</i>	11
NEUES AUS DEM DNQP	12
23. NETWORK-WORKSHOP ZUM THEMA: EXPERTENSTANDARD “SCHMERZMANAGEMENT IN DER PFLEGE – AKTUALISIERUNG 2020”	12
ForschungsNewsletter (September 2021)	13
<i>Editorial - ForschungsNewsletter</i>	14
Studien	18
Inhaltsverzeichnis Studien	19
(1) <i>Depressivität älterer Menschen kann durch Stressverminderung verbessert werden</i>	20
(2) <i>Gender-Stereotypen beeinflussen die therapeutischen Möglichkeiten für Männer mit Depressionen</i>	23
(3) <i>Ein komplexes Vorgehen zur Einführung von Delir-Prophylaxe gestaltet sich in jedem Bereich anders aus</i>	26
(4) <i>Nur etwas mehr als die Hälfte von Menschen mit wahnhaften Störungen im Alter sprechen auf eine antipsychotische Medikation an</i>	31
(5) <i>Komplexe Zusammenhänge zwischen Persönlichkeitsveränderungen im Alter, Funktionalität und Sensorik</i>	34
(6) <i>Tatkraft und ein ruhiges, reifes Temperament gelten als schützende Faktoren gegen früh einsetzende Demenz</i> 38	
(7) <i>Fallbesprechungen erweisen sich bei herausforderndem Verhalten als beste Methode</i>	41
(8) <i>Mit Zunahme der Demenz wird Traurigkeit erst mit verbaler, dann mit physischer Aggression zum Ausdruck gebracht</i>	45
(9) <i>Große integrierte Bereiche weisen eine vergleichsweise geringfügig bessere Lebensqualität auf</i>	47
(10) <i>Gruppenangebote tragen wesentlich zur Lebensqualität von HeimbewohnerInnen mit Demenz bei</i>	49
(11) <i>Moderate hauswirtschaftliche Aktivitäten beizubehalten hat einen verzögernden Effekt auf die Demenzentwicklung</i>	52
(12) <i>Individuell angepasste Interventionen verbessern oder erhalten Funktionalität in der eigenen Häuslichkeit</i>	55
(13) <i>Eine gute Gesprächskultur ist wichtiger als lineare Entscheidungsmodelle bei Ernährungsproblemen von Menschen mit Demenz</i>	57
(14) <i>Interaktive Musik für Menschen mit fortgeschrittener Demenz gibt ihnen eine Möglichkeit zu kommunizieren</i> 61	
(15) <i>Unterstützung durch Leitung als entscheidender Faktor der Implementierung</i>	64

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 (September 2021)

Liebe Leserinnen und Leser,

herzlich willkommen zum dritten Newsletter des DZLA im Jahr 2021.

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 \(DNQP\)](#).

++ Präsenz-Seminare in 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 DialogTagung konnten wir im März 2021 mit den ersten Online-Seminaren starten.

Im Herbst 2021 werden noch einige Präsenz-Seminare angeboten.

Die DialogAkademie geht für 2021 in den Endspurt – Seminar-Anmeldungen sind noch möglich!

Folgende Termine sind für 2021 noch buchbar:

27.10.2021	Pflege von Menschen mit Depression im Alter	Video	Christian Müller-Hergl	Buchung
28.10.2021	Haltung erfassen und verändern		Dr. Claudia Zemlin	Buchung
18.11.2021	Angst & Demenz	Video	Detlef Rüsing	Buchung

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/>).

Mit dem DZLA-Podcast „WissenstransFair“ bequem auf dem Laufenden bleiben!

Damit Sie über alle Entwicklungen rund um das DZLA auf dem Laufenden sind empfehlen wir Ihnen den **Podcast „WissenstransFair“ mit Detlef Rüsing**.

Alle bisherigen Folgen finden Sie 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 14. September 2021

NEUES AUS DEM DZLA & DER DIALOGAKADEMIE

Psychische Störungen und Pflegerische Versorgung

Christian Müller-Hergl in Beiträgen auf unterschiedliche Themenbereiche der Gerontopsychiatrie eingegangen:

Bipolare Störungen

Eine Fallbesprechung zum Thema „Pflegerischer Umgang mit

Bipolarer Störung im Alter“: <https://www.dzla.de/fallvorstellungen-005/>

Kritisches Glossar zum Thema: <https://www.dzla.de/bipolare-stoerungen/>

Pflegerische Versorgung

Kritisches Glossar zum Thema „Demenz(erkrankte) und Rehabilitation“

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

Kritisches Glossar zum Thema „Delirverdacht am Telefon abklären“

<https://www.dzla.de/delirverdacht-am-telefon-abklaeren/>

Detlef Rüsing wird ab dem Wintersemester 2021/2022 einen Lehrauftrag an der Hochschule Osnabrück übernehmen. Mehr Informationen zu den Studienmöglichkeiten an der Hochschule Osnabrück:

<https://www.dzla.de/pflege-dual-studieren/>

Gefahrlose Buchung von Seminaren der DialogAkademie trotz der Corona-Pandemie

Muss das DZLA anberaumte Seminare selbst absagen, so werden bereits gezahlte Seminargebühren selbstredend komplett an die Überweisenden ohne Abzug zurückgezahlt.

Eine Übersicht des Seminarprogramms der DialogAkademie finden Sie hier:

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

Überblick: Sämtliche Folgen des “Podcast WissenstransFair“

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

- Episode 019 (26.08.2021): Die Macht der Pflegenden ++ Rehabilitation bei Demenz? ++ Schlaf und Demenz ++ Sturz und Demenz ++ Neues aus dem DZLA & der DialogAkademie
- Episode 018 (29.07.2021): Kann man Personenzentrierte Pflege lehren? ++ Bipolare Störungen im Alter ++ Reduktion von Psychopharmaka ++ Kritisches Glossar: Delir(verdacht abklären) ++ Neues aus dem DZLA & der DialogAkademie
- 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 Pflegender ++ Studiengang HELPP ++ Patientenverfügung bei Demenz? ++ News aus DZLA & DialogAkademie
- Episode 015 (25.02.2021): Die Sprache pflegen – Pflegende 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 & der DialogAkademie
- Episode 007 (25.06.2020): Virtuelle vs. 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 dem DNQP

23. NETWORK-WORKSHOP ZUM THEMA: EXPERTENSTANDARD “SCHMERZMANAGEMENT IN DER PFLEGE – AKTUALISIERUNG 2020”

Am Montag, den 04. Oktober 2021 findet 23. Netzwerk-Workshop des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege in der OsnabrückHalle statt.

Im Rahmen dieses Workshops werden die Ergebnisse der gemeinsamen Aktualisierung und Zusammenlegung der beiden bisherigen Expertenstandards zum pflegerischen Schmerzmanagement bei akuten und bei chronischen Schmerzen vorgestellt.

An der Aktualisierung der Expertenstandards war eine 15-köpfige Expertenarbeitsgruppe unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Dr. Dr. h. c. Jürgen Osterbrink (Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg) beteiligt.

Ein weiterer Schwerpunkt der Veranstaltung ist die Vorstellung der Ergebnisse des Praxisprojektes zum Expertenstandard. Darüber hinaus wird es in settingspezifischen Arbeitsgruppen die Möglichkeit geben, sich mit Projektbeteiligten zur Arbeit mit dem Expertenstandard sowie zur Anwendung von Indikatoren zur internen Qualitätssteuerung auszutauschen. An dem Praxisprojekt waren insgesamt 21 Einrichtungen aus unterschiedlichen Praxisbereichen beteiligt.

Der Workshop wird als Hybrid-Veranstaltung stattfinden. Neben einer Präsenz-Veranstaltung gibt es die Möglichkeit einer Online-Teilnahme.

Ausführliche Informationen zur Veranstaltung sowie die Möglichkeit einer Anmeldung finden Sie auf der Homepage des DNQP: <https://www.dnqp.de/23-netzwerk-workshop/>

ForschungsNewsletter

(September 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:

Willkommen zum achten Newsletter des Dialogzentrums Leben im Alter. Wir haben Studien aus einer recht breiten thematischen Palette ausgewählt und hoffen, dass etwas für Sie dabei ist. Einige Studien befassen sich mit Krankheitsbildern, andere mit Implementierungsfragen und wiederum andere mit spezifischen Interventionen.

In vielen Studien fällt auf, dass die Arbeit an Alltagstätigkeiten und Alltagsstrukturen, oft im Gruppenformat, am ehesten einen positiven Effekt zeitigen. Aber eben dies ist das Feld nicht-pharmakologischer, mitunter pflegerischer Aufgaben.

Beginnen wollen wir mit zwei Studien aus dem Themenfeld Depressivität. Auf der Basis der Anpassungstheorie werden konkrete Methoden kombiniert, um besser mit Depressivität leben zu können. Zwar verschwindet die Depressivität nicht, aber der damit zusammenhängende Stress wird reduziert. Zusätzliches Material zeigt: dies betrifft auch die Aufrechterhaltung von Basisaktivitäten des täglichen Lebens. Interessant auch der Blick auf die Rolle von Aufsichts- und Kontrollbehörden: deren Auflagen wirken sich ungünstig für die Pflege von Menschen mit Depressionen im Alter aus. (1) Eine deutsche Studie befasst sich mit Depressivität von alten Männern und unterscheidet zwei unterschiedliche ‚Typen‘. Interessant dabei, wie sich Gesundheitsarbeiter zu diesen ‚Typen‘ positionieren. Deutlich wird, dass sich die Depressivität bei Männern deutlich eigenständige Merkmale aufweist. (2)

Eine recht komplexe Interventionsstudie untersucht die Einführung eines Systems zur Delir Prophylaxe in englischen Kliniken. Die wichtigsten Ankerpunkte für den Erfolg stellen engagierten Bereichsleitungen, Verbündete an strategisch wichtigen Stellen

sowie gezielte Schulungen dar. Intensiver Rückbezug der veränderten Praxis auf aktuelle Fallsituationen und ‚verhandelte Experimente‘ (versuchsweise veränderter Umgang mit konkreten Alltagssituationen) trieben den Prozess voran. (3)

Die australische Studie beschreibt klinische Behandlungsansätze für alte Menschen mit Wahnerkrankungen. Ein unmittelbarer Zusammenhang mit Demenz, z.B. als Prodromalsymptom, konnte nicht aufgezeigt werden. Nur 20% der Patienten konnten vollständig geheilt werden, in der Mehrzahl bestanden die Symptome im geringen oder vollständigen Umfang fort. Nichtpharmakologische Ansätze - obgleich international gefordert – sind kaum implementiert. Eine zusätzliche Studie zeigt auf, dass das Training von Alltagsfähigkeiten im Gruppenzusammenhang sich günstig auf den Krankheitsverlauf und das Gesundheitsverhalten auswirken. (4)

Wie hängt der Verlust von Funktionalität zusammen mit Persönlichkeitsveränderungen? Zwischen beiden besteht ein wechselseitiger Zusammenhang, bei denen sensorische Beeinträchtigungen eine wichtige, vermittelnde Rolle spielen. Besonders Personen mit einem höheren neurotischen Anteil leiden unter sensorischen Beeinträchtigungen und haben Mühe, sich funktionalen Einschränkungen angemessen anzupassen. (5)

Eine weitere Studie widmet sich dem Zusammenhang von Persönlichkeit und Demenz. Menschen mit Tatkraft und einem ruhigen Temperament weisen Lebensweisen auf, die Demenz eher vermeiden oder verzögern helfen. Zielorientierung, Emotionsregulierung und eine aktive Lebensführung sind Merkmale dieser Lebensweise. Auch hier scheint die Anpassungsfähigkeit an Veränderungen eine Schlüsselrolle zu spielen. Eine zusätzliche Studie zu diesem Themenkreis verdeutlicht: ein hoher extrovertierter Persönlichkeitsanteil kommt der Aufmerksamkeit und Wortflüssigkeit zugute und das Nachlassen beider ist ausschlaggebend für die Demenzentwicklung. (6)

Vielfältige Studien und Erkenntnisse zum Thema herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz verdichten sich zunehmend in praxisbasierten, komplexen und multimodalen Programmen. Ein solches Programm stellt ‚Time‘ aus Norwegen dar, welches die Methodik der Fallbesprechungen mit individualisierten, personbezogenen Interventionen kombiniert. Solche Programme sind aufwändig und erfordern den Input verschiedener Berufe. Ein Blick auf Deutschland (Zusatzmaterial) macht deutlich, dass ein niedriger Begleitungsaufwand und ein geringer multiprofessioneller Input auch zugleich zu weniger erfreulichen Ergebnissen führen. (7)

Die Annahme, dass Traurigkeit die Basis für Aggressivität bildet, ist nicht neu. Nimmt die kognitive Beeinträchtigung zu, kann die Traurigkeit und Frustration zunehmend nur noch in Form von Aggressivität ausgedrückt werden. Pflegerisch bedeutet dies, dass Menschen mit Demenz und Aggressivität besonderer Empathie und Geduld bedürfen. (8)

Kleinere Bereiche, so vermuten viele, geht mit besserer Lebensqualität für Menschen mit Demenz einher. Es gibt durchaus Studien, die diesen Zusammenhang nahelegen. Eine

deutsche Studie macht deutlich, dass unter hiesigen Bedingungen die Größe des Wohn/Pflegebereiches keine bedeutsame Relevanz besitzt und größere Bereiche sogar geringfügig besser abschneiden. (9) Interessant wäre die Frage: Unter welchen Bedingungen ist die Bereichsgröße relevant? Dazu könnten die Klienten Auswahl, Anzahl, Auswahl, Qualifikation und Zusammensetzung der Mitarbeitenden sowie weitere Kontextfaktoren in Betracht kommen.

Es folgen nun einige Studien zu Interventionen für Menschen mit Demenz. Gruppenangebote werden zumeist gerne angenommen und haben viele positive Effekte. Personen mit geringen kognitiven Einschränkungen lehnen die Angebote vergleichsweise eher ab, sind aber, wenn teilnehmend, aktiver dabei. Aktivitäten im Innenräumen kommen besser an als Aktivitäten in Außenbereichen. Singen, Gespräche, Gedächtnistraining und physische Übungen kommen am besten an. (10)

Moderate hauswirtschaftliche Aktivitäten erweisen sich als hilfreicher und sinnvoller als speziell angesetzte sportliche oder freizeitbezogene Aktivitäten. Auch die zusätzlich angefügten Studien belegen: eine an alltägliche Aktivitäten angelehnte Tagesstrukturierung ist sinnvoller als Programme, die außerhalb dieser Aktivitäten angesiedelt sind. Es ist der sinnvoll verbrachte Alltag, der zählt. (11)

Aktivitäten im häuslichen Bereich, die zudem den individuellen Kontexten gut angepasst werden und Angehörige miteinbeziehen, wirken sich eher positiv auf funktionale Fähigkeiten aus als Trainingsprogramme, die außer Haus in Gruppen durchgeführt werden. (12)

Eine britische Studie befasst sich mit Entscheidungen zur Ernährungssituation von Menschen mit Demenz. Die Literaturanalyse zeigt, dass lineare, rein rationale Modelle wenig greifen, um die Situation kritischer Ernährung zu erfassen. Tagesverfassungen und wechselnde Kontexte führen dazu, Entscheidung kontinuierlich zu variieren oder gar zu verändern. Alles entscheidend ist eine gute Gesprächskultur der Beteiligten. Eine zusätzliche Studie legt nahe, dass sie Art der Interaktion und Kommunikation sich auf die Ernährung deutlich auswirkt. (13)

Die Stärke der Musik liegt in der Parallelisierung und Gleichzeitigkeit. Beschrieben wird eine Intervention, bei der gemeinsam interaktiv Musik gemacht wird. Es kommt dabei zu nonverbalen Interaktionen, die in etwa Prozessen beim Jazz gleichen. Sehr zu empfehlen ist ein Blick in die Videodokumentation einer Session (Link enthalten). (14)

Dass Leitungen einen entscheidenden Einfluss auf die Einführung von Interventionen haben, ist gut gelegt. Die Frage ist aber, wie Leitungskräfte dies unterstützen können und welche Bedingungen dafür gegeben sein müssen. Anhand der Implementierung von DCM in England arbeiten die Autoren heraus: Leitende müssen die Intervention wirklich verstehen, die Implementierung organisatorisch gut flankieren, die richtigen Personen auswählen, sich anhaltend engagieren und sie sollten in der Implementierungsphase möglichst nicht ausfallen oder wechseln. (15)

Wir wünschen Ihnen eine interessierte Lektüre und freuen uns auf Rückmeldungen Ihrerseits.

Christian Müller-Hergl, Osnabrück im September 2021

Studien

Inhaltsverzeichnis Studien

(1) Depressivität älterer Menschen kann durch Stressverminderung verbessert werden.....	20
(2) Gender-Stereotypen beeinflusse die therapeutischen Möglichkeiten für Männer mit Depressionen	23
(3) Ein komplexes Vorgehen zur Einführung von Delir-Prophylaxe gestaltet sich in jedem Bereich anders aus	26
(4) Nur etwas mehr als die Hälfte von Menschen mit wahnhaften Störungen im Alter sprechen auf eine antipsychotische Medikation an.....	31
(5) Komplexe Zusammenhänge zwischen Persönlichkeitsveränderungen im Alter, Funktionalität und Sensorik	34
(6) Tatkraft und ein ruhiges, reifes Temperament gelten als schützende Faktoren gegen früh einsetzende Demenz.....	38
(7) Fallbesprechungen erweisen sich bei herausforderndem Verhalten als beste Methode.....	41
(8) Mit Zunahme der Demenz wird Traurigkeit erst mit verbaler, dann mit physischer Aggression zum Ausdruck gebracht.....	45
(9) Große integrierte Bereiche weisen eine vergleichsweise geringfügig bessere Lebensqualität auf	47
(10) Gruppenangebote tragen wesentlich zur Lebensqualität von HeimbewohnerInnen mit Demenz bei	49
(11) Moderate hauswirtschaftliche Aktivitäten beizubehalten hat einen verzögernden Effekt auf die Demenzentwicklung.....	52
(12) Individuell angepasste Interventionen verbessern oder erhalten Funktionalität in der eigenen Häuslichkeit	55
(13) Eine gute Gesprächskultur ist wichtiger als lineare Entscheidungsmodelle.....	57
(14) Interaktive Musik für Menschen mit fortgeschrittener Demenz gibt ihnen eine Möglichkeit zu kommunizieren	61
(15) Unterstützung durch Leitung als entscheidender Faktor der Implementierung	64

(1) Depressivität älterer Menschen kann durch Stressverminderung verbessert werden

Ziel/Hintergrund: Depressionen im Alter gehen oft einher mit kognitiven Beeinträchtigungen ohne Demenz. Behandlungen mit Antidepressiva weisen im Unterschied zu jüngeren Menschen eine noch geringere Wirksamkeit auf.

Basierend auf der Problemlösungstherapie (vgl. Newsletter 5, Studie 6) wurde die nicht-pharmakologische Problem-Adaptions-Therapie entwickelt, die zeitgleich an mehreren Ebenen ansetzt: Innerhalb von 12 wöchentlichen Sitzungen werden individuelle Strategien entwickelt, negative Emotionen zu reduzieren, deren Auswirkungen zu minimieren und positive Emotionen und Aktivitäten zu identifizieren und zu verstärken. Hierbei werden konkrete Schritte und Vorhaben besprochen, ähnlich wie im Ansatz der Problemlösungstherapie. Dazu gehören Wochen- und Tagesplanner, Checklisten, Stimmungsbarometer und weitere Strategien, um an den Vorhaben festzuhalten (z.B. Aktivitäten zu vereinfachen, Hilfen auszumachen und zu aktivieren). Wenn möglich nimmt ein Angehöriger an den Sitzungen teil, um den Klienten anschließend bei der Umsetzung zu begleiten. Die Intervention richtet sich an ältere Menschen, die in eigener Häuslichkeit wohnen. Vorliegende US-amerikanische Studie vergleicht die Wirkungen dieses Ansatzes mit einer rein psychotherapeutischen Begleitung in der Tradition Rogers. (Supportive Therapy) Es wird angenommen, dass Patienten der Interventionsgruppe nach 24 Wochen weniger depressive Symptome und deutlichere Verbesserungen der kognitiven Beeinträchtigung aufweisen als Personen der Vergleichsgruppe.

Methoden: Die Interventionsgruppe umfasst 16, die Vergleichsgruppe 19 Patienten, gewonnen im Rahmen einer ambulanten Behandlung in einem Institut für geriatrische Psychiatrie. Beschrieben werden Instrumente, um Depressivität, kognitive Beeinträchtigung und Einschränkungen in den instrumentellen Aktivitäten abzubilden. Daten wurden vor Beginn der Intervention, dann nach 4, 8, 12 und 24 Wochen erhoben.

Resultate: Wie erwartet zeigten Teilnehmende der Interventionsgruppe deutlichere Symptomverbesserungen nach 4, 8, 12 und 24 Wochen als die Vergleichsgruppe. Kognitive Funktionen verbesserten sich deutlich (MMSE: 2,3 Punkte Verbesserungen) und Einschränkungen im Umgang mit Instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens nahmen deutlich ab. PATH führt zu einem bedeutsam besseren Funktionieren und die Verbesserungen konnten auch noch nach 3 Monaten nachgewiesen werden.

Diskussion: Zwar zeigt die Studie deutliche Verbesserungen auf, unklar aber bleibt, welche Prozesse genau für die Verbesserungen verantwortlich waren. Die Autoren vermuten, dass der Ansatz weniger dazu verhalf, die Stimmung zu heben, als den Stress zu reduzieren. Patienten können sich besser an den Stress anpassen bzw. diesen vermeiden und eben dies wirkt sich auf kognitive Funktionen und affektive Regulation aus. Wesentlich hat die Verringerung von interpersonalem, also familiär oder partnerschaftlich bedingtem Stress dazu beigetragen.

Quelle: Kanellopoulos, D., Rosenberg, P., Ravdin, L., et al. (2020). Depression, cognitive, and functional outcomes of Problem Adaptation Therapy (PATH) in older adults with major depression and mild cognitive deficits. *International Psychogeriatrics*, 32(4), 485-493

Schlagworte: Depression, Psychotherapie, kognitive Beeinträchtigung

Vgl.: Iovino, P., De Maria, M. et al. (2020). Depression and self-care in older adults with multiple chronic conditions: A multivariate analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 76, 1668-1678

Depressionen älterer Menschen gehen häufig mit vielfachen chronischen Erkrankungen einher. Depressionen wirken sich hier besonders ungünstig aus, weil die Patienten sich nicht genügend um sich selbst kümmern (können). Dies betrifft insbesondere die Aufrechterhaltung von gesundheitsfördernden Aktivitäten (self-care-maintenance) insgesamt wie z.B. physische Aktivität, Ernährung, Kontaktpflege, Compliance bei der Einnahme von Medikamenten. Vorliegende Studie aus Italien geht den Auswirkungen der Depression auf Selbstpflegefähigkeiten bei chronischen Erkrankungen nach.

Zweierlei wurde herausgefunden: ja, Personen mit Depression und chronischen Erkrankungen können gesundheitsfördernde Aktivitäten schlecht aufrechterhalten. Dies liegt an der Ermüdung, der Erschöpfung, dem Energiemangel und der Hoffnungslosigkeit. Andererseits: Neue oder wiederkehrende Symptome der chronischen Erkrankungen werden durchaus beachtet insbesondere dann, wenn dies somatische Symptome betrifft. Die Patienten weisen ein erhöhtes Niveau der Selbstbeobachtung auf und bemühen sich auch, Hilfe und Behandlung zu erhalten. Die Depression beeinträchtigt einen gesundheitsfördernden Lebensstil, beeinträchtigt aber nicht die Wahrnehmung, Beachtung und Behandlung der somatischen

Symptome.

Vgl.: Crick, M., Devey-Burphy, R., et al. (2020). The role of regulation in the care of older people with depression living in long-term care: a systematic scoping review. *BMC Geriatrics*, 20:273, <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01675-9>

Welche Rolle spielen Aufsichtsbehörden für Heimbewohner*innen mit Depression? Viele Regelungen der Aufsichtsbehörden befassen sich eher mit dem, was nicht gelingt oder übersehen wird, also mit Fehlern. Der Anordnungscharakter der sodann ergehenden Auflagen bindet Zeit, Aufmerksamkeit und beeinträchtigt die Fähigkeit der Selbstentwicklung und Selbststeuerung des Pflegeprozesses in den Einrichtungen. Diese sind dann mehr mit der Erfüllung von Auflagen als mit der Entwicklung der Beziehungsqualität befasst. Zudem wird Depressivität seitens der Behörden vergleichsweise wenig in den Blick genommen und der zeitliche Aufwand sowie das erforderliche Qualifikationsniveau in der Regel massiv unterschätzt. In einigen Ländern (z.B. USA) werden regional unterschiedlich Antidepressiva als unnötige Verschreibung und nachgehende Assessments als überflüssig betrachtet. Pflegende sehen sich genötigt, um der Erfüllung der Auflagen willen Beziehungsarbeit zu reduzieren und sich mehr auf die sichtbaren, somatischen und bürokratischen Anteile der Arbeit zu konzentrieren. Pflege arbeitet sich daran ab, mögliche Rechtsfolgen zu vermeiden. Ohne eine deutliche Aufstockung der Personalzahlen, der Qualifikation aber auch der Zusammenarbeit im Team ist eine bessere Versorgung alter depressiver Heimbewohner*innen nicht zu erreichen. Die Studie fasst zusammen, was über die negativen Zusammenhänge von Regularien der Aufsichtsbehörden und Vernachlässigung von Heimbewohner*Innen mit Depression bekannt ist. Das Fazit: Solange Aufsichtsbehörden am ‚Abschreckungsansatz‘ festhalten und sich weniger als Partner in Entwicklung und Lernen begreifen, wird sich an dieser Negativbilanz wenig ändern.

(2) Gender-Stereotypen beeinflussen die therapeutischen Möglichkeiten für Männer mit Depressionen

Ziel/Hintergrund: Zwar werden Depressionen klassischerweise mehr als doppelt so häufig bei Frauen denn bei Männern diagnostiziert, dennoch aber übertreffen die Suizidraten von Männern diejenigen von Frauen deutlich. Männer ‚externalisieren‘ die Depression in Form von Aggression, Alkohol- und Drogenmissbrauch, suchen Hilfen weniger häufig auf. Suizide können eine letzte Gelegenheit verstanden werden, sich gegenüber der als Schwäche empfundenen Depressivität zu behaupten. Ursächlich dafür werden eher unbewusste Vorstellungen vermutet, die bestimmen, was es heißt, ein Mann zu sein. Vorliegende Studie aus Deutschland geht der Frage nach, wie sich Gesundheitsarbeiter in der Psychiatrie (Psychotherapeuten, Ärzte, Pflege) zu Männern mit Depressionen positionieren und verhalten, da sich dies vermutlich deutlich für die Patienten auswirken wird.

Methoden: Es handelt sich um eine qualitative Studie mit ‚gemischten Methoden‘. Mitarbeitende aus 5 Psychiatrien wurden für qualitative Interviews gewonnen. Beschrieben wird ein Interviewleitfaden zu den charakteristischen Merkmalen depressiver männlicher Patienten, den spezifischen Risikofaktoren, die Verfassung bei Behandlungsbeginn, den Bedürfnissen und Erwartungen in Bezug auf die Behandlung. Beschrieben wird die Inhaltsanalyse.

Resultate: Die Ergebnisse werden unter 5 Rubriken vorgestellt:

Wie die Patienten beschrieben werden:

Die Mitarbeitenden unterscheiden zwei männliche Typen: den ‚richtigen Mann‘, eher reserviert, handlungs- und lösungsorientiert („Macher“), psychisch eher einfach strukturiert, in Krisen eher dem Alkohol zugeneigt, oft mit hohen narzisstischen Anteilen. Identität wird primär über die Arbeit definiert, familiäre Krisen oder Scheidungen lösen dann eine depressive Krise aus. Über Psychisches zu reden, fällt schwer, wird eher vermieden und als Zeichen von Schwäche gedeutet. Viele haben einen eher ländlichen oder auch Migrationshintergrund.

Andererseits den ‚nicht-typischen Mann‘, der eher unsicher und ängstlich, aber recht redselig auftritt, oft als ‚Softy‘ beschrieben, häufig mit einem akademischen

Hintergrund und mit mehr Zugang zum eigenen emotionalen Erleben und vergleichsweise offen für psychiatrische und psychotherapeutische Anliegen und Arbeit. Auffällig aber, dass sie von den Mitarbeitenden eher abfällig als ‚Weicheier‘ beschrieben werden.

Psychosoziale Erklärungsversuche

Stress und Konflikte im Arbeitsleben auf dem Hintergrund einer narzisstisch getönten Persönlichkeit machen Männer besonders anfällig für Depressionen. Wenn Stärke, Tapferkeit, Durchhaltevermögen identitätsbestimmend sind, dann fällt es schwer, Bedürfnisse wahrzunehmen, zu artikulieren und Hilfe zu suchen.

Zur Aufnahmesituation

Männer kommen zumeist dann, wenn die Krise schon weit vorangeschritten ist. Das Stigma der ‚Weichheit‘ verhindert, im männlichen Freundes- oder Kollegenkreis Probleme erkennen zu geben und recht/frühzeitig Hilfe zu suchen. Oft steht die Angst dahinter, mit einem solchen Eingeständnis die eigene Karriere zu ruinieren. Oft sind es Partner oder Familie, die auf Behandlung drängen.

Behandlungserwartungen

Daher erhofft man sich von der Behandlung eine schnelle ‚Reparatur‘, um wieder voll funktionieren zu können. Es soll schnell gehen, möglichst mit einem Medikament und klaren Ansagen, was man nun machen soll, Psychotherapie und Reden insgesamt wird weniger gern gesehen. Im Blick ist eher das Ergebnis, nicht aber der Behandlungsprozess. Insgesamt ist das Behandlungsverständnis ein mechanistisches.

Behandlungsziele

Im Urteil der Gesundheitsarbeiter*innen benötigen Männer Psychoedukation, um Depressivität anzunehmen und zu akzeptieren. Sie sollten begreifen lernen, dass sie keinen Fehler gemacht oder irgendwie minderwertig seien. Depressivität kann jeden treffen.

Diskussion: Insgesamt sind sich die Befragten in der Mehrzahl einig, dass sich Männer und Frauen bezüglich der Erscheinungsweisen von Depressivität deutlich unterscheiden. Anliegen, die mit der Arbeit zu tun haben, sind vergleichsweise mehr in den Therapieprozess miteinzubeziehen. Weiterhin sei es wichtig, am

Krankheitsverständnis/-modell zu arbeiten, um das Schamthema ‚Schwäche‘ und das damit verbundene Stigma aufzulösen. Während Gesundheitsarbeiter eher psychosoziale Erklärungen präferieren, neigen Männer eher einem mechanischen und biologischen Verständnis zu: dies müsste in der Behandlung berücksichtigt werden. Bei älteren Männern verschränkt sich die Depressivität mit somatischen Anliegen: Letzteres biete einen Ansatzpunkt, über die somatischen Anliegen und dahingehende Lösungen auch mit den psychischen Themen in Kontakt zu kommen. Überrascht äußern sich die Autoren darüber, dass auch Gesundheitsarbeiter von Gender-Stereotypen nicht frei sind und nicht selten eine stigmatisierende Haltung an den Tag legen. Dies könnte dazu beitragen, dass Männer nicht eine für sie passende Behandlung erhalten: eine, die mit den Stärken und Ressourcen arbeitet und in den ‚typischen‘ und ‚untypischen‘ Ausprägungen der Männlichkeit Ansatzpunkte für die therapeutische Arbeit sucht.

Quelle: Stiawa, M., Müller-Stierlin, A. et al. (2020). Mental Health professionals view about the impact of male gender for the treatment of men with depression – a qualitative study- BMC Psychiatry, 20:276,

<https://doi.org/10.1186/s12888-020-02686-x>

Schlagworte: Depression, Männer, professionell Pflgende

(3) Ein komplexes Vorgehen zur Einführung von Delir-Prophylaxe gestaltet sich in jedem Bereich anders aus

Ziel/Hintergrund: Delirien stellen eine häufige Komplikation während des Krankenhausaufenthaltes alter Menschen dar. In einem ersten Schritt entwickelte das Forscherteam aus England eine Strategie zur Prävention (Prevention of delirium = POD), die 10 Handlungsfelder umfasst, u.a. Flüssigkeit und Ernährung, Vermeidung umgebungsbedingter Risiken, Hilfen zur Orientierung, verbesserte Kommunikation, Mobilität, Schmerzen, Infektions- und Medikationsmanagement. Anhand der Normalisierungs-Prozess-Theorie (NPT) sollen die mikro-sozialen Prozesse untersucht werden, welche für die Implementierung neuer Praktiken in Großorganisationen entscheidend sind. Das Implementierungsdesign nach NPT umfasst vier Ebenen: Schulungen der Mitarbeiter*innen (=Kohärenz), strukturierte Beobachtung bereits existierender Praxis und Vergleich mit POD (um zu demonstrieren, wie sich beide unterscheiden= kognitive Beteiligung), Systeme, Prozesse und Dokumentation entwickeln in Vorbereitung auf die Einführung von POD (= kollektive Handlungen), Beobachtung wie sich die Strukturen, Prozesse und Systeme bei der Einführung entwickeln/verhalten und welche Ergebnisse dabei festzustellen sind (= reflexives Monitoring). In vorliegender Studie werden die Ergebnisse einer Forschung über die Vorbereitung und anschließende Implementierung von POD vorgestellt.

Methoden: Die Studie umfasst qualitative und quantitative Daten aus 2 Phasen von je 6 Monaten. In der ersten Phase wurde die Vorbereitung, in der zweiten die tatsächliche Einführung untersucht. Fünf Krankenhäuser mit insgesamt 6 Abteilungen waren involviert. Erhoben wurden Patientenprofile, Daten der jeweiligen Abteilung und ihrer Organisation sowie Daten aus Interviews und strukturierter Beobachtung.

Resultate: Beschrieben werden in einem ersten Teil die Abteilungskontexte, die Planung der Implementierung, in einem zweiten Teil die Implementierung und Umsetzung.

Erster Teil Vorbereitung:

Abteilungskontexte: Ein Bereich schied schnell wegen Personalnot aus. Personalnot

führt auch in den anderen beteiligten Abteilungen zum Einsatz von Zeitarbeitskräften. In allen Bereichen überwogen Patienten älter als 65 mit einem hohen Grad von Abhängigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens. Die meisten beteiligten Abteilungen mussten innerhalb des beschriebenen Zeitraumes umziehen und erfuhren Veränderungen der Abteilungsorganisation (neue, zusätzliche Aufgaben, Verkleinerung/Vergrößerung etc.), welche die Arbeitsmoral oft negativ beeinflussten.

Planung der POD Implementierung: Zur Gewinnung der für die Implementierung zuständigen Personen („drivers“) musste mit vielen Leitungskräften (Ärzte, Pflegeleitungen, Leitungen der Freiwilligenarbeit, Praxisanleitern, Qualitätsbeauftragten etc.) umfassende Gespräche geführt werden. Insgesamt zeigten diese ein hohes Interesse an der Einführung von POD. Beteiligte Personen wurden in einer Steuerungsgruppe zusammengebracht. In einigen Abteilungen wurden die Abteilungsleitungen oder Stellvertreter („matron“) zum eigentlichen „driver“, da Mitglieder der Steuerungsgruppe den Prozess nur flankierend begleiten konnten. Eine enge Verzahnung mit übergeordneten Stellen durch intensive Netzwerkarbeit schaffte eine günstige Umgebung für die Implementierung. Während die Forschenden Veranstaltungen und Workshops durchführten, erwiesen sich die Steuerungsgruppen, die Abteilungsleitungen sowie die intensive Vernetzung als entscheidende Voraussetzung für die Implementierung. Diese passten die Ablaufsysteme und Dokumente an, koordinierten Arbeitsgruppen, entwickelten beispielhafte Modellfälle für das Lernen, entwickelten Aufgabenprofile und Rollenzuschnitte für beauftragte Mitarbeiter*innen und Freiwillige. Wo immer sich diese Steuerungsgruppe oder die Abteilungsleitung als weniger engagiert im Prozess erwiesen, lahmt der Prozess oder kam zum Erliegen.

Reflexion und kognitive Beteiligung: Durch beobachtungs-basierte Rückmeldungen sollte den Teams ein Vergleich bestehender zu erwünschter Praxis ermöglicht werden. Dies gelang gut, wenn diese Rückmeldungen von externen Personen mit einem hohen klinik-internen Ansehen erfolgte (z.B. Leitung des therapeutischen Dienstes). Angesichts der oft hektischen Hyperaktivität aller Dienste am Morgen wurde aus der Perspektive der Delir-Prophylaxe angeregt, langsamer, leiser vorzugehen und die Aktivitäten mehr über den Tag zu verteilen. (Handlungsfeld „umgebungsbedingte Risiken“) Diese Rückmeldungen allein erwiesen sich als nicht stark genug, um einen Wunsch nach Veränderung im Team zu bewirken: dies entstand erst in Kombination mit Schulungen, die in kleinteiligen Formaten (mehrfach 15-20 Minuten) unter Einbezug aktueller Fallsituationen erfolgte. Dies ermöglichte, die abstrakten Inhalte der Schulung mit den gegebenen Rückmeldungen in einen Bezug zum aktuellen Fall zu

setzen: dies erzeugte für die Teams eine ‚steile Lernkurve‘, insbesondere für das Vorkommen von hypoaktivem Delir. Dabei erwies sich die Unterstützung der jeweiligen ‚drivers‘ (Prozessverantwortlichen vor Ort) durch den maßgeblichen Arzt (‚senior clinican‘) als zusätzlich entscheidender Faktor: fehlte diese, dann konnte die Prozessverantwortliche kaum Einfluss über ihr unmittelbares Handlungsfeld hinausnehmen.

Systeme: Erheblicher Aufwand ergab sich durch die Einbettung von POD in die Abläufe (Assessment und was dann zu tun und zu lassen ist), die Dokumentation, die Pflegeplanung und deren Überprüfung, in das Kommunikationsbild (bezüglich Angehöriger und Freiwilliger). In enger Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern*innen vor Ort wurden ‚verhandelte Experimente‘ durchgeführt mit dem Ziel, eine Erhöhung des Arbeitsaufwandes zu vermeiden.

Freiwillige: Ein wesentliches Element im POD-Programm befasst sich mit Freiwilligen: diese sollen emotionale und soziale Unterstützung vermitteln, anregende Aktivitäten anbieten, zum Trinken anregen und für diverse praktische Hilfen zur Verfügung stehen. Ein Symbol im Pflegeplan (und auf der Patientenakte) signalisierte den erwünschten Einsatz der Freiwilligen, welche ihre Tätigkeiten und Beobachtungen in einem gesonderten Formular der Patientenakte festhielten.

Bereits vorhandene Freiwillige waren eher weniger mit älteren, kognitiv beeinträchtigten Patienten befasst. Die beteiligten Abteilungen verfolgten unterschiedliche Strategien, um Freiwillige auf diese neue Aufgabe vorzubereiten. Wichtig dabei waren insbesondere die Aufgaben, Rollen, die enge Zusammenarbeit mit Pflegenden, die über das bisherige Modell hinausgehenden Kommunikationsbilder: man musste mehr und fachlicher miteinander reden. Nur zwei Abteilungen entschieden sich, Professionelle und Freiwillige gemeinsam zu schulen. Die anderen Abteilungen wählten weniger aufwändige Möglichkeiten und fügten Inhalte des POD den vorhandenen Vorbereitungstrainings von Freiwilligen hinzu.

Zweiter Teil - Umsetzung:

Die Schulungen begannen bereits einen Einfluss auf die Arbeit zu nehmen, noch bevor die eigentliche Implementierung begann. Man sprach nun nicht mehr von ‚Problempatienten‘, die sich ‚schlecht benehmen‘ und verbrachte mehr Zeit mit den Patienten. Risiken wurden bewusster wahrgenommen, in Pflegeplänen berücksichtigt und bei der Übergabe gezielt abgefragt. Ernährungsprobleme und Themen der

Flüssigkeitszufuhr wurden zunehmend systematisch anhand von MUST (Malnutrition Universal Screening Tool) und Trinkprotokollen erhoben. Das Thema Delir begann, die Wahrnehmung in den Teams zu verändern und verschiedene Informationen unter dieser Perspektive zusammenzuführen: viele Einzelbeobachtungen konnten nun in einem sinnvollen Zusammenhang gesehen und angegangen werden. Dies wirkte sich besonders günstig auf die Pflegeassistenten aus. Ergotherapeuten führten zunehmend ihre Maßnahmen nicht in den Praxisräumen, sondern in den Abteilungen selbst durch und begannen zusammen mit den Pflegenden, Gemeinschaftsräume einzurichten, in denen strukturierte Aktivitäten erfolgten (Musik, Erinnerungsarbeit) und auch gemeinsam gespeist wurde.

Der zunächst mit Begeisterung aufgenommene Einsatz von Freiwilligen stellte sich schwieriger dar als anfänglich vermutet. Nur 1/3 der eingangs gewonnenen Personen blieben dem Projekt erhalten. Der Umgang mit deliranten Personen mit Demenz löste Ängste und Befürchtungen aus. Die Abgrenzung von und Zusammenarbeit mit Pflegeassistenten und Pflegenden war nicht immer einfach auszugestalten. Die Zusammenarbeit mit den Ergotherapeuten gelang vergleichsweise besser. Mit der Zeit schälte sich ein Einführungsprozess heraus, bei dem Freiwillige nach der Schulung erst von einem Pflegenden, dann von einem erfahrenen Freiwilligen begleitet wurden („buddying“), bis sie selbst Handlungssicherheit gewannen.

Diskussion: Die Einführung einer komplexen Intervention hängt stark vom Kontext ab und hat in allen beteiligten Abteilungen einen anderen Verlauf genommen. Grundsätzlich haben sich die unterschiedlichen Arbeitsebenen ergänzt und synergistisch zusammengewirkt, wenn auch je auf andere Weise. Schulungen, Rückmeldungen und Fallbezug trugen dazu bei, dass Mitarbeiter*innen im Gesamtteam begannen, anders wahrzunehmen und anders zu denken. Dies wiederum verband sich mit anderen Ablaufprozessen, Entscheidungsbäumen, der veränderten Dokumentation und Übergabeprotokollen - einem Netzwerk sich verändernder Praktiken. Die ‚verhandelten Experimente‘ trugen für eine starke Beteiligung der Mitarbeiter*innen Sorge, gaben ihnen Gestaltungsspielräume an die Hand und lösten viele kreative Lösungsansätze aus. Die Bedeutung der Steuerungsgruppe bzw. der Prozessverantwortlichen kann gar nicht hoch genug aufgehängt werden: sie bildeten das eigentliche Unterfutter, trugen für das Einarbeiten neuer Praxis in die Abläufe und Strukturen Sorge. Insbesondere die Abteilungsleitungen erwiesen sich als die wesentlichen Treibriemen der Praxisentwicklung. Die Gewinnung, die Vorbereitung,

der Einsatz und der Erhalt von Freiwilligen erwies sich als wesentlich schwieriger als vorhergesehen. Die Dynamik der Freiwilligenarbeit wird noch nicht gut verstanden.

Die Autoren schließen mit drei Feststellungen:

Man benötigt vor Ort eine die Sache vorantreibende Person („faciliator“, Prozessverantwortlicher), die von anerkannten Vorgesetzten („senior clinician“) deutlich und nachhaltig unterstützt werden muss.

Dem Prozessverantwortlichen muss pro Woche ein Zeitkontingent von etwa einem Arbeitstag für den Prozess eingeräumt werden.

Zu große Personalnot und zu viele andere gleichzeitig laufende Baustellen machen die Einführung komplexer Interventionen unmöglich.

Insgesamt sollte man vor Einführung klug überlegen, welche Abteilung zu welcher Zeit und unter welchen Bedingungen einem komplexen Veränderungsprozess unterzogen werden kann.

Quelle: Godfrey, M., Green, J., Smith, J., Cheater, F., Inouye, S., Hurst, K., Young, J. (2020). Process of implementing and delivering the Prevention of Delirium system of care: a mixed method preliminary study. BMC Geriatrics, 20:1, <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1374-x>

Schlagworte: Delir Prävention, Krankenhaus, Implementierung, Freiwillige

(4) Nur etwas mehr als die Hälfte von Menschen mit wahnhaften Störungen im Alter sprechen auf eine antipsychotische Medikation an

Ziel/Hintergrund: Zur wahnhaften Störung im Alter (oft Paraphrenie genannt) liegen nur wenige Studien vor. Es handelt sich hierbei um Wahnvorstellungen, die nach DSM (Data and Statistical Manual) mindestens 1 Monat, nach ICD-10 mindestens 3 Monate angehalten haben. Beide Handbücher sind sich nicht darüber einig, in welchem Ausmaß Halluzinationen damit einhergehen dürfen (nach DSM sind mit dem Wahnthema kongruente Halluzinationen mit der Diagnose vereinbar, nach ICD-10 nicht). Ausgeprägte Sprach- und Denkstörungen liegen nicht vor, wohl aber paranoide Vorstellungen, verfolgt, geschädigt, ausgenutzt zu werden. Die Wahnvorstellungen sind eher einfach, nicht bizarr, eher mono- als polythematisch, gehen oft einher mit depressiven Verfassungen und erhöhter Irritierbarkeit. Häufig entwickeln sie sich im Alter auf dem Hintergrund einer paranoiden Akzentuierung der Persönlichkeit bzw. einer Persönlichkeitsstörung. Diskutiert wird, ob es sich zumindest zum Teil um Vorläufersymptome einer beginnenden Demenz handelt. Behandlungen werden zumeist sekundär abgeleitet aus der Behandlung schizophrener, junger Patienten. Einen eigenständigen Ansatz in der Behandlung wahnhafter Störungen im Alter gibt es nicht. Alternativ zu Einordnung wahnhafter Störungen in das Feld psychotischer Störungen wird auch die Position vertreten, es handele sich um eine affektive Störung, die eher dem depressiven Spektrum zugeordnet werden sollte. (Störung der Affektregulation)

Vorliegende australische Studie untersucht Patientendaten aus Sydney von 2006 bis 2017 zum Thema antipsychotische Therapie und Therapieergebnisse.

Methoden: Es handelt sich um eine beschreibende Studie zu Patienten, welche die beiden Autoren (Psychiater) oder ärztliche Kollegen in diesem Zeitraum stationär oder ambulant behandelt haben. Beschrieben werden die Auswahlkriterien, die herangezogenen Patientendokumentationen inklusive der Assessmentresultate. Ergebnisse werden gegliedert nach vollständiger Remission („recovery“), Symptomverbesserung sowie keine oder keine anhaltende Verbesserung nach Behandlung.

Resultate: Für den beschriebenen Zeitraum konnten 55 Fälle identifiziert werden, mit einem Krankheitsbeginn (wahnhafte Störung) mit durchschnittlich 67,5 Jahren. Stationär behandelt wurden sie mit durchschnittlich 74,5 Jahren. Im Minimental-Test schnitten die Patienten durchschnittlich mit 28,4 von 30 ab – auch nach 6 Monaten lagen kaum kognitive Störungen bzw. eine beginnende Demenz vor. 48 Patienten litten unter

Verfolgungswahn, 6 unter Eifersuchtswahn und eine Person unter somatischen Wahnvorstellungen. 10 Patienten wiesen mit dem Wahn kongruente Halluzinationen im geringen Umfang auf, 12 Patienten depressive Symptome unterhalb der Diagnoseschwelle.

44 der 55 Fälle betrafen Personen mit Verfolgungswahn, davon wurden 27 antipsychotisch behandelt. Die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug 18,3 Monate (35,04 SD!!), eine Verbesserung trat nach 2 bis 8 Monaten ein. Von den über den Zeitraum nachverfolgten Fällen erfuhren 20% eine vollständige Remission, 35% verbesserten sich (mit fluktuierenden Symptomen) und bei 45% schlug die Behandlung überhaupt nicht an. Andere Faktoren wie Umzüge oder Veränderungen der sozialen Situation spielten bei den Remissionen bzw. Verbesserungen eine mitwirkende Rolle.

Diskussion: Typische Antipsychotika kamen bei älteren Personen im Unterschied zu atypischen (z.B. Risperdal) kaum zum Einsatz. Stationäre Aufenthalte sind sehr viel häufiger mit der Gabe von (atypischen) Antipsychotika verbunden als ambulante Behandlungen. Lange Verschreibungszeiten hängen vermutlich mit einer diskontinuierlichen Einnahme der Medikamente, besonders im häuslichen Bereich, zusammen. Personen, welche die Medikation verweigerten, wiesen auch am häufigsten keine Remission oder Verbesserung auf. Die Autoren betonen die Bedeutung eines therapeutischen Beziehungsaufbaus, um die Compliance zu erhöhen. Ein Konsens, wann den von einer erfolgreichen Behandlung einer wahnhaften Störung gesprochen werden kann, z.B. anhand von validierten Assessments, liegt international nicht vor. Oft sind es die subjektiven Einschätzungen der behandelnden Ärzte, die für die Bewertung eines Erfolgs herangezogen werden. Nichtpharmakologische Interventionen und deren Effekte sind dabei überhaupt nicht untersucht, nur ‚nebenbei‘ vermerkt, obwohl Elemente psychotherapeutischer Behandlung (die Autoren sprechen von ‚informeller Psychotherapie‘) immer mit einfließen. Ein Behandlungsdesign für alte Menschen mit wahnhafter Störung, das gänzlich auf Medikamente verzichtet, liegt im Unterschied zu jungen Populationen (Recovery-basierte Reform der Behandlung) nicht vor.

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurde festgestellt, dass die meisten der wegen Verfolgungswahn behandelten Personen innerhalb eines Jahres wieder vorstellig wurden.

Zusammenhänge mit Geschlecht oder Migrationshintergrund konnten nicht aufgezeigt werden. Im Rahmen dieser Studie erwies sich kein Zusammenhang zwischen wahnhafter Störung und Demenz.

Den Umstand, dass fast die Hälfte aller Patienten keinen Behandlungserfolg aufwiesen, kommentieren die Autoren nicht.

Quelle: Nagendra, J., Snowden, J. (2019). An Australian study of delusional disorder in later life. *International Psychogeriatrics*, 32(4), 453-462

Schlagworte: wahnhafte Störung, Langzeitstudie, Psychopharmaka

Vgl.: Smart, E., Brown, L. et al. (2020). A systematic review of the effects of psychosocial interventions on social functioning for middle-aged and older-aged adults with severe mental illness. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 35, 449-462

Besonders negative Symptome der Schizophrenie bestehen im Alter fort und wirken sich besonders negativ auf soziale Kontakte aus. Vorliegende Studie trägt Erkenntnisse zusammen, wie das soziale Funktionieren alter psychisch kranker Menschen verbessert werden kann. Hier sind US-amerikanische Forschungen im besonderen Masse weiterführend.

In Gruppen soziale Fähigkeiten, aber auch praktische Alltagskompetenzen (Haushaltsführung, Einkauf, Mahlzeiten etc.) einzuüben wirkt sich auch in der Langzeitperspektive positiv aus. Dies sollte nach Möglichkeit auch mit physischen Übungen und Informationen sowie Hilfen bei der Bewältigung gesundheitlicher Herausforderungen kombiniert werden, um insgesamt ein positives Gesundheitsverhalten zu fördern (z.B. in Bezug auf Ernährung oder Bewegung). Oft werden hierbei geriatrisch rehabilitative mit psychoedukativen und psychotherapeutischen Elementen kombiniert (multimodale Programme). Besonders günstig wirkt sich ein über mehrere Jahre hin angelegtes Programm aus (2 Jahre mit wöchentlichen Treffen).

Allerdings: In der Regel wurden diese Studien mit kleinen Teilnehmerzahlen durchgeführt. Zudem fehlen oft Nachfolgeuntersuchungen, so dass offen bleibt, wie lange die Effekte bestehen bleiben.

(5) Komplexe Zusammenhänge zwischen Persönlichkeitsveränderungen im Alter, Funktionalität und Sensorik

Ziel/Hintergrund: Es liegen viele Studien vor, die einen Einfluss der Persönlichkeit auf Funktionalität (Aktivitäten des täglichen Lebens) und Gesundheit belegen. Weiterhin ist bekannt, dass die Persönlichkeit im (hohen) Alter weitgehenden Veränderungen unterliegen kann. Weniger bekannt ist, in welchem Umfang umgekehrt gesundheitliche und funktionale Veränderungen einen Einfluss auf die Persönlichkeitsentwicklung im Alter nehmen. Die Autoren gehen von einer wechselseitigen (in beide Richtungen verlaufenden) Beeinflussung aus, allerdings mit dem Zusatz, dass das Ausmaß und Art und Weise dieser Wechselseitigkeit von der sensorischen Beeinträchtigung (Sehen und Hören) abhängt. Vorliegende Arbeit beschränkt sich auf die Persönlichkeitsmerkmale Neurotizismus und Verträglichkeit.

Diese Hypothesen sollen hier weiter zu erläutern werden: Es wird angenommen, dass gesundheitliche Beeinträchtigungen den Aktivitätsradius und damit die Funktionalität beeinträchtigen. Trifft dieser Umstand auf emotional stabile (nicht sonderlich neurotische) und verträgliche Personen, dann ist damit zu rechnen, dass diese weniger mit Stress zu kämpfen und sich besser anpassen können, mitunter auch besser auf ein gutes soziales Netz und Hilfen zurückgreifen können. Dies wirkt sich wiederum gut auf den Erhalt bzw. die Wiedererlangung beeinträchtigter Fähigkeiten aus. Umgekehrt: trifft dieser Umstand auf eine neurotisch akzentuierte, besonders impulsive Person, dann kann sie sich vermutlich weniger gut anpassen und auf Hilfen zurückgreifen mit der Folge, dass Gesundheit und Funktionalität weiter einbrechen.

Diese Zusammenhänge können auch komplementär, also ausgehend von den gesundheitlichen und funktionalen Beeinträchtigungen betrachtet werden: letztere können Persönlichkeitsveränderungen allererst in Gang bringen besonders dann, wenn sich das Sehen und Hören deutlich verschlechtert, dies Aktivitäten weiter einschränkt und eine zunehmend neurotische (also ärgerliche, wütende, anklagende) Reaktion hervorruft oder auch die Pflege und Teilnahme am sozialen Netzwerk erschwert (Verträglichkeit). Bekannt ist, dass sensorische Defizite im Alter die Gefahr für eine neurotische Persönlichkeitsentwicklung erhöhen.

Die deutsche Studie untersucht, ob es zwischen Persönlichkeit und Funktionalität im Alter eine wechselseitige Beziehung gibt und ob diese Beziehung durch den Grad sensorischer Beeinträchtigungen bestimmt („moderiert“) ist.

Methoden: An der Studie nahmen 237 alte Personen mit sensorischer Beeinträchtigung und 150 Personen ohne Beeinträchtigung (Kontrollgruppe) teil (Durchschnittsalter 82,5 Jahre). Die Personen wurden einem Ausgangsassessament unterzogen, das nach 4 Jahren wiederholt wurde (dort nur noch 168 Personen). Beschrieben werden die Instrumente, um Persönlichkeitszüge, Funktionalität (subjektive Autonomie und Aktivitäten des täglichen Lebens) und einige weitere Variablen abzubilden. Beschrieben wird die statistische Analyse.

Resultate: Die in beide Richtungen gehende Beziehung zwischen Persönlichkeit und Funktionalität konnte bestätigt werden.

Personen mit vergleichsweise geringer subjektiv empfundener Autonomie und geringer Funktionalität (Ausgangsassessament) ging in der Gruppe ohne sensorische Beeinträchtigungen nach 4 Jahren mit höherem Neurotizismus einher, also: Personen ohne sensorische Beeinträchtigungen erleben bei funktionalen Einbrüchen vergleichsweise mehr Neurotizismus. (1)

Personen mit sensorischen Beeinträchtigungen und vergleichsweise mehr neurotischen Anteilen wiesen nach 4 Jahren eine geringere subjektiv empfundene Autonomie und Funktionalität auf. (2)

Personen mit sensorischen Beeinträchtigungen und mit vergleichsweise höherer subjektiv empfundener Autonomie (Ausgangsassessament) wiesen 4 Jahre später höhere Verträglichkeit, aber auch vergleichsweise höhere Funktionalität auf. (3) Personen ohne sensorische Beeinträchtigungen und vergleichsweise geringer Verträglichkeit wiesen nach 4 Jahren eine höhere subjektiv empfundene Autonomie auf. (4)

Diskussion: Die Autoren sehen sich überwiegend in ihren Hypothesen bestätigt. Spät im Leben einsetzende sensorische Beeinträchtigungen tragen zu Veränderungen in der Beziehung zwischen Persönlichkeit und Funktionalität bei.

Zu 2: Höherer Neurotizismus sagt geringere subjektive Autonomie und Funktionalität vier Jahre später voraus – aber eben vorwiegend bei Personen mit sensorischen Beeinträchtigungen. Sensorische Beeinträchtigung kann als ‚Stressor‘ betrachtet werden, der in Kombination mit Neurotizismus sich auf Funktionalität und Autonomie negativ auswirkt. Für diese Gruppe empfehlen die Autoren Interventionen, um den Neurotizismus zu verringern (weniger ärgerlich und wütend reagieren) und um sich

Veränderungen insgesamt besser anpassen zu können. Dies könnte dazu führen, in Bezug auf Funktionalität weniger beeinträchtigt zu werden.

Zu 1: Bei sensorisch unbeeinträchtigten Personen sagt geringere subjektive Autonomie und Funktionalität höheren Neurotizismus vier Jahre später voraus. Die Autoren bieten die Erklärung an, dass sich diese Gruppe vergleichsweise weniger an Veränderungen anpassen musste und beim Einsetzen gesundheitlicher Einschnitte vermehrt neurotisch reagiert mit negativen Folgen für die Funktionalität.

Zu 3: Höhere Autonomie und Funktionalität sagt höhere Verträglichkeit nach vier Jahren voraus – aber vornehmlich bei Personen mit sensorischer Beeinträchtigung. Wer dagegen sensorisch beeinträchtigt und funktional eingeschränkt ist, der zeigt nach vier Jahren auch eine geringere Verträglichkeit. Funktionale Einbrüche allein ohne sensorische Beeinträchtigungen wirken dagegen in Bezug auf Verträglichkeit nicht negativ aus. Für Menschen mit sensorischen Beeinträchtigungen empfehlen die Autoren Interventionen, um sich ihren Einschränkungen besser anpassen zu können, so dass sie ihre sozialen Beziehungen und möglichen Hilfen nicht gefährden.

Eine höhere Verträglichkeit beim Ausgangsassessment wirkt sich hingegen günstig auf Funktionalität und Autonomie aus: man kann sich besser anpassen und sein soziales Netzwerk und Hilfen aktivieren.

Zu 4: Geringe Verträglichkeit mag sich dahingehend auswirken, dass sich Personen weniger auf andere verlassen und mehr aktiv daran arbeiten, die eigene Autonomie um jeden Preis zu erhalten.

Zusammenfassend: Persönlichkeit beeinflusst Funktionalität und umgekehrt: krankheitsbedingte Einbrüche und einbrechende Funktionalität können Persönlichkeitsveränderungen auslösen (die freilich erneut die Funktionalität beeinträchtigen). Hierbei spielen sensorische Beeinträchtigungen bzw. erhaltene Sensorik eine wichtige vermittelnde Rolle. Sensorisch beeinträchtigte und neurotisch geneigte Personen unterliegen einem schnelleren Niedergang. Bei sensorisch unbelasteten Personen dagegen können funktionale Einbrüche vermehrt neurotische Reaktionen zur Folge haben. Es empfiehlt sich zu lernen, sich den Veränderungen gut anzupassen und neurotischen Reaktionen zu widerstehen.

Quelle: Wettstein, M., Wahl, H.-W., Heyl, V. (2018). Four year reciprocal relationships

between personality and functional ability in older adults with and without sensory impairment: focus on neuroticism and agreeableness. *Aging & Mental Health*, 22(6), 834-843

Schlagworte: Persönlichkeit, Autonomie, Aktivitäten des täglichen Lebens, Sensorik

(6) Tatkraft und ein ruhiges, reifes Temperament gelten als schützende Faktoren gegen früh einsetzende Demenz

Ziel/Hintergrund: Die Persönlichkeitsmerkmale ‚hohe Sorgfalt‘ und ‚niedriger Neurotizismus‘ gelten als günstige Voraussetzung für ein gesundes Altern insgesamt. Ein ruhiges Temperament (geringer Neurotizismus) und eine ziel- und sinnorientierte Disposition (Sorgfalt) gehen mit Lebensweisen einher, die Risiken minimieren und Resilienz fördern. ‚Hohe Sorgfalt‘ geht mit weniger Depressivität, Diabetes, Bluthochdruck und Schlaganfallwahrscheinlichkeit einher und scheint ein schützender Faktor gegen Demenz zu sein. ‚Niedriger Neurotizismus‘ gilt allgemein als schützender Faktor gegen eine ganze Reihe chronischer Erkrankungen, da eine geringe Angstbereitschaft eine gute Stressregulation mit sich bringt mit einer insgesamt niedrigeren Produktion körpereigenen Cortisols.

Diese Zusammenhänge zwingend zu belegen ist schwierig, da hoher Neurotizismus und geringe Sorgfalt auch als frühe erste Symptome einer beginnenden kognitiven Störung gelten (Prodromalsyndrom). Also: sind sie (Mit)Ursache oder Folge der Demenz?

Die Hypothese lautet: Genannte Persönlichkeitsmerkmale gelten als Risikofaktoren für eine beginnende kognitive Störung Jahre später. Zudem wird untersucht, ob der sozioökonomische Status in der Jugend die Bedeutsamkeit bestimmter Persönlichkeitsmerkmale mitbestimmt.

Methoden: Vorliegende Studie nutzt Daten aus Erhebungen zu Persönlichkeitsmerkmalen von Schülern aus den USA aus dem Jahr 1960 und vergleicht sie mit Daten zu kognitiven Störungen aus dem Zeitraum 2011-2013. Anlässlich dieser Erstuntersuchung wurden u.a. Persönlichkeitsmerkmale erhoben. Für die Referenzperiode 2011 bis 2013 wurde für eine repräsentative Wahrscheinlichkeitsstichprobe kognitive Veränderungen erhoben. Weitere Basisdaten wurden überprüft, darunter auch der sozioökonomische Status.

Resultate: Die Teilnehmer der Erstuntersuchung (damals durchschnittlich 15,8 Jahre alt) waren zum Zeitpunkt der Zweituntersuchung durchschnittlich 69,5 Jahre alt. 3,1% (n=2543) wiesen im Abstand von nun 54 Jahren eine Demenz auf. Personen, die zur Erstuntersuchung das Persönlichkeitsmerkmal ‚Tatkraft‘ (‚vigor‘: zum Merkmal

Extrovertiertheit zählend) aufwiesen, zeigten sich vergleichsweise seltener kognitiv verändert – unabhängig von irgendeiner Variablen wie z.B. sozioökonomischer Status. Hohe Tatkraft scheint damit einen unabhängigen protektiven Faktor zu bilden.

Weitere protektive Merkmale lauten ein ruhiges und reifes Temperament (geringer Neurotizismus). Beide bilden die stärksten Faktoren eines Clusters, das zudem soziales Feingefühl (Empathie), Sauberkeit und Ordnung, (Sorgfalt) sowie Kultur (eine der Kunst und Wissenschaft zugeneigte Persönlichkeit: Offenheit) umfasst. Diese Merkmale machen eine anpassungsfähige Persönlichkeitsstruktur aus, die insgesamt ein schützender Faktor gegen später einsetzende Demenz bildet. Allerdings ist dieses Cluster abhängig vom sozioökonomischen Status, will heißen: Weisen Jugendliche dieses Cluster auf in einer Umwelt ohne ökonomischen und familiären Stress (keine Armut, Drogen und Alkohol etc.), dann ist es schützend, ist der Status dagegen schlecht, spielt dieser Persönlichkeitscluster eine geringere Rolle.

Diskussion: Tatkraft sowie ein ruhiges und reifes Temperament zusammen mit einem guten sozioökonomischen Status reduzieren die Wahrscheinlichkeit einer Demenzerkrankung im Abstand von 54 Jahren. Diese Merkmale bedeuten, dass Menschen in der Regel ziel- und sinnorientiert leben, aktiv ihr Leben in die Hand nehmen, sozial und beruflich Erfolg vorweisen und Stress gut regulieren können. Hirnorganisch wird besonders der letzte Faktor ausschlaggebend sein, da ein hohes Niveau von Stresshormonen eine Dauerbelastung für gutes neurologisches Funktionieren darstellt. Ein guter sozioökonomischer Status in der Kindheit und Jugend verspricht vergleichsweise gute Chancen, diese Merkmale zu verstetigen.

Einschränkend weisen die Autoren darauf hin, dass die Studie sich auf vergleichsweise frühe Demenzerkrankungen bezieht und damit offenbleibt, inwieweit diese Merkmale für eine im sehr hohen Alter einsetzende Demenz noch eine Rolle spielen.

Quelle: Chapman, B., Huang, A., Lapham, S., et al. (2019). Association between high school personality phenotype and dementia 54 years later in results from a national US sample. *Jama Psychiatry*, doi:10.1001/jamapsychiatry.2019.3120

Schlagworte: Persönlichkeit, Demenz, Risikofaktoren

Vgl.: Sutin, A., Stephan, Y. et al. (2019). Five-factor model personality traits and cognitive function in five domains in older adulthood. BMC Geriatrics, 19:343, <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1362-1>

Vorliegende Studie befasst sich mit der Frage, welche Persönlichkeitszüge für welche kognitive Funktionen bedeutsam sind. Unterschieden werden die Dimensionen: Ereignisgedächtnis, Aufmerksamkeit (Exekutivfunktionen), visospaziale Fähigkeiten (Konstruktion), Wortflüssigkeit sowie numerische Fähigkeiten. 3496 Teilnehmende, eine Teilgruppe aus einer größeren Studie, konnten herangezogen werden. Durchgehend erweist sich ein hoher neurotischer Anteil (z.B. Ängstlichkeit) negativ für alle kognitiven Bereiche. Ähnlich wenn auch nicht so ausgeprägt verhält es sich mit den Merkmalen Offenheit und Sorgfalt. Ein hoher extrovertierter Anteil kommt der Aufmerksamkeit und der Wortflüssigkeit zugute, hohe Verträglichkeit verbessert alle Bereiche außer numerische Fähigkeiten. Insgesamt erweisen sich Persönlichkeitsmerkmale für die kognitiven Bereiche ‚Aufmerksamkeit‘ (Exekutivfunktionen) und ‚Wortflüssigkeit‘ bedeutsamer als für alle anderen kognitiven Bereiche.

Die Zusammenhänge zwischen Persönlichkeit und Kognition sind kaum vom sozioökonomischen Status oder psychischen Erkrankungen abhängig.

Sorgfalt geht damit einher, auch schwierige Aufgaben erfolgreich zu bewältigen und sich anzustrengen. Offenheit geht mit geistiger Beweglichkeit und Interesse und damit in der Regel mit einer höheren Bildung einher. Geringer Neurotizismus bedingt weniger Stress, weniger Depressivität und bessere neurotrophischen Faktoren (Nervenwachstum). Alle drei tragen zu einer höheren kognitiven Reservebildung bei.

(7) Fallbesprechungen erweisen sich bei herausforderndem Verhalten als beste Methode

Ziel/Hintergrund: Die Studienlage zum Umgang mit herausforderndem Verhalten von Menschen mit Demenz bleibt unbefriedigend und nicht ganz eindeutig. Auf der Ebene der Pflegenden sind es am ehesten Schulungen und Techniken aus der problemlösenden Verhaltenstherapie, auf der Ebene der Klienten zumeist individualisierte/ personalisierte Interventionen, die sich als hilfreich erwiesen haben. Vorliegende Studien aus Norwegen stellen ein systematisches Verfahren vor, Verhalten zu erfassen (1), in einer strukturierten Fallbesprechung zu reflektieren, problemlösende Ansätze zu entwickeln (2) und zu implementieren und auszuwerten (3). Dies wird durch ein interdisziplinäres Team durchgeführt mit dem Ziel, pharmakologische und pflegerische Möglichkeiten zu integrieren. Ein umfassendes Manual (TIME: in etwa – zielorientiertes interdisziplinäres Modell zur Evaluation und Behandlung neuropsychiatrischer Symptome) wurde entwickelt, um alle drei Schritte genau erfassen und beforschen zu können.

Zentrale Fragen lauten: Reduziert das Verfahren demenzbedingte Agitiertheit und ist es gut durchführbar? Stärkt es das Selbstvertrauen und die Kompetenz der Pflegenden? Welche Umgebungsfaktoren in einer stationären Einrichtung hemmen oder fördern die Implementierung?

Beschreibung der Intervention: In einer ersten Phase werden Assessments durchgeführt, um Verhalten und Befindlichkeit genau zu beschreiben. Art und Schwere der Demenz, Depressivität, Komorbiditäten, Schmerzen, Selbstpflegefähigkeiten und weitere Dimensionen werden strukturiert vom behandelnden Arzt und Pflegenden erfasst.

Im Rahmen einer strukturierten Fallbesprechung werden die Ergebnisse vorgestellt, eine Problemliste erarbeitet, diese priorisiert und in fünf Spalten bearbeitet: Fakten, Deutungen, Gefühle der Pflegenden, Handlungsoptionen, Auswertung. Vorzugsweise sollen spezifische, messbare, realistische Ziele und Maßnahmen mit Zeitangaben geplant werden.

In einem dritten Schritt werden die Ergebnisse dieser Planungen mit ebendenselben Instrumenten aus der Phase 1 erhoben.

Neben einer allgemeinen Schulung für die Mitarbeiter*innen treten zusätzliche

Schulungen für einige ausgewählte Personen, die den Implementierungsprozess begleiten und z.B. zu Beginn des Prozesses die Basisdaten erheben (sogenannte ‚Time Administrators‘). Letztere stehen im häufigen Kontakt zum Forschungsteam während des Gesamtprozesses.

Methoden: Verglichen werden Daten von Einrichtungen, die das Verfahren einführen (Interventionsgruppe), mit Daten von Einrichtungen, bei denen die Mitarbeiter*innen eine minimale Schulung zu neuropsychiatrischen Symptomen erhalten haben. Daten wurden zu Beginn, nach 8 und nach 12 Wochen erhoben. Weiterhin werden Protokolle der Fallbesprechungen herangezogen, einige Fokusinterviews geführt (Leitungen, Time Administratoren, Pflegende) und Checklisten bezüglich der Implementierung des Verfahrens (‚Fidelity‘) genutzt. Abschließend werden Fragebögen an beteiligte Pflegende ausgegeben, um zusätzliche Daten zur Implementierung zu gewinnen. Maßgebliche Dimensionen dafür sind: Verbreitungsgrad (Reach), Wirksamkeit (Efficacy), Annahme (Adoption), Umsetzung (Implementation) und Nachhaltigkeit (maintenance).

Beschrieben wird die Zufallsverteilung, die Instrumente der Datenerhebung, die Verblindung der auswertenden Fachleute, die primären und sekundären Outcomes sowie die qualitative und quantitative Datenbearbeitung.

Resultate: Erste Ergebnisse wurden in der Studie von 2018 vorgestellt: Die Interventionsgruppe umfasst 104 Patienten in 17 Altenheimen, die Kontrollgruppe 125 Patienten in 16 Altenheimen. Bezüglich der Ausgangsdaten handelt es sich um miteinander vergleichbare, also homogene Gruppen. In beiden Gruppen verringerte sich Agitiertheit nach 8 und 12 Monaten, in der Interventionsgruppe aber etwas mehr als in der Kontrollgruppe. Unterschiedliche Instrumente ergaben unabhängig voneinander einen hervorgehobenen Effekt für die Interventionsgruppe. Ähnlich positive Befunde konnten für Depressivität und Lebensqualität erwiesen werden. Insgesamt blieben die Effekte im geringen bis moderaten Bereich, allerdings mehr, als bislang in vergleichbaren Studien gezeigt werden konnte. Die Autoren rätseln ein wenig über die deutlichen Verbesserungen auch in der Kontrollgruppe und vermuten, dass die regelmäßigen Messungen einen indirekten Effekt auf den Umgang und damit auf das herausfordernde Verhalten gehabt haben könnten.

In einer weiteren Studie 2019 wurden Ergebnisse der Prozessevaluation vorgestellt.

Dabei konnte ein hoher Durchdringungsgrad, eine hohe Annahme und Nachhaltigkeit der Intervention erwiesen werden. Besonders bedeutsam für die Akzeptanz: es handelt sich um ein leicht verständliches Verfahren, das jedem unmittelbar einleuchtet. Der organisationale Kontext ist entscheidend dafür, wieviele Personen an dem Verfahren beteiligt sind und wie oft das Verfahren zum Einsatz kommt. Mitarbeiter*innen aus der Interventionsgruppe berichteten, mehr spezifisches Wissen im Umgang mit einzelnen Personen gewonnen zu haben. Dies führten sie auf die Fallbesprechungen zurück.

Diskussion: Strukturierte Fallbesprechungen auf dem Hintergrund einer sorgfältigen Recherche begünstigen einen im Team geteilten Lernprozess, bei dem Teammitglieder genauer und zielgerichteter mit einzelnen Klienten umgehen können und sich gegenseitig unterstützen, dieses Wissen immer wieder anzupassen und zu nutzen. Die Autoren sprechen von einem gemeinsamen, situationsspezifischen, lokalen Wissen, das präzise auf die gegebenen Alltagssituation passt. Unterstützung durch das Management erwies sich entscheidend dafür, in welchem Umfang an dieser Praxis festgehalten werden konnte. Für den Reflektions- und Lösungsprozess in den Teams waren die ‚Time Administrators‘, also Fachpflegende mit einer besonderen Ausbildung für die Begleitung der Teams, wichtig für den Erfolg. In anderen Studien werden sie als ‚Veränderungsagenten‘ (change agents, change champions) bezeichnet. Besonders hervorzuheben ist des Weiteren die Arbeit mit einem Manual, das die Handlungsschritte präzise vorgibt, sowie die Kontrollierbarkeit und Nachhaltigkeit erhöht.

Das Manual hätte eine Übersetzung ins Deutsche verdient.

Quellen: Lichtwarck, B., Selbaek, G., Rokstad, A.-M. et al.

(2016). TIME – Targeted interdisciplinary model for evaluation and treatment of neuropsychiatric symptoms: protocol for an effectiveness-implementation cluster randomized hybrid trial. *BMC Psychiatry*, 16:233, DOI 10.1186/s12888-016-0944-0

(2018). Targeted interdisciplinary model for evaluation and treatment of neuropsychiatric symptoms: a cluster randomized controlled trial. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(1), 25-38

(2019). TIME to reduce agitation in persons with dementia in nursing homes. A process evaluation of a complex intervention. BMC Health Services Research (2019) 19:349, <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4168-0>

Link zum TIME Manual unter: <https://tidmodell.no/time-english-version/>

Schlagworte: Demenz, herausforderndes Verhalten, Assessment

Vgl.: Halek, M., Reuther, S., et al. (2020). Dealing with the behaviour of residents with dementia that challenges: A stepped-wedge cluster randomized trial of two types of dementia-specific case conferences in nursing homes (FallDem). International Journal of Nursing Studies, doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103435

Die deutsche Studie untersucht, ob ein standardisiertes, analytisches Vorgehen in Fallkonferenzen zu besseren Ergebnissen führt als nicht-standardisierte Fallkonferenzen. Zwei Modelle werden über einen längeren Zeitraum in beteiligten Pflegeheimen implementiert und die Ergebnisse verglichen.

Insgesamt führten beide Modelle nicht zu substantziellen Verbesserungen bezüglich herausfordernden Verhaltens. Einige Effekte bezüglich Apathie und Essstörungen werden für das standardisierte, Effekte auf Halluzinationen und Wahn für das nicht-standardisierte Vorgehen beschrieben. Zusammenfassend zeigen sich im Ergebnis nur minimale Unterschiede zwischen beiden Vorgehensweisen. Sekundär konnte eine Reduktion von Burnout im standardisierten Vorgehen plausibel gemacht werden. Im Unterschied zu dem vorgestellten Modell aus Norwegen ist in beiden deutschen Modellen eine interdisziplinäre Vorabklärung unter Beteiligung eines Arztes nicht vorgesehen, da unter deutschen Rahmenbedingungen nicht möglich. Zudem sind die Populationen der deutschen und norwegischen Studie nicht vergleichbar (unterschiedliche Ausgangsbedingungen).

Wo immer in der Studie Elemente der Intervention direkt vom Forschungsteam begleitet und unterstützt wurden zeigte sich deutlich mehr Erfolge ab als bei den Elementen, bei denen dies nicht der Fall war. Dies lässt einen hohen Begleitungsaufwand vermuten, wenn Fallbesprechungen erfolgreich zu implementieren sind.

(8) Mit Zunahme der Demenz wird Traurigkeit erst mit verbaler, dann mit physischer Aggression zum Ausdruck gebracht

Ziel/Hintergrund: Herausforderndes Verhalten bei Demenz hat verschiedene Ursachen, die es zu kennen gilt, will man das Verhalten beeinflussen. Verschiedene Studien haben einen Zusammenhang zwischen Traurigkeit und (physische und/oder verbale) Aggression ermittelt und verschiedene Hypothesen aufgestellt: Depressivität ist die eigentliche Ursache der Aggressivität; Depression geht einher mit Aggressivität, aber nur dann, wenn die Person mit Demenz unter Schmerzen leidet oder die pflegende Person ein hohes Belastungserleben aufzeigt; die Demenz ist direkt für die Depressivität und in der Folge für die Aggression verantwortlich; Aggressionen zeigen eine schlechte Beziehungsqualität an, die Traurigkeit und Depressivität nach sich zieht. Die Schwere der kognitiven Beeinträchtigung und der wachsenden Abhängigkeit könnten zunehmende Konflikte nach sich ziehen und zur Aggressivität beitragen. Ist man dagegen gut mit anderen verbunden, dann erhöht sich die Lebensqualität und wird Traurigkeit weniger wahrscheinlich.

Vorliegende kanadische Studie geht von letzter Hypothese aus und untersucht, wie sich die Assoziation zwischen Aggression und Traurigkeit verändert abhängig von der Art der Aggression (physisch/psychisch) und dem Schweregrad der Demenz.

Methoden: Es handelt sich um eine klinische Querschnittsstudie, die klinische Daten (Resident Assessment Instrument) von 5001 Heimbewohnern mit einer Demenzdiagnose aus der Provinz Ontario heranzieht.

Resultate: Die Schwere der kognitiven Beeinträchtigung, nicht aber die Abhängigkeit wirkt sich auf den Zusammenhang zwischen Aggression und Traurigkeit aus – aber nur in Bezug auf täglich vorkommende physische Aggression, konkret: Personen mit schwerer kognitiver Beeinträchtigung und (täglich) physischer Aggressivität sind häufiger traurig als diejenigen, die physisch nicht aggressiv sind.

Unabhängig von der Schwere der kognitiven Beeinträchtigung sind die Personen eher traurig, die sich mehrfach in der Woche (4-6-mal) verbal aggressiv verhalten. Dies gilt nicht aber für diejenigen, welche täglich verbal aggressiv sind.

Zusammenfassend: Am ehesten traurig sind Personen mit moderater und schwerer Demenz, die zwischen 4-6-mal in der Woche verbal, sowie für diejenigen, die täglich

physisch aggressiv sind.

Diskussion: Im Falle der vermehrten physischen Aggressivität und Traurigkeit bei schwerer Demenz wird davon ausgegangen, dass die Personen ihre Frustration nicht mehr verbal, sondern nur non-verbal zum Ausdruck bringen können. Personen mit moderater Demenz reagieren im Fall von Konflikten eher gelegentlich verbal aggressiv. Warum dies nicht für Personen gilt, die täglich verbal aggressiv sind, erklären die Autoren nicht.

Die Autoren empfehlen, Personen mit verbaler und/oder physischen Aggressivität zu identifizieren und diese mit einer besonders ausgewogenen, empathischen Form der Interaktion und Kommunikation anzugehen.

Zwar erbringen die Autoren keinen Beweis für ihre Hypothese, sehen sich aber in der Plausibilität der Annahme bestätigt, dass die Traurigkeit sich bei moderater Demenz eher in verbaler, bei schwerer Demenz eher in physischer Aggressivität zum Ausdruck bringt und damit zusammenhängt, dass Bedürfnisse immer schlechter benannt werden können bzw. identifiziert werden.

Quelle: O'Rourke, H., Fraser, K., Duggleby, W. (2020). Differential Association of Aggression With Sadness for People With Moderate and Severe Dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 13, 1-7

Schlagworte: Demenz, herausforderndes Verhalten, Aggression, Traurigkeit

(9) Große integrierte Bereiche weisen eine vergleichsweise geringfügig bessere Lebensqualität auf

Ziel/Hintergrund: In der Forschung besteht ein weitgehend geteilter Konsens, dass das physische und soziale Milieu einen weitgehenden Einfluss auf die Lebensqualität von Menschen mit Demenz ausübt. Es wird angenommen, dass kleine segregative Milieus (8-12 Bewohner/Mieter) mit einem familiären Milieu positiv auf die Lebensqualität auswirken, u.a. weil die dort Pflegenden mehr Toleranz gegenüber abweichenden Verhalten an den Tag legen, mehr Körperkontakte initiieren und mehr Zeit für strukturierte, angepasste Aktivitäten zur Verfügung stehen. Dahingehende Untersuchungen zeigen allerdings widersprüchliche Resultate: ein überzeugender Nachweis für die Überlegenheit dieser Versorgungsform fehlt.

Vorliegende Studie aus Deutschland untersucht, ob Lebensqualität von Menschen mit schwerer Demenz mit einer bestimmten Versorgungsumgebung zusammenhängt. Daten von vier Gruppen (groß integriert, groß segregativ, klein integriert, klein segregativ) werden in Hinblick auf Daten zur Lebensqualität miteinander verglichen. ‚Groß‘ gilt eine Wohneinheit mit mehr als 15 Bewohnern, klein eine Gruppe mit bis zu 15 Bewohnern.

Methoden: Beschrieben werden Zugangs- und Ausschlusskriterien, Erhebungsinstrumente für Lebensqualität, Demenzschwere, Funktionalität und Selbstpflegefähigkeiten, neuropsychiatrische Symptomatik sowie einige weitere Datenebenen. Lebensqualität wird anhand einer retrospektiven Einschätzung durch die vor Ort von Pflegenden, die eine eintägige Einweisung in das Assessmentinstrument QUALIDEM erhalten haben, eingeschätzt. Es handelt sich um eine Langzeitstudie von 2 Jahren.

Resultate: Insgesamt konnten Daten von 134 Wohn-/Pflegebereichen und 1368 BewohnerInnen herangezogen werden. 31 Einrichtungen nahmen 3x teil, 39 2x und 64 nur 1x.

Bedeutsame Unterschiede zur Lebensqualität konnten nicht festgestellt werden. Die Gruppe ‚groß integriert‘ schnitt vergleichsweise am besten ab, wobei die Unterschiede insgesamt klein blieben. Im Laufe der Zeit wies die Gruppe ‚klein segregativ‘ die größte

negative Differenz, die Gruppe ‚groß integriert‘ die größte positive Differenz in Bezug auf Lebensqualität auf.

Kleine Heime weisen insgesamt niedrigere Werte für Lebensqualität auf als große. Für alle gilt: mit der Zunahme neuropsychiatrischer Symptome und Abnahme von Funktionalität und Selbstständigkeit sinkt die Lebensqualität. BewohnerInnen, die länger in einer Einrichtung leben (mehr als 3 Monate) weisen eine höhere Lebensqualität auf als diejenigen, die erst kürzlich eingezogen sind.

Diskussion: Die Unterschiede zwischen den vier Gruppen bleiben klein, die Pflegeumgebung und ihre Konzepte machen keinen großen Unterschied. In großen integrierten Bereichen weisen BewohnerInnen mit der Zeit eine höhere Lebensqualität auf. Insgesamt kann die Studie nicht bestätigen, dass kleine segregative Bereiche eine höhere Lebensqualität bieten als große integrierte. Die Autoren überlegen, dass Haltung und Bildung der Mitarbeiter wohlmöglich einen größeren Effekt auf Lebensqualität haben als Milieu und Konzept. Dies zu belegen ist allerdings schwierig. Ob weitere arbeits- und organisationbezogene Faktoren diese Resultate erklären können, bleibt offen.

Die Autoren weisen auf verschiedene Begrenzungen der Studie hin: die Studie ist exploratorisch, legt Zusammenhänge aber keine Kausalbeziehungen nahe. Viele Einrichtungen haben im Verlauf die Studie verlassen, so dass nur Daten von 154 (3 Erhebungen) und 352 (2 Erhebungen) Bewohnerinnen herangezogen werden konnten. Weiterhin ist zu überlegen, ob QUALIDEM geeignet ist, Zusammenhänge zwischen Lebensqualität und Milieu aufzuspüren.

Quelle: Palm, R., Truschel, D., Holle, B. et al. (2019). Quality of life in people with severe dementia and its association with the environment in nursing homes: an observational study. *The Gerontologist*, 59(4), 665-674

Schlagworte: Demenz, Milieu, Lebensqualität, Beobachtungsstudie

(10) Gruppenangebote tragen wesentlich zur Lebensqualität von HeimbewohnerInnen mit Demenz bei

Ziel/Hintergrund: Menschen mit Demenz in Heimen verbringen die meiste Zeit alleine, immobil und ohne Beschäftigung. Dies beeinträchtigt Lebensqualität und Funktionalität negativ und mündet mitunter in herausforderndem Verhalten. Teilnahme an aktivierenden Gruppen bringt viele positive Wirkungen hervor, wobei der wichtigste wohl die soziale Interaktion darstellt. Ob Menschen mit Demenz an Gruppen teilnehmen und dort engagiert sind, hängt ab von der Person (Kognition, Funktionalität, Sensorik), dem angebotenen Inhalt (Stimulus) sowie diversen Umgebungsfaktoren (Tageszeit, Ort der Aktivität, Zusammensetzung und Größe der Gruppe).

Die beiden vorgestellten Veröffentlichungen entstammen einer gemeinsamen Studie. Die eine (2018) untersucht Faktoren, welche die Teilnahme bestimmen (wie häufig, wie lange, bei welchem Stimulus), die andere (2020) geht der Frage nach, wie sich Umgebung und Charakteristika der Gruppe auf Stimmung, aktive Teilnahme (engagement) und Müdigkeit/Schläfrigkeit auswirken.

Methoden: Es handelt sich um eine US-amerikanische Studie mit teilnehmenden Heimbewohnern aus 6 Bereichen einer Einrichtung. Beschrieben werden die Einschluss Kriterien, das Vorgehen in der Datensammlung und Beobachtung. Drei Mitarbeiter der Betreuung führten über 3-4 Monate hinweg 10 verschiedene Gruppenaktivitäten zweimal durch, insgesamt 20 Sitzungen a 30 Minuten. Die Aktivitäten waren allgemein gehalten und nicht spezifisch auf einzelne Teilnehmenden ausgerichtet. Sie umfassten: Chorsingen, Backen, Geschichten erzählen, Vorlesen mit anschließendem Gespräch, kognitiv anregende Sitzungen (Gedächtnistraining), aktive Übungen (z.B. mit dem Ball), Erinnerung und Gespräche über Ferien.

In der Studie 2018 beschrieben und bewerteten Mitarbeiter der Betreuung anschließend die Aktivität, Art und Länge der Teilnahme einzelner Teilnehmender sowie Gründe für partielle Teilnahme.

In der Studie 2020 wurde beschrieben die Tageszeit und der Ort der Aktivität, Einschätzung von Hintergrundgeräuschen, Licht und Temperatur. Die wichtigsten Ergebnisparameter waren engagierte Teilnahme, Stimmung und Schlaf/Schläfrigkeit.

Resultate: Studie 2018: die meisten Aktivitäten finden im Wohnzimmer bzw. im Speiseraum statt. Die Aktivitäten sind über den Tag etwas gleich verteilt (4 Zeiträume: vor 10:30, nach 10.30, ab 13:00 und ab 14:30). Die Teilnahmehäufigkeit lag bei ca. 61%, die durchschnittliche Anzahl von besuchten Sitzungen pro Bewohner lag bei 12,16 (SD 5,69). Nur in etwa zu 10% lehnten Teilnehmende die Teilnahme rundweg ab. Ablehnende Teilnehmende wiesen vergleichsweise höhere kognitive Fähigkeiten, weniger funktionale Einschränkungen und bessere Mobilität auf. Insgesamt gab es am Nachmittag mehr Ablehnungen als am Vormittag. Gründe für die Nicht-Teilnahme bildeten konkurrierende Aktivitäten, Abwesenheit, Schlaf oder Besuch. In der Mehrzahl nahmen die Teilnehmenden an der ganzen Sitzung teil; wenn nicht, lag dies am Zuspätkommen. Durchschnittlich kamen 3,54 weitere BewohnerInnen spontan hinzu.

Studie 2020: Temperatur und Licht machten für die Teilnahme keinen Unterschied. Aktivitäten außerhalb des Wohnbereichs wurden weniger gerne besucht als Aktivitäten im Wohnbereich selbst. Die Anzahl der Teilnehmenden betrug durchschnittlich 10,68 (SD 2,96). Personen mit besserem kognitivem Status nahmen vergleichsweise engagierter teil, zeigten eine bessere Stimmung und waren weniger schläfrig. Störende Hintergrundgeräusche beeinträchtigten die aktive Teilnahme und führten zu mehr Schläfrigkeit. Positive Stimmung kam vergleichsweise eher am Nachmittag (14:30 bis 16:00) als am Vormittag auf. Am Vormittag schliefen Teilnehmende vermehrt.

Diskussion: Insgesamt zeigt die rege Teilnahme, dass ein Bedarf für Gruppen dieser Art besteht. Der Inhalt dieser Aktivitäten ist vergleichsweise weniger wichtig. Alle Tageszeiten werden in etwa gleich gut angenommen. Singen, Gespräche, Gedächtnistraining und körperliche Übungen weisen vergleichsweise die meisten Teilnehmenden auf. Die Durchführung der Aktivität im Wohnbereich dagegen lädt BewohnerInnen eher ein, an der Aktivität teilzunehmen. Nichtteilnahme hat zumeist mit äußeren Gründen (z.B. Besuch) zu tun und weniger mit Ablehnung der Inhalte. Außerhalb dieser Gruppenaktivitäten fanden sich vornehmlich passive Verhaltensweisen: Schlafen und Warten. Herausforderndes Verhalten während der Gruppenaktivität konnten kaum beobachtet werden.

Hintergrundgeräusche sollten möglichst vermieden werden, z.B. das Brummen von

Getränkeautomaten oder Staubsauger: die vermehrte Schläfrigkeit legt nahe, dass sich BewohnerInnen dann aus der Situation ausklinken. Es wird empfohlen, der Gestaltung von geschützten Aufenthaltsräumen mehr Aufmerksamkeit zu schenken.

Am Nachmittag zeigten sich die Teilnehmenden weniger müde und besserer Stimmung. In einer anderen Studie fand sich am Nachmittag auch mehr und besseres Engagement und Aufmerksamkeit. Die Gruppengröße scheint aktive Teilnahme und Stimmung weniger zu beeinflussen. Allerdings: in großen Gruppen („Backen“) konnte einigen nicht gut beigestanden werden, in sehr kleinen Gruppen gibt es wenig Beiträge, so dass die Energie schnell erlahmt.

Personen mit besserem kognitivem und funktionellem Status sind vergleichsweise aktiver dabei – unabhängig vom Inhalt der Aktivität.

Die Studie belegt, dass Gruppenangebote einen wesentlichen Beitrag für die Lebensqualität von BewohnerInnen leisten. Wichtig ist es, in diesen Gruppen soziale Zugehörigkeit zu vermitteln, die Aktivitäten leicht zugänglich und nahe bei zu veranstalten, auf störende Geräusche zu achten, die Gruppen weder zu klein noch zu groß werden zu lassen. Die Gruppengröße von 10 Teilnehmenden hat sich insgesamt bewährt.

Quelle: Cohen-Mansfield, J. (2020). The impact of environmental factors on persons with dementia attending recreational groups. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 35, 141-146

Cohen-Mansfield, J., Jensen, B. (2018). Attendance in recreational groups for persons with dementia: the impact of stimulus and environmental factors. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 33(7), 471-478

Schlagworte: Demenz, Gruppenangebote, Heim, Milieu, aktive Teilnahme

(11) Moderate hauswirtschaftliche Aktivitäten beizubehalten hat einen verzögernden Effekt auf die Demenzentwicklung

Ziel/Hintergrund: Physische Aktivitäten gelten als eine Möglichkeit, den Beginn bzw. den Verlauf kognitiver Störungen zu verzögern oder zu verringern. Unklar ist allerdings, welche Art von körperlicher Aktivität und in welcher ‚Dosis‘ sich als förderlich erweist. Vorliegende Studie untersucht eben diese Fragen und vergleicht haushaltsbezogene Alltagsaktivitäten mit Freizeit und Sportaktivitäten.

Methoden: Es handelt sich um eine Auswahl von Teilnehmenden aus einer größeren Gruppe von Personen, die 65 Jahre oder älter sind, nicht an Demenz leiden und in eigener Häuslichkeit leben. Diese zwischen 1999 und 2001 gewonnene Gruppe wurde nach 2, 4, 7, 10, 12, und 15 Jahren einer umfassenden Untersuchung unterzogen. Anhand eines Fragebogens wurden Daten zu Art und Umfang körperlicher Aktivität (Haushalt, Freizeit, Sport) gewonnen.

Resultate: Insgesamt konnten 1550 Personen aus zwei Regionen in Frankreich einbezogen werden. Im Laufe der Nachfolgeuntersuchungen erkrankten 117 Personen an Demenz. Diese wiesen zumeist eine oder mehrere Risikofaktoren (APOE e4 Allel, Diabetes, zerebrovaskuläre Erkrankungen und depressive Symptome) auf. Eine dosisabhängige Korrelation zwischen Aktivitätstyp und Demenz konnte ermittelt werden: bis zu einem gewissen Wert nahm die Wahrscheinlichkeit einer Demenzerkrankung ab, wenn die Personen üblichen haushaltsbezogenen Aktivitäten nachkamen (signifikant). Bei sportlichen oder freizeitbezogenen Aktivitäten konnte dies nicht festgestellt werden (nicht-signifikant).

Diskussion: Übliche leichte bis schwere Hausarbeit wie z.B. Essen zubereiten, Spaziergehen, Einkäufe machen, Treppen steigen erweisen sich als hilfreicher für die Verzögerung einer Demenz als Freizeit- und Sportaktivitäten. Der Effekt reduziert sich, wenn diese Aktivitäten in einem Übermaß durchgeführt werden (Vermutung: Überforderung, zu hoher Bluthochdruck). Insgesamt entspricht dieser Befund der Vorstellung, dass die Aufrechterhaltung bisheriger Aktivitäten in einem moderaten Umfang die beste bewegungsbezogene Prophylaxe gegen Demenz darstellt.

Die Stärken dieser Befunde liegen in dem multizentrischen, langzeitbezogenen Design

der Studie, dem geringen Teilnehmerschwund sowie der hohen Qualität der Demenzdiagnostik.

Quelle: Dupre, C., Bongue, B. et al. (2020). Physical activity types and risk of dementia in community-dwelling older people: the Three-City cohort. *BMC Geriatrics*, 20: 132, <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01538-3>

Schlagworte: körperliche Aktivität, Demenz, Risikofaktor

Vgl.: Law, L., Mok, V., Yau, M. (2019). Effects of functional tasks exercise on cognitive functions of older adults with mid cognitive impairment: a randomized controlled pilot trial. *Alzheimer's Research & Therapy*, 11:98,

<https://doi.org/10.1186/s13195-019-0548-2>

Ein aktiver Lebensstil mit geistig anregenden Aktivitäten wirkt sich positiv auf Beginn und Verlauf einer Demenz aus. Vorliegende Studie vergleicht den Effekt eines Programms, das funktionale Alltagsaktivitäten trainiert, mit Effekten rein kognitiv angelegter oder rein körperlich angelegter Trainingseinheiten. Die Autoren rechnen damit, dass sich körperliche und kognitive Aufgaben wechselseitig positiv beeinflussen. Das Programm besteht darin, Tische mit Geschirr und Besteck ein- und wieder abzudecken mit zunehmend komplexer werdenden Anforderungen, z.B. die Dinge in eben genau der Reihenfolge abzudecken, mit der man sie eingedeckt hat. Die genaue Abfolge dieser Aufgaben wird neuropsychologisch im Einzelnen begründet: bestimmte körperliche Aktivitäten regen spezifische Hirnaktivitäten aus, auf die wiederum komplexere Aufgaben aufbauen können. (Plastizität, Zusammenhänge zwischen kognitiven und motorischen Hirnbereichen) Die Interventionen in allen drei Gruppen (+ eine Kontrollgruppe) wurden in 12 Sitzungen über einen Zeitraum von 8 Wochen mit einer jeweiligen Dauer von 30-40 Minuten durchgeführt. Im Ergebnis zeigt sich das Programm alleiniger kognitiver oder körperlicher Übungen weit überlegen. Die Autoren reflektieren, dass das Programm eine höhere Motivation für die Teilnehmenden mit sich brachte und der enge Zusammenhang kognitiver und physischer Aufgaben einen additiven Effekt aufwies. Im Detail begründet sie, wie körperliche Übungen auch kognitive Anstrengungen erfordern und umgekehrt, wie die Aufgaben das Sequenzialisieren üben und damit Exekutivfunktionen trainieren helfen.

Vgl.: Sanders, L., Hortobagyi, T., Scherder, E. et al (2020). Effects of low- and high-intensity physical exercise on physical and cognitive function in older persons with dementia: a randomized controlled trial. *Alzheimer's Research & Therapy*, 12:28, <https://doi.org/10.1186/s13195-020-00597-3>

Vorliegende Studie untersucht den Effekt eines physischen Trainingsprogramms für Menschen mit Demenz auf verschiedene kognitive und physische Parameter. Zudem wird der Frage nachgegangen, ob genetische Faktoren (APOE e4 Allel) eine Rolle dabei spielen, ob Effekte und in welcher Stärke sichtbar werden. 91 Personen mit moderater Demenz nahmen an der Studie teil. Die Teilnehmenden nahmen über 12 Wochen an einem niedrig-intensiven und dann über 12 Wochen an einem hoch-intensiven Training teil. Effekte wurden erhoben nach 6, 12, 18, 24 und mit einigem Abstand nach 36 Wochen. Bedeutsame Effekte in der Trainingsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe ließen sich nur für die Schrittgeschwindigkeit nachweisen, die sich kurzzeitig verbesserten, nach 36 Wochen aber nicht mehr nachweisbar waren. Andere Effekte (auf Kognition und physische Parameter) ergaben sich nicht. Ob Personen das APOE e4-Allel aufwiesen oder nicht spielte bei den Ergebnissen keine Rolle.

Zusammenfassend: Hoch oder niedrig intensive physische Trainingseinheiten haben nachhaltige physische oder kognitive Effekte. Die Autoren schlagen diverse Forschungsstrategien vor, um diese Ergebnisse zu überprüfen, z.B. ein Programm, bei dem die Aktivitäten graduell gesteigert werden, mehr nach Art der Demenz differenziert wird, die Integration in ein multi-Komponenten-Programm einen Unterschied macht oder einer mehr gezielte individuelle Ausrichtung auf einzelne Teilnehmende.

(12) Individuell angepasste Interventionen verbessern oder erhalten Funktionalität in der eigenen Häuslichkeit

Ziel/Hintergrund: Aktivitäten und instrumentelle Aktivitäten bilden eine wesentliche Voraussetzung dafür, mit Demenz in der eigenen Wohnung leben zu können. Daher besteht ein Interesse, den Niedergang der damit verbundenen funktionalen Fähigkeiten zu verzögern. Verschiedene Interventionen bieten sich hier an: körperliche Übungs-/Fitness-Programme, Beschäftigungstherapie, Umweltsanierung. Kognitive Trainingsprogramme. Über all diese Möglichkeiten liegen viele Studien mit sehr unterschiedlichen Ergebnissen vor. Vorliegende Studie unterzieht hochwertige Studien aus letzter Zeit zu diesen Interventionen einem Review. Die Fragestellung lautet: Helfen diese Interventionen, den funktionalen Niedergang von Menschen mit Demenz, die in eigener Häuslichkeit leben, zu verzögern?

Methoden: Beschrieben wird die Suchstrategie nach randomisiert kontrollierten Studien, die Einschluss Kriterien und das Verzerrungspotential („risk of bias“).

Resultate: Insgesamt konnten 13 Studien mit einem geringen Verzerrungspotential und einer hohen Studienqualität eingeschlossen werden.

Körperliche Übungs-/Fitnessprogramme

Hierbei schnitten individuelle, auf die Person zugeschnittene und in der eigenen Wohnung eingeübte Programme in Bezug auf Funktionalität besser ab als gruppenbasierte Programme, wenn auch nur in geringem Umfang.

Beschäftigungstherapie

In einer Studie schnitten Teilnehmende vergleichsweise besser ab, wenn sinnvolle Tätigkeiten individuell abgesprochen, an die Fähigkeiten und Defizite angepasst, das Milieu entsprechend umgestaltet und das Programm von Angehörigen unterstützt wurden. In zwei anderen Studien gab es keine Unterschiede zur Vergleichsgruppe.

Multikomponentenansatz

Hierbei kommen verschiedene Interventionen aus allen drei genannten Bereichen zusammen mit Information und Angehörigenarbeit zusammen. Auf die Funktionalität hatte dies keine nennenswerte Auswirkung, in einer Studie schnitten die Teilnehmer der Interventionsgruppe sogar schlechter ab als diejenigen in der Vergleichsgruppe.

Kognitives Training

Erinnerungsarbeit in Gruppen trägt zur Funktionalität nichts bei. In einer komplexen Studie, bei der individuelle Erinnerungsarbeit mit der Person sowie dem Angehörigen geleistet wurde (90 Minuten in einer Woche über 3 Monate hinweg) reduzierte sich die Funktionalität deutlich weniger als in Vergleichsgruppen. In den anderen Studien konnten diese Effekte nicht belegt werden.

Diskussion: Alle Studien, in denen einige Effekte berichtet werden, zeichnen sich dadurch aus, dass sie individuell angepasst, in der Häuslichkeit der Person durchgeführt wurden und Angehörige miteinbezogen (teilweise). Umweltanpassungen spielten dabei immer eine wichtige Rolle. Dergleichen Übungen in Gruppen wirkten sich flächendeckend nicht auf Funktionalität aus. Durchgeführt in der eigenen Häuslichkeit können Merkmale derselben flexibel angepasst, verändert und die Interventionen vor Ort eingeübt werden. Die Person mit Demenz hat dann nicht mehr die Aufgabe, die an einem anderen Ort eingeübten Fähigkeiten auf die eigene Häuslichkeit zu übertragen. Gruppenbezogene Interventionen mögen im Kontext der Heimversorgung angebracht sein, im Feld häuslichen Wohnens sind sie dagegen unwirksam.

Insgesamt passt dieser Befund zu gängigen theoretischen Modellen für die Pflege und Betreuung in eigener Häuslichkeit, die davon ausgeht, dass die individuelle Anpassung und Durchführung vor Ort einen Schlüssel zum (wenn auch geringem) Erfolg darstellen.

Quelle: Scott, I., Cooper, C., Rapaport, P. et al. (2019). Effects of nonpharmacological interventions on functioning of people living with dementia at home: a systematic review of randomized controlled trials. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 34, 1386-1402

Schlagnworte: Aktivitäten, Funktionalität, häusliche Pflege, Demenz

(13) Eine gute Gesprächskultur ist wichtiger als lineare Entscheidungsmodelle bei Ernährungsproblemen von Menschen mit Demenz

Ziel/Hintergrund: Herausforderungen bei der Nahrungsaufnahme bei Menschen mit Demenz sind u.a. Schluckprobleme, Appetitverlust, Speisen nicht als solche zu erkennen bzw. damit nichts anfangen zu können (Exekutivfunktionsstörungen) mit schwerwiegenden Folgen wie z.B. Aspiration, Pneumonie, Fehl- und Mangelernährung, Gewichtsverlust, schlechte Wundheilung. Die Effekte künstlicher Ernährung werden zunehmend kritisch diskutiert, Essenanreichen dagegen führt häufig zu Aspirationen, Verzicht auf Ernährung stellt für Pflegende und Angehörige häufig eine persönliche und ethische Herausforderung dar. Erwähnt wird weiterhin das ‚comfort feeding‘, eine eher auf sensorische Stimulation basierende Form, anhand von Nahrung angenehme Erfahrungen zu machen und Stress zu vermeiden. Präferenzen der Person sind oft unbekannt oder unzureichend benannt. Eine gemeinsam getragener Entscheidungsprozess von Angehörigen, Professionell Pflegenden und Ärzten ist wünschenswert und mehrfach beschrieben worden. Vorliegende britische Studie untersucht diese Entscheidungsschritte aus den Perspektiven der Beteiligten (welche Entscheidungen, welche Schritte, erleichternde und erschwerende Faktoren).

Methoden: Es handelt sich um eine systematische Literaturanalyse. Beschrieben werden die Einschlusskriterien, die Qualitätsbeurteilung, die Extraktion der Daten, die narrative Synthese.

Resultate: 45 Studien konnten herangezogen werden mit insgesamt 6020 Teilnehmenden (Personen mit Demenz, Angehörige, prof. Pflegende und gesetzliche Betreuer, Ärzte). Die Ergebnisse werden unter 6 Themenbereichen zusammengefasst, von denen hier 4 vorgestellt werden.

Identifikation der zu fällenden Entscheidung

Zu entscheiden war zumeist, ob künstliche Ernährung bzw. ‚comfort feeding‘ anberaumt werden soll oder nicht. Zumeist wird von künstlicher Ernährung bei weit fortgeschrittener Demenz abgeraten und auch auf Essenreichen verzichtet, wenn der mutmaßliche Wille dies nahelegt. Konkrete Entscheidungen aber, jetzt Nahrung anzureichen oder nicht, werden oft abhängig von der Tagesverfassung in der jeweiligen

Situation und häufig ohne formale Entscheidungsprozesse gefällt. Entscheidungsprozesse werden zumeist von denjenigen Personen eingefordert, die am engsten mit der Person arbeiten, den professionell Pflegenden. Zumeist verstehen sie ihre Rolle dahingehend, Entscheidungsprozesse einzufordern, nicht aber, daran mitzuwirken.

Informationsaustausch

Entscheidungsprozesse hängen davon ab, wie Beteiligte die Situation verstehen und welche Emotionen dabei entstehen. Angehörige haben oft unrealistische Erwartungen in Bezug auf künstliche Ernährung und schätzen die Interventionsmöglichkeiten in der Endphase der Demenz falsch ein. Pflegende empfehlen zuweilen künstliche Ernährung, angeblich um das Aspirationsrisiko und das damit zusammenhängende Leiden zu reduzieren. Angehörige zeigen sich oft überfordert, komplexe Informationen in kurzer Zeit entscheidungsreif zu verarbeiten und drängen deswegen – gegen allen Rat – auf künstliche Ernährung. Nicht nur klinische Informationen, sondern das jeweilige Wohlbefinden der Person mit Demenz, aber auch die Gefühle, Wünsche und Meinungen der Angehörigen spielen eine wesentliche Rolle. Mangelnde bzw. unterschiedliche Kenntnisse über die Erkrankung und ihren Verlauf, Verwirrung über Rollen und Verantwortlichkeiten, Schuldgefühle, Gefühle, ausgeschlossen zu werden – all dies trägt zu Konflikten unterhalb der Angehörigen und auch mit den professionell Pflegenden bei. Regelmäßige und gut strukturierte Gespräche dagegen bauen Vertrauen auf und erleichtern den Austausch sowie gemeinsame Entscheidungen.

Werte und Präferenzen

Ernährung, insbesondere Versorgung mit Flüssigkeit, wird als ein sehr basales menschliches Bedürfnis eingeschätzt, das aufzugeben Angehörigen und Professionellen sehr schwerfällt und den eigenen Werten widerspricht. Länder/Kulturabhängig ergeben sich unterschiedliche Wertungen: So wird künstliche Ernährung in Japan, Israel und den USA um der Angehörigen willen eingesetzt auch dann, wenn Ärzte und Pflegende dagegen sind. Der mutmaßliche Wille und Respekt vor der Autonomie der Person spielen eine wichtige Rolle, allerdings erweisen sich die Erinnerungen und Patientenverfügungen oft als ungenügend, ungenau und interpretationsbedürftig. Auch das konkrete Befinden und Verhalten der Person mit Demenz wird von Angehörigen häufig recht unterschiedlich wahrgenommen und verstanden. Wertvorstellungen der Familie und soziale Normen überwiegen in den Entscheidungen besonders dann, wenn der mutmaßliche Wille unklar ist.

Entscheider

Beteiligte haben oft unterschiedlichen Einfluss auf den Entscheidungsprozess. Insgesamt haben Ärzte den größten Einfluss auf die Entscheidung. Innerhalb der Familien gibt es große Unterschiede, wer hier etwas zu sagen hat: viele erleben sich dabei übergangen. In eher paternalistischen, arzt dominierten Gesundheitssystemen haben auch professionell Pflegende keinen Einfluss auf Entscheidungen, obwohl sie in der Endsituation oft dem Patienten am nächsten sind.

Diskussion: Der Entscheidungsprozess bezüglich Ernährung bei Menschen mit Demenz ist zu komplex, um in ein lineares Modell zu passen. Entscheidungen werden oft nur teilweise umgesetzt, widerrufen, tagesabhängig gefällt, werden oft nicht klar kommuniziert, gehen mit sehr unterschiedlichem Belastungserleben einher, welches den Prozess erneut antreibt und verändert. Es handelt sich um ein kreisläufiges, sich wiederholendes Geschehen, das sehr von Kontextvariablen abhängt. Nicht nur medizinische Informationen, sondern auch Werte, Lebenserfahrungen der und Konflikte zwischen den Angehörigen spielen eine entscheidende Rolle. Insgesamt ist dies nur sehr bedingt ein rationaler Vorgang. Je eher man es schafft, eine gut strukturierte Gesprächskultur zwischen allen Beteiligten aufzubauen, desto eher baut sich Vertrauen und Stressreduktion auf mit der besseren Möglichkeit, gemeinsam zu Entscheidungen zu kommen und diese auch durchzutragen.

Quelle: Anapong, K., Davies, N. et al. (2020). Mapping and understanding the decision-making process for providing nutrition and hydration to people living with dementia: a systematic review. *BMC Geriatrics*, 20:520, <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01931-y>

Schlagworte: Demenz, Ernährung, Pflege im Voraus planen

Vgl.: Liu, W., Perkhounkova, E. et al. (2020). Food intake is associated with verbal interactions between nursing home staff and residents with dementia: A secondary analysis of videotaped observations. *International Journal of Nursing Studies*, <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103654>

Die Studie geht der Frage nach, wie sich verbal Interaktion auf die Einnahme von Flüssigkeit und fester Nahrung auswirkt. Dazu wurden 110 Mahlzeitsituationen gefilmt und ausgewertet. Bei der Einnahme von Getränken wirkt sich Interaktion und Kommunikation mit Mitarbeitenden fördernd aus, d.h. die Personen trinken mehr. Genau umgekehrt bei fester Nahrung: Interaktion wirkt hier wie eine irritierende Unterbrechung besonders dann, wenn sich die Klienten für das Gespräch und den Gesprächsinhalt interessieren. – Bekannt ist dies aus der Praxis schon länger, jetzt ist es belegt.

(14) Interaktive Musik für Menschen mit fortgeschrittener Demenz gibt ihnen eine Möglichkeit zu kommunizieren

Ziel/Hintergrund: Mit der Zunahme der Demenz verarmt die Kommunikation und wächst das Risiko der sozialen Isolation. Paralinguistische und non-verbale Kommunikation bilden aber weiterhin gute Möglichkeiten an, über Gestik, Mimik, Taktilen, Körpersprache in Kontakt zu kommen. Hierbei spielen das Spielen und das Sprechwechseln (turn-taking) eine prominente Rolle. Eine bestimmte Art interaktiver Musik stellt eine Möglichkeit dar, Beziehungen aufzubauen und sozial interaktiv zu werden. Hierbei geht es um ein aktives Miteinander-Gestalten musischer Elemente zusammen mit vielen anderen sensorischen Anreizen und körpersprachlichen Anteilen. In der englischen Studie werden anhand von Video-Analysen improvisierende Musikgruppen („Music for Life“) für Menschen mit fortgeschrittener Demenz auf ihre kommunikativen und interaktiven Qualitäten hin untersucht.

Methoden: Es handelt sich um eine qualitative Langzeitstudie in Anlehnung an die „Grounded Theory“. Beschrieben werden die Datenerhebung, Videoanalyse und Theoriebildung. Die Intervention besteht aus acht Musiksessions mit 8 Teilnehmenden, begleitet von Musikern (Harfe, Flöte, Oboe), Angehörigen und Pflegenden. Für die Teilnehmenden standen weitere Instrumente zur Auswahl und Verfügung, in der Regel Rhythmus- und Schlaginstrumente (Glockenspiel, Xylophone etc.). Die Intervention wird mit einem ersten Musikstück seitens der Musiker eröffnet, gefolgt von einem Willkommenslied, anschließend die improvisierte Erkundung von Klängen und Rhythmen in der Gruppe. Zum Abschluss wird erneut das Musikstück zu Beginn gespielt. (siehe YouTube-Link am Ende) Für die Videoaufnahmen wurden in der abschließenden Analyse Zug um Zug beschreibende Kategorien entwickelt, verfeinert, weiter differenziert und abschließend in einer Theorie zusammengefasst.

Resultate: Die Musiksessions stellen sich als ein Netzwerk vielfältiger kommunikativer Aktionen dar, welche durch ein multisensorisches Umfeld ermöglicht werden.

Die multiplen kommunikativen Aktionen umfassen unterschiedliche Elemente wie z.B. Lachen, Singen, tanzartige Bewegungen, ein Instrument spielen. Auf diese Aktionen wird reagiert und es kommt ein kommunikativer und interaktiver Fluss oder Prozess zustande mit den wesentlichen Elementen „Spiegeln“ (z.B. denselben Ton machen, ein

Lächeln erwidern), ‚Sprechwechsel‘ (den anderen mit einem Ton oder Instrument übernehmen lassen oder an seinem Ton anknüpfen und diesen weiterführen) sowie Humor. Mit diesen Elementen wird aufeinander Bezug genommen, werden ‚Einladungen‘ ausgesprochen, Antworten gegeben, ein Wechselspiel aufeinander bezogener Reaktionen aufgebaut. Die Teilnehmer sind dabei aktiv, zeigen Initiative, ziehen sich zurück, geben einander Raum, unterbrechen einander, wählen Instrumente aus oder legen sie ab.

All dies vollzieht sich in einer multisensorischen Umgebung mit auditiven, visuellen, taktilen Komponenten. Die Instrumente werden angefasst, untersucht, ausprobiert, weitergereicht. Der Faktor Zeit wirkt sich aus: Über einen Prozess von mehreren Wochen hinweg machen sich die Teilnehmenden zunehmend mit dem Setting, den Instrumenten und den Möglichkeiten vertraut, erinnern sich an Elemente, gewinnen Routine, probieren sich zunehmend aus. Eins-zu-eins-Kontakte mit Tönen, Klängen und Berührungen regen den Prozess immer wieder neu an und variieren ihn. Auch das Tempo, der Charakter des Instruments spielen eine Rolle: Besonders die große Trommel führt häufig zu einem Wechsel in der Art, wie die Teilnehmenden aufeinander mit den musischen Elementen Bezug nehmen.

Die Sitzungen wurden abschließend verglichen mit einem negativen Szenario, das aus passivem Musikkonsum bestand. Im Vergleich konnten sehr viel weniger verschiedene kommunikative Aktionen festgestellt werden, außer miteinander reden. Einige Teilnehmende versuchten aufzustehen und den Raum zu verlassen. Die interaktive Life-Musik Session stellt daher – im Vergleich zum negativen Szenario - eine einzigartige Art und Weise dar, auch bei weitgehendem Sprachverlust ausgiebig und differenziert miteinander zu kommunizieren.

Diskussion: Anhand der Intervention wurde eine Gelegenheit geschaffen, miteinander Beziehungen aufzubauen, Erfahrungen zu machen und über einen längeren Zeitraum miteinander im Kontakt zu sein. Es konnte eine wechselseitige, aufeinander bezogene Aufmerksamkeit festgestellt werden mit subtilen, klar erkennbaren Reaktionen aufeinander und miteinander. Wichtig ist, dass Menschen mit fortgeschrittener Demenz initial gezielte Aufmerksamkeit und Resonanz geschenkt wird um das Ganze zu ‚starten‘. Insbesondere das ostensive, also leicht übertriebene Spiegeln eröffnet den Personen eine aktive Teilnahme.

Quelle: Clare, A., Camic, P. et al. (2020). Using music to develop a multisensory communicative environment for people with late-stage dementia. *The Gerontologist*, 60(6), 1115-1125

Schlagworte: Demenz, Musik, Kommunikation

Beispiel:

<https://www.youtube.com/watch?v=dKBy50oAPbY>

(15) Unterstützung durch Leitung als entscheidender Faktor der Implementierung

Ziel/Hintergrund: Die Implementierung komplexer Interventionen stellt eine große Herausforderung für Institutionen dar. Zumeist mangelt es an Zeit, an ausreichenden Ressourcen und Unterstützung durch die Leitung, aber auch der Widerstand der Mitarbeitenden spielt eine Rolle. Anhand der Einführung von DCM in Pflegeheimen geht die vorliegende britische Studie der Frage nach, wie genau Leitungskräfte die Implementierung unterstützen können und unter welchen Bedingungen sie dies können.

Die Studie ist Teil einer größeren DCM-bezogenen Studie, die unter anderem untersucht, wie Implementierungsvorgänge ohne massive Unterstützung von außen (z.B. durch Forschende oder externe Trainer) ablaufen (sogenannte ‚real world‘ Implementierungen). In vorliegender Studie gelang es 87% der beteiligten Einrichtungen nicht, dreimal im Abstand von 3 Monaten einen DCM-Zyklus durchzuführen. Anlässlich dieser Daten stellt sich die Frage nach der Rolle und dem Einfluss von Leitungen auf Implementierungsprozesse.

Methoden: 50 Einrichtungen nahmen an der Studie teil, die im Verhältnis von 3:2 in Interventions (n=31) - und Kontrollgruppe (n=19) getrennt wurden. Allen Leitungen wurde das Verfahren vorgestellt und ihre Unterstützung für den Implementierungsprozess eingeholt. Der erste Zyklus wurde extern unterstützt zusammen mit Hilfestellungen für die Datenanalyse und Berichtslegung. Dennoch sahen sich 23% der Einrichtungen nicht in der Lage, auch nur den ersten Zyklus durchzuführen. 42% der beteiligten Einrichtungen führten nur einen Zyklus, 13% zwei Zyklen und 13 % alle 3 Zyklen durch. Im Nachgang wurden Mitarbeiter, Interventionsverantwortliche und Leitende halbstrukturiert interviewt. Die Auswertung der Interviews wird beschrieben.

Resultate: Insgesamt konnten 48 Beteiligte, davon 17 Leitende, 25 DCM-Anwender und 6 fortgeschrittene DCM-Anwender (Implementierungsverantwortliche) interviewt werden. Die Ergebnisse werden unter 5 Rubriken vorgestellt:

Grad der Unterstützung: Dazu zählt, den DCM-Verantwortlichen Zeiträume für die Implementierung zu gewähren, ihren Ausfall für die reguläre Arbeit zu kompensieren, unsicheren Mitarbeitenden z.B. anlässlich des Feedbacks den Rücken zu stärken,

Mitarbeitende für die Umsetzung der dann beschlossenen Veränderungen und Maßnahmen zu begeistern. Einige Leitende sahen sich dazu in der Lage, andere nicht. Zu letzteren wurde ausgeführt, dass sie den Ausfall der Implementierungsverantwortlichen für die reguläre Arbeit nicht kompensieren konnten, daher die Implementierung an den dienstfreien Tagen erfolgen musste, sowie, dass die Leitenden nicht an den Schulungen oder Sitzungen teilnahmen und sich offensichtlich für den Prozess nicht interessierten. Wo immer dies der Fall war, kollabierte der DCM-Prozess. Daher gehen die Autoren den Faktoren gezielt nach, welche Unterstützung durch Leitende ermöglichte oder verunmöglichte.

Die Intervention verstehen: Leitende, welche die Intervention gut verstanden hatten und ihr einen hohen Wert beimaßen, beteiligten sich auch an der Implementierung. Wer an den Schulungen nicht teilgenommen hatte, musste sich die Inhalte von anderen erklären lassen, was zumeist zu einem ungenügenden Verständnis der Methode und des Aufwandes ihrer Implementierung führte. Die notwendige Zeit, die Freistellungen und der Schulungsaufwand wurden unterschätzt und als Überlastung empfunden. Dies führte fast immer zum Abbruch der Implementierung.

Die Auswahl der Implementierungsverantwortlichen: Zuweilen konnte niemand gefunden werden, der/die fähig oder willens war, die Intervention umzusetzen. Leitende, die das Verfahren nicht kannten, taten sich schwer mit der Personalauswahl. Nicht immer erfuhren die Umsetzungsverantwortlichen genügende, anhaltende Unterstützung und eine Klärung ihrer Rolle. Bei krankheitsbedingtem Personalausfall wurden Mitarbeiter zur Schulung geschickt, welche dies gar nicht wollten. An sich unwillige und/oder unfähige Mitarbeiter wurden zudem wenig unterstützt. Insgesamt: die sorgfältige Personalauswahl (und anschließende Unterstützung) ist ein entscheidender Faktor für die Erfolgchancen.

Leitungsstabilität: 40% der Leitungen wechselten im beschriebenen Zeitraum, dies zumeist auf dem Hintergrund kritischer Vorkommnisse, Ereignisse, behördlicher Auflagen. Die neuen Leitungen hatten zunächst andere Sorgen, kannten DCM nicht und maßen der Intervention geringe Priorität zu. In seltenen Fällen aber führte der Leitungswechsel zum Gegenteil: eine Beschleunigung der Implementierung.

Engagement bei der Implementierung: Während einige Leitende den Gesamtprozess delegierten, engagierten sich andere Leitende intensiv in der Umsetzung, übernahmen die Umsetzung sogar, trugen für kontinuierliche Information aller Sorge. Je näher die Leitungen an den Prozessen teilhatten, desto besser gelang die Umsetzung. Allerdings: Der Einsatz von Leitungen als DCM-Beobachter bewährte sich nicht, da sie ständig

wegen anderer Prozesse im Heim abberufen wurden. Je demokratischer und inklusiver der Führungsstil empfunden wurde, desto besser gelang die Implementierung, weil die Mitarbeitenden sich als Beteiligte mit Handlungsspielräumen erfuhren.

Diskussion: Positiv wirkten sich aus: eine sorgfältige Auswahl der Implementierungsverantwortlichen sowie deren finanzielle und praktische Unterstützung, genügend zeitliche Ressourcen (Freistellungen) und Ersatz für den Ausfall in den Wohn- und Pflegebereichen; Unterstützung, im DCM-Prozess getroffene Veränderungsentscheidungen auch umzusetzen; gute professionelle Beziehungen zwischen den Leitungen und den Teams; anhaltendes Engagement, aktive Führung und erkennbare Mitverantwortlichkeit der Leitungen für die Umsetzung; ein demokratischer, inklusiver Führungsstil. Unbedingte Voraussetzung allerdings ist, dass die Leitenden ein möglichst umfassendes Verständnis der Intervention vor Beginn der Implementierung besitzen.

Viele dieser Erkenntnisse lassen sich auch auf andere Implementierungsprozesse übertragen.

Quelle: Kelley, R., Griffiths, A.W. et al. (2020). The influence of care home managers on the implementation of a complex intervention: findings from the proves evaluation of a randomized controlled trial of dementia care mapping. *BMC Geriatrics*, 20:303

<https://doi.org/10.1186/s12877-020-01706-5>

Schlagnworte: Implementierung, Management, DCM

Zu ähnlichen Erkenntnissen kommt die deutsche Studie:

Quasdorf, T., Bartholomeyczik, S. (2019). Influence of leadership on implementing Dementia Care Mapping: A multiple case study. *Dementia*, 18(6), 1976-1993

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