

---

# **(Forschungs-) Newsletter: November 2021**



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

**© DZLA 2021**

---

# Inhaltsverzeichnis

<b>Editorial (November 2021)</b> .....	<b>6</b>
<b>NEUES AUS DEM DZLA &amp; DER DIALOGAKADMIE</b> .....	<b>8</b>
<i>Ausgewählte Beiträge des DZLA</i> .....	8
<i>Überblick: Sämtliche Folgen des „Podcast WissenstransFair“</i> .....	9
<i>Ihr Platz im DZLA</i> .....	11
<b>NEUES AUS DEM DNQP</b> .....	<b>12</b>
<i>EXPERTENSTANDARDS „SCHMERZMANAGEMENT IN DER PFLEGE“ UND „FÖRDERUNG DER MUNDGESUNDHEIT IN DER PFLEGE“ VERFÜGBAR</i> .....	12
<b>ForschungsNewsletter (November 2021)</b> .....	<b>13</b>
<i>Editorial - ForschungsNewsletter</i> .....	14
<b>Studien</b> .....	<b>18</b>
<b>Inhaltsverzeichnis Studien</b> .....	<b>19</b>
(1) Assistierende Technologie regt den Austausch an und stellt für Menschen mit Demenz ein neues Spielzeug dar	20
(2) Überwachungstechnologien weisen mehr Nachteile denn Vorteile auf .....	23
(3) Im Berufsleben kognitiv gefordert zu werden wirkt sich positiv auf die Demenzentwicklung aus.....	25
(4) Nur etwas mehr als die Hälfte der Menschen mit wahnhaften Störungen im Alter sprechen auf eine antipsychotische Medikation an .....	27
(5) Soziale Kognition stellt einen Sonderfall im Degenerationsverlauf bei Demenz dar .....	30
(6) Früher Elterntod stellt ein Risikofaktor für Demenzentwicklung dar .....	33
(7) Präferenzen multimorbider älterer Patienten werden mehr in den Vordergrund der Behandlung gerückt.....	35
(8) Leitung und Führung bilden die wichtigsten Faktoren in der Entwicklung personenzentrierter Pflege.....	37
(9) Nicht die Größe oder das Design, sondern die Fähigkeit der Mitarbeiter sind entscheidend für soziale Interaktion.....	40
(10) Menschen mit Demenz bewerten das Eintauchen in virtuelle Welten grundsätzlich positiv .....	43
(11) SmartHome-Wohnungen schneiden besser ab als traditionelle Wohnraumanpassungen .....	46
(12) Zugehende Psychotherapie für pflegebedürftige alte Menschen mit Depression bedarf dringend Verbesserung .....	48
(13) Im Umgang mit Aggressionen gilt es, eine Vogelperspektive auf die Gesamtsituation aufrecht zu erhalten .....	51
(14) Zwischen Mitgefühl und Unsicherheit – Kommunikation mit stummen Patienten in der Psychiatrie .....	54
(15) Personen mit schweren psychischen Erkrankungen in Langzeiteinrichtungen werden vergleichsweise schlechter versorgt.....	57

---

## 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](#)<sup>1</sup> und kann dort auch [abonniert](#)<sup>2</sup> 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](mailto: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](https://twitter.com/DZLA_HSO)

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

**DZLA-Instagram:** [https://www.instagram.com/dzla\\_hso/](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.

---

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

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

---

# Editorial (November 2021)

Liebe Leserinnen und Leser,

herzlich willkommen zum vierten Newsletter des DZLA im Jahr 2021.

Christian Müller-Hergl stellt wie immer 15(!) Studien vor, beschreibt und diskutiert diese, damit Sie, liebe Abonent\*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 \(DNQP\)](#).

---

## ***++ Zukunft 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.

Auch für 2022 gibt es bereits Zusagen für weitere Angebote der DialogAkademie.

***Die DialogAkademie wird auch 2022 weitere Seminare anbieten!***

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 30. November 2021

---

# NEUES AUS DEM DZLA & DER DIALOGAKADEMIE

## Dialogzentrum sucht Förderer

Die Arbeit des Dialogzentrums auf den Social-Media-Kanälen ist für Nutzer\*innen vollkommen kostenfrei und soll es auch in Zukunft bleiben. Allerdings kosten die Mitarbeiter des DZLA natürlich Geld, die Förderung durch das DNQP endet zum April 2022.

Falls Sie uns direkt fördern können oder hierzu Ideen und Anregungen haben, kontaktieren Sie Detlef Rüsing unter: [d.ruesing@hs-osnabrueck.de](mailto:d.ruesing@hs-osnabrueck.de)

## Detlef Rüsing als Lehrkraft tätig

Detlef Rüsing ist neben seiner Tätigkeit im DZLA seit September 2021 als „Lehrkraft für besondere Aufgaben der Pflegewissenschaften“ an der Hochschule Osnabrück angestellt.

Mehr Informationen zu den Studienmöglichkeiten an der Hochschule Osnabrück finden Sie hier: <https://www.dzla.de/pflege-dual-studieren/>.

## Resonanz des Dialogzentrum wächst weiter

Einige Kritik und Zustimmung ernteten die letzten Beiträge von Christian Müller-Hergl. Weitere Kommentare sind über alle Social-Media-Kanäle herzlich willkommen. Eine Übersicht sämtlicher Beiträge der letzten Monate finden Sie unter:

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

In die Beiträge des Dialogzentrums können Sie auch bequem ‚to go‘ mit dem „**Podcast Wissentransfair**“ Reinhören.

**Eine Übersicht aller Folgen finden sie auf den folgenden Seiten!**



---

## Überblick: Sämtliche Folgen des “Podcast WissenstransFair“

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

---

- Episode 022 (25.11.2021): Wo beginnt und wo endet meine Verantwortung bei der Durchführung einer Studie ++ Lichttherapie bei Demenz ++ Neuer ForschungsNewsletter des DZLA ++ Interventionsforschung ++ Neues aus dem DZLA & der DialogAkademie
- Episode 021 (27.10.2021): Dabei sein ist alles ... Da-Sein als nicht-pharmakologische Therapie ++ Kritisches Glossar – Empowerment ++ „Father“ – eine Filmkritik ++ Kritisches Glossar – Einsamkeit ++ Neues aus dem DZLA & der DialogAkademie
- Episode 020 (30.09.2021): Schuld an allem ist immer die Demenz!! Wider die erzwungene Eindimensionalität des Lebens mit Demenz ++ Eine ‚PHÄNOMENTA‘ für Menschen mit Demenz ++ ForschungsNewsletter erschienen ++ Technik ohne Kontext kann auch schaden ++ Neues aus dem DZLA & der DialogAkademie
- 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, DialogKonferenz & DialogAkademie
  - Episode 007 (25.06.2020): Virtuelle v.s physische Beziehungsgestaltung – Haustheater: Demaskiert Corona die Gerontopsychiatrie – Lebensqualität bei Demenz: Eine Frage der Perspektive – Psychopharmaka bei Demenz – Neues aus dem DZLA – DialogKonferenz – das Team als Therapeutikum
  - Episode 006 (27.05.2020): Ein Demenzboard für die Gerontopsychiatrie – DZLA eröffnet DialogAkademie – Massage bei Demenz – Neues aus dem DZLA
  - Episode 005 (29.04.2020): Neutralität der Wissenschaft – Psychose bei Demenz – Allein leben & kognitiver Abbau – Fallbesprechungen
  - Episode 004 (03.04.2020): Doppelt bezahlt=Nix bekommen – Schwerhörigkeit & Demenz – BPSD
  - Episode 003 (27.02.2020): SEXUALITÄT – HOCHSCHULLEHRE – KETAMIN – TAGUNG
  - Episode 002 (30.01.2020): Vermittlung von Wissen – Rastlosigkeit – Herausforderndes Verhalten – pflegerisches Rollenverständnis
  - Episode 001 (31.10.2019): Gegen eine Diktatur der Kürze

---

## Ihr Platz im DZLA

### **SCHALTEN SIE SICH EIN UND POSTEN IHREN BEITRAG**

Ihre Institution hat eine praxisrelevante Studie im Bereich der gerontopsychiatrischen Versorgung durchgeführt, deren Ergebnisse Sie zur Information und Diskussion auf unserem Blog verbreiten wollen? Ihre Einrichtung praktiziert ein Versorgungskonzept welches als Best-Practice Modell nach Nachahmung ruft?

Sie haben als Person eine besondere Idee, die sie unter das Volk bringen wollen?

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

An jedem dritten Donnerstag im Monat wartet „Ihr Platz ...“ auf Sie. Ob Einzelperson, Forschungsinstitution, Pflegeanbieter oder ... oder ... oder .... Einzige Voraussetzung: Sie produzieren den Beitrag – in egal welchem Format – in Absprache mit uns und wir begleiten Sie redaktionell. Das letzte Wort, ob der Beitrag veröffentlicht wird, allerdings liegt bei uns. Darum sprechen wir vor der Produktion miteinander.

### *SIE HABEN EINE IDEE?*

Nähere Informationen:

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

Nehmen Sie Kontakt zu uns auf!

---

# Neues aus dem DNQP

## EXPERTENSTANDARDS „SCHMERZMANAGEMENT IN DER PFLEGE“ UND „FÖRDERUNG DER MUNDGESUNDHEIT IN DER PFLEGE“ VERFÜGBAR

**Ab sofort können weitere Expertenstandards über das Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) bezogen werden.**

Der Expertenstandard „Schmerzmanagement in der Pflege“, sowie der Expertenstandard "Förderung der Mundgesundheit in der Pflege" (Sonderdruck) stehen nun einschließlich Kommentierung und Literaturanalyse zur Verfügung.

Einen Auszug aus den Expertenstandards sowie weitere Materialien finden Sie hier:  
<https://www.dnqp.de/expertenstandards-und-auditinstrumente/#c12682349>

Die Expertenstandards können Sie über folgenden Link bestellen:  
<https://www.dnqp.de/bestellformular/>

Die Bestellung von Expertenstandards erfolgt ausschließlich über ein Online-Bestellformular. Eine Bestellung per Telefon, Fax oder E-Mail ist nicht möglich. Weitere Hinweise zur Bestellung finden Sie hier:  
<https://www.dnqp.de/bestellung/>

---

# **ForschungsNewsletter**

## **(November 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:**

unterschiedlichen Themen vor – von der Technologie über Grundlagenwissen Demenz zu Interventionen und einigen Themen, welche die Versorgung von Patienten in der Psychiatrie betreffen.

Es beginnt mit einigen Beiträgen zur technologischen Assistenz. In einer ersten Studie geht es darum, die Lebenswelt von Menschen im Heim durch Technologie zu bereichern. Spannend daran: die Technologien regen zu vermehrtem Kontakt zwischen Klienten und zwischen Klienten und Mitarbeitenden an. Unabhängig davon nimmt der Neuigkeitseffekt dieser anregenden Technologien (z.B. Paro) schnell wieder ab. Man erinnert sich an die Unterscheidung Wilfried Bions zu Alpha- und Beta-Objekten: Objekte sind nur dann unterstützend, wenn man über sie und mit ihnen zu vermehrter Interaktion kommt (Alpha). Ersetzen kann sie diesen eben gerade nicht. (1) In einer weiteren Veröffentlichung – eher eine zusammenfassende Reflexion – wird den ethischen Herausforderungen im Zusammenhang mit Überwachungstechnologien Beachtung geschenkt. Es geht um Zustimmung, um möglicherweise reduzierte Kontaktaufnahme (die KI wird einen schon rechtzeitig auf eine Krise hinweisen) und um die Frage, ob der Einsatz den Personalaufwand verringert oder gar erhöht. Insgesamt kommen die Autoren zu einem kritischen Resümee: Technologien weisen für die Pflege kaum ‚transformationales Potential‘ auf, kurz: man verspricht sich i.d.R. zu viel davon. (2)

Es folgen einige Studien zum Grundlagenwissen über Demenz. Eine deutsche Studie bietet Variationen zum Thema ‚use it or loose it‘: höhere geistige (insbesondere sprachliche) Anforderungen im Berufsleben tragen zu einer höheren kognitiven Reserve

---

und damit zu einer möglichen Verlangsamung des kognitiven Niedergangs bei. Die Intensität komplexer Informationsverarbeitung scheint dabei den wichtigsten protektiven Faktor zu bilden. (3) Frühe psychische Erkrankungen, aber auch schwere Erkrankungen in der Kindheit dagegen beschleunigen den Alterungsprozess. Nicht nur fühlen sich die Personen subjektiv älter, sondern sie sind es auch nach objektiv gemessenen physischen Parametern. Als besonders kritisch erweisen sich psychische Erkrankungen im mittleren Lebensalter, die oft mit Faktoren wie Rauchen, Alkoholmissbrauch, Fettleibigkeit etc. einhergehen und zu einem kumulativen körperlichen Niedergang beitragen. (4) Bekanntlich werden nach DSM 5 sechs verschiedene Bereiche kognitiver Funktionen unterschieden, einer davon die soziale Kognition. In der Regel wird ein enger Zusammenhang zwischen kognitiven, emotionalen und sozialen Funktionen angenommen mit der Folge, dass die soziale Wahrnehmung und Kognition zusammen mit den anderen Funktionen linear im Demenzverlauf abnehmen. Diese Annahme ist wohl z.T. zu revidieren: Soziale Kognition bleibt bis in die mittlere Demenz hinein relativ besser erhalten als die anderen kognitiven Funktionen. Der kognitive Niedergang erfolgt also nicht homogen und soziale Kognition weist einen etwas anderen Degenerationsverlauf auf. – Eine hier angehängte Studie kommt zu dem interessanten Resultat, dass Personen mit physischer Vernachlässigung in der Kindheit eine vergleichsweise höhere kognitive Beeinträchtigung im Alter aufweisen. Man kann dies als weiteren Beleg für den Zusammenhang von kindlicher Traumatisierung und Alterungsprozessen auffassen. (5) Dazu passen die Ergebnisse einer Forschung, dass Personen mit frühem Elternverlust (also vor dem 16 Lebensjahr) vergleichsweise früher und häufiger eine Demenz entwickeln. Insgesamt besehen sind all dies Belege für die bekannte Stresshypothese, die lebenslang erfahrenen Stress als Co-Faktor der Demenzentwicklung betrachtet. (6)

Oft kommt die Perspektive alter multimorbider Patienten auf sich und ihre Prioritäten bei Krankenhausbehandlungen zu kurz. Beschrieben wird der Einsatz eines aus den Niederlanden stammenden und in Deutschland weiterentwickelten Instrumentes, um diesem Mangel abzuhelfen. Das Instrument ist einfach anzuwenden und weist einen offensichtlichen Nutzen auf. Leider liegen zurzeit Manuale und Schulungen in deutscher Sprache noch nicht vor. (7) Personenzentrierte Pflege hängt sehr unmittelbar mit engagierten Leitungen und einem hohen Anteil examinierter/diplomierter Pflegenden zusammen. Auch die Bereichsgröße und der ‚team spirit‘ spielen eine wichtige Rolle. (8) Eine andere deutsche Studie kommt zu dem Ergebnis: es sind die Kontaktbereitschaft und Kontaktfähigkeit der MitarbeiterInnen, die einen entscheidenden Unterschied für die Lebensqualität macht. Pflegephilosophie und Größe der Bereiche spielen eine eher untergeordnete Rolle. Verhalten, Kompetenzen und Haltung der Mitarbeitenden bilden den entscheidenden Faktor, nicht die Größe oder das Design der Einrichtung. (9)

Noch einmal Technik, hier als Intervention: eine südkoreanische Untersuchung kommt zu dem Ergebnis, dass Menschen mit leichter Demenz gerne und mit Gewinn in virtuelle

---

Erlebniswelten ‚abtauchen‘, wenn diese Welten ihnen vertraut sind und ihren Vorlieben entsprechen. Auswirkungen auf neuropsychiatrische Symptome konnten nicht beurteilt werden. Diese Technik kann das Leben von Menschen mit Demenz bereichern, wenn diese Erlebniswelten den einzelnen Personen individuell angepasst werden. Dies freilich ist ein hoher Anspruch und nicht leicht zu verwirklichen. (10) In einer deutschen Studie beurteilten Nutzer von Smart Homes ihre Umgebung deutlich positiv, weil sie sich dort sicher fühlen. Besonders positiv bewertet wurde die Notruf Funktion, die Lichtschelle sowie die LED-Beleuchtung in der Nacht. Interessant: es sind eher die einfachen, kostengünstigen Applikationen, welche den höchsten Nutzen aufweisen. (11)

Psychotherapie für alte, pflegebedürftige Personen mit Depression zu realisieren, scheitert häufig an vielen Hindernissen, obgleich diese Klientengruppe deutlich von der Therapie profitiert. Die Studie fasst den Stand des Wissens über Psychotherapie älterer Personen mit Depressionen zusammen und betont die zwingende Notwendigkeit aufsuchender Therapieangebote. Ein Modellversuch startet zurzeit in Berlin. (12)

Es liegen verschiedene Berichte aus stationären Einrichtungen und Psychiatrien vor, dass Aggressionen gegenüber Mitarbeitenden in der letzten Zeit deutlich zugenommen haben. In einer interessanten Studie aus Japan werden aggressive Vorkommnisse aus der Perspektive eines Dritten beschrieben und diese Beschreibungen zusammen mit Berichten der Pflegenden ausgewertet. Aus der Perspektive neutraler Dritten werden Aggressionen häufig von Pflegenden unbewusst ausgelöst. Für Pflegende ist es wichtig, eine ‚Vogelperspektive‘ einzunehmen, aus der heraus man einen Überblick über die Gesamtsituation gewinnt. Deutlich wird: Umgang mit aggressiven Vorkommnissen setzt viel pflegerische Erfahrung und eine nachhaltige Auseinandersetzung mit diesem Thema voraus. (13) Stumme Patienten (ohne Demenz) in der Psychiatrie stellen eine besondere Herausforderung für die Behandlung dar. Die schwedische Studie beschreibt, wie Pflegende damit umgehen und welche Erfahrungen sie mit diesen Patienten gemacht haben. Drei wesentliche Erfahrungen werden herausgearbeitet, um die sich hinter der Stummheit verbergenden Anliegen und Themen zu erarbeiten. (14)

Eine zunehmende Anzahl von Klienten in der stationären Langzeitpflege besteht aus vergleichsweise jüngeren Personen mit einer schweren psychischen Erkrankung ohne oder nur mit leichter Demenz. (SMI: severe mental illness) Die US-amerikanische Studie beschreibt, dass in Einrichtungen mit einem hohen Anteil von SMI-Patienten die Pflegequalität schlechter ausfällt, weniger qualifiziertes Personal arbeitet und vergleichsweise mehr Psychopharmaka verabreicht werden. Ein möglicher Grund ist darin zu suchen, dass der geringe körperpflegerische Bedarf zu geringen Entgelten führt, die wiederum eine schlechtere Versorgung mit sich bringen. Auch in Deutschland ist dies ein Thema. (15)



---

Wir hoffen, dass Sie in diesem Newsletter die eine oder andere Studie finden, die Sie interessiert.

Wie immer sind wir für Rückmeldungen dankbar.

Christian Müller-Hergl, Osnabrück im November 2021

---

## Studien

---

## Inhaltsverzeichnis Studien

(1) Assistierende Technologie regt den Austausch an und stellt für Menschen mit Demenz im Kern ein neues Spielzeug dar .....	20
(2) Überwachungstechnologien weisen mehr Nachteile denn Vorteile auf.....	23
(3) Im Berufsleben kognitiv gefordert zu werden wirkt sich positiv auf die Demenzentwicklung aus .....	25
(4) Nur etwas mehr als die Hälfte von Menschen mit wahnhaften Störungen im Alter sprechen auf eine antipsychotische Medikation an .....	27
(5) Soziale Kognition stellt einen Sonderfall im Degenerationsverlauf bei Demenz dar.....	30
(6) Früher Elterntod stellt einen Risikofaktor für Demenzentwicklung dar.....	33
(7) Präferenzen multimorbider älterer Patienten werden mehr in den Vordergrund der Behandlung gerückt.....	35
(8) Leitung und Führung bilden den wichtigsten Faktor in der Entwicklung personenzentrierter Pflege.....	37
(9) Nicht die Größe oder das Design, sondern die Fähigkeiten der Mitarbeitenden sind entscheidend für soziale Interaktion.....	40
(10) Menschen mit Demenz bewerten das Eintauchen in virtuelle Welten grundsätzlich positiv .....	43
(11) SmartHome-Wohnungen schneiden besser ab als traditionelle Wohnraumanpassungen.....	46
(12) Zugehende Psychotherapie für pflegebedürftige alte Menschen mit Depression bedarf dringend der Verbesserung.....	48
(13) Im Umgang mit Aggressionen gilt es, eine Vogelperspektive auf die Gesamtsituation aufrecht zu erhalten .....	51
(14) Zwischen Mitgefühl und Unsicherheit – Kommunikation mit stummen Patienten in der Psychiatrie .....	54
(15) Personen mit schweren psychischen Erkrankungen in Langzeiteinrichtungen werden vergleichsweise schlechter versorgt .....	57

---

(1) Assistierende Technologie regt den Austausch an und stellt für Menschen mit Demenz im Kern ein neues ‚Spielzeug‘ dar

**Ziel/Hintergrund:** Der Begriff ‚meaningful engagement‘ (etwa: sinnvolle Beschäftigung) hat zwei Bedeutungsebenen – zum einen das Tun, zum anderen die subjektive Bedeutungsebene des Tuns. Es geht also darum, im und durch das Tun Zugehörigkeit und Verbundenheit zu erfahren, zum gemeinsamen Leben etwas beizutragen und durch die damit einhergehenden Rollen und Routinen Bestätigung und auch Hoffnung zu erleben. Entgegen besseren Wissens (personenzentrierte Pflege) dominiert weiterhin weltweit eine eher funktionale Pflege, die medizinische und klinische Aufgaben vor sinnvoller Beschäftigung priorisiert. Eine schreckliche Langeweile ist oft die Folge.

Technologische Möglichkeiten wurden in den letzten Jahren untersucht, um etwas Abhilfe zu schaffen. Unterschieden werden eher der Information und Kommunikation dienliche von eher intelligent assistierenden Technologien, die auf eigene Weise Resonanz geben wie z.B. Roboter, virtuelle Techniken (VR, Augmented Reality). Vorliegende Studie aus Australien fasst vorhandene Literaturen zusammen, die sich mit sinnvoller Beschäftigung anhand von intelligent assistierender Technologie befassen.

**Methoden:** Es handelt sich um ein ‚scoping review‘ mit dem Ziel, eine erste grobe Orientierung in einem Themenfeld zu gewinnen. Beschrieben werden die Gewinnung, Auswahl, Beurteilung und Zusammenfassung der Literatur.

**Resultate:** Insgesamt konnten 99 Artikel einbezogen werden.

Studien über künstliche Tiere wie den Paro oder soziale Roboter kommen zu gemischten Ergebnissen. Menschen mit schwerer und sehr schwerer Demenz scheinen davon eher zu profitieren als Menschen mit leichter und moderater Demenz – Sorge- und Hegeimpulse scheinen hier eine Rolle zu spielen. Personen mit moderater oder leichter Demenz finden das häufig eher kindisch oder lächerlich. Diese Objekte wecken aber das Interesse der Beteiligten und tragen dazu bei, mehr miteinander zu interagieren. Positive Stimmung und Aktivität geht aber nicht über das hinaus, was auch mit einem Hund an Stimmung und Aktivität zu beobachten ist.

Multi-Media Technologien kommen gut an, weisen aber keine Vorteile gegenüber traditionellen Einzel- oder Gruppenangeboten auf. Warum und wie diese Technologien zu sinnvoller Beschäftigung beitragen, ist wenig beforscht, dennoch weisen die Ergebnisse darauf hin, dass der wesentliche Effekt der Technologien darin

---

besteht, dass anlässlich ihres Einsatzes es zu vermehrter Interaktion und Kommunikation (Neuigkeitseffekt) zwischen den Nutzern und Beteiligten kommt, ein Effekt, der aber nach einiger Zeit auch deutlich wieder abnimmt.

Diskussion: Die herangezogenen Studien erweisen sich als methodisch sehr unterschiedlich, so dass die Ergebnisse nur schwer vergleichbar sind. Zumeist erfolgt die Bewertung des Nutzens der Technologie aus der Perspektive der Angehörigen oder der professionell Pflegenden – die Perspektive der Nutzer fehlt zumeist. Vergleichsweise weniger ergibt sich ein positiver Effekt durch die direkte Beschäftigung mit der Technologie selbst, sondern eher durch die anhand der Technologie sich entwickelnden Interaktion und Kommunikation zwischen den beteiligten Personen. Sie setzten einen Fokus für Aufmerksamkeit, Ausprobieren und Austausch. Am ehesten trifft der Begriff ‚Spielzeug‘ zu: es entwickelt sich ein spielerischer Umgang mit dem neuen ‚Ding‘ und das regt für einen gewissen Zeitraum die Kreativität und den Austausch an. Allerdings ebbt dieser Neuigkeitsimpuls auch wieder ab. Es besteht also kein Grund, allzu große Hoffnungen in diese Art von intelligent assistierender Technologie zu setzen. Aber zumindest für Menschen mit schwerer Demenz schadet sie auch nicht, sondern scheint den Personen Freude zu bereiten.

**Quelle:** Neal, I., du Toit, S., Lovarini, M. (2020). The use of technology to promote meaningful engagement for adults with dementia in residential aged care: a scoping review. *International Psychogeriatrics*, 32(8), 913-935

**Schlagworte:** Technologie, Demenz, Engagement

---

## (2) Überwachungstechnologien weisen mehr Nachteile denn Vorteile auf

**Ziel/Hintergrund:** Überwachungstechnologien werden zumeist damit begründet, dass sie der Sicherheit und Risikovermeidung dienen. Zudem soll sie den Personen zu mehr Bewegungsfreiheit verhelfen, die unmittelbare, anhaltende, begleitende Beobachtung/Beaufsichtigung einschränken und folglich pflegende Angehörige bzw. professionelle Mitarbeitende entlasten. Ein kontinuierlicher Datenstrom gibt zudem Hinweise auf sich möglicherweise abzeichnende gesundheitliche Krisen. Am Ende lockt die Vorstellung, es werde damit auch kostengünstiger. Der Diskurs um diese Technologien ist bestimmt von dem Bemühen, Risikovermeidung und Beeinträchtigung der Autonomie miteinander auszubalancieren. Diese Annahmen werden in der Studie einer kritischen Reflektion unterzogen.

**Resultate:** Dieser zumeist auf die einzelne Person zielende Diskurs bezüglich Überwachungstechnologien übersieht, was mit der Masse derart gesammelter Daten anschließend gemacht werden könnte: z.B. Personal verändern oder Betreuung für weniger auffällige Klienten reduzieren. Überwachungstechnologien können dazu beitragen, direkte und laufende Zuwendung und Betreuung zu reduzieren und auf Kriseninterventionen zu begrenzen: Nur wenn Normwerte unterschritten werden wird eingegriffen.

Ob alte, pflegebedürftige Personen im Rahmen institutioneller Unterbringung ihre Zustimmung wirksam verweigern können bzw. diese Verweigerung nicht mit Bezug auf kognitive Einschränkungen ignoriert werden würden, kann als fraglich gelten. Angehörige und Professionelle wären wohl leicht in der Lage, diese Verweigerung um der Risikovermeidung wegen zu umgehen. Stellt man die laufende Datensammlung als Instrument der Qualitätssicherung dar, z.B. zur Sturzprophylaxe, mag man den komplexen Anforderungen informierter Zustimmung elegant aus dem Weg gehen.

Ähnlich bedenklich könnten die Folgen für Mitarbeitende und deren Interaktion mit Klienten ausfallen: die beständige Beobachtung könnte sich auf die Interaktion und Kommunikation restriktiv auswirken, so dass Wagnisse weniger eingegangen werden und eine eher formelle Form der Interaktion zu dominieren beginnt. Besonders kritisch: es sind die am geringsten ausgebildeten MitarbeiterInnen in der direkten Pflege und Betreuung, die am meisten der Beobachtung und Überwachung unterliegen. Vorhandene Studien weisen darauf hin, dass der Einsatz von Überwachungstechnologien die Arbeitsbelastungen nicht reduzieren, sondern

---

vielmehr vermehren. Nicht nur muss der Umgang gelernt und die Geräte gewartet werden, sondern die ausgelösten Alarme unterbrechen zudem häufig den Arbeitsfluss, wenn sie zu sensibel eingestellt sind bzw. machen mehr Arbeit, wenn Alarme nicht ausgelöst und dadurch bedeutsame Krisen unerkannt bleiben. Zu viele Alarme desensibilisieren die Mitarbeitenden für Krisen, zu wenig Alarme untergraben das Vertrauen in die Technik mit der Folge, zu alten Praktiken zurückzukehren. Anspruchsvolle Überwachungstechnologien bringen einen hohen Wartungsaufwand mit sich, versagen oft und reduzieren die Zeit, die man für die Klienten hat.

Zur Begründung für den Einsatz wird aufgeführt, man könne damit Stürze und andere schädliche Vorkommnisse verhindern. Erste Studien konnten dies nicht belegen: weder reduzierten sich Sturzvorkommnisse noch ergaben sich Zeiteinsparungen für die Pflegenden.

Des Weiteren führt man das Freiheitsargument zu Felde: während einige Anwender tatsächlich einen größeren Spiel- und Bewegungsraum erleben (dies besonders bei Personen, die noch in eigener Häuslichkeit leben), fühlen sich andere eher überfordert, allein gelassen/verlassen oder gewinnen den Eindruck, an direkten Kontakten und Begegnungen Einbußen erlitten zu haben. In Krankenhäusern führte der Einsatz digitaler Überwachung und vermehrter Bewegungsfreiheit dazu, dass Menschen mit Demenz sich nachts im Haus verließen, in Panik gerieten und andere Patienten störten.

Zum Schluss das Kostenargument: bisherige Studien lassen keine eindeutigen Schlüsse zu. Am ehesten lässt sich ein Kostenargument für die Unterstützung der häuslichen Pflege belegen. Allerdings: die Anzahl von Krankenhaustagen reduzierte sich nicht.

**Diskussion:** Die bisherigen Studien zu Überwachungstechnologien zeigen, dass es wenig Grund gibt, von ihrem Einsatz wesentliche Entlastungen und Verbesserungen zu erhoffen. Vielmehr lassen sich eine ganze Reihe neuer Risiken wie z.B. die Unterbrechungen des Arbeitsflusses, vermehrte Arbeitsbelastungen und mögliche Vernachlässigung bestimmter Bewohnergruppen absehen. Technologie weist für die Pflege nur eingeschränkt ein ‚transformationales Potential‘ auf. Zusammenfassend plädieren die Autoren zu vermehrter Einbeziehung von Nutzern und Familien, um Überwachungstechnologien zu

---

untersuchen.

**Quelle:** Grigorovich, A., Kontos, P. (2020). Towards responsible implementation of monitoring technologies in institutional care. *The Gerontologist*, 60(7), 1194-1201

**Schlagworte:** Überwachungstechnologien, Risikovermeidung, informierte Zustimmung



---

### (3) Im Berufsleben kognitiv gefordert zu werden wirkt sich positiv auf die Demenzentwicklung aus

**Ziel/Hintergrund:** Die Bewältigung geistig anfordernder Aufgaben gilt als ein möglicher Schutzfaktor gegen Demenz. Es wird angenommen, dass die Intensität der geistigen Anforderung den Grad der Schutzwirkung bestimmt. (Theorie der kognitiven Reserve)

Allerdings spielen auch andere, auch genetische Risiken eine Rolle, insbesondere das ApoE Protein, dass in Zusammenhang mit vielerlei Funktionen gebracht wird (Transport von Lipiden, Myelinscheiden, Abtransport vom Amyloid etc.). Die Ausprägung des Allels e4 geht mit einem deutlich höheren Demenzrisiko einher. Es entsteht nun die Frage, ob auch Personen mit einem erhöhten genetischen Risiko von einer höheren kognitiven Reserve profitieren. In der deutschen Langzeitstudie wurde untersucht, ob Menschen mit ApoE e4 einen vergleichsweise langsameren kognitiven Niedergang erleben, wenn sie zuvor über längere Zeit im Arbeitsleben kognitiv hoch gefordert waren.

**Methoden:** Es handelt sich um Daten einer multizentrischen, populationsbasierten Langzeitstudie. Teilnehmende ohne Demenz im Alter von 75 Jahren und älter wurden ursprünglich in den Jahren 2003-2004 in 6 deutschen Städten gewonnen. Nach einer Eingangsuntersuchung unterzogen sich die Teilnehmenden alle 1,5 Jahre einer weiteren Untersuchung. Aus der Gesamtgruppe konnten Daten von 2154 Personen für die anstehende Studie genutzt werden. Beschrieben werden Instrumente zur Einschätzung kognitiver Funktionen, zur Erhebung der Arbeitsbiographie, zur ApoE e4 Untersuchung. Weitere Einflussfaktoren wie z.B. Bildung wurden erhoben, gegliedert in geringe, mittlere und hohe Bildung. Beschrieben wird die statistische Auswertung der Daten.

**Resultate:** Höhere geistige Anforderungen im Berufsleben waren signifikant verbunden mit besseren kognitiven Funktionen in der Eingangsuntersuchung. Wer im Arbeitsleben beschäftigt war in Feldern, die mit Informationsverarbeitung, Dienstleistungen, Mustererkennung und höheren sprachlichen Anforderungen zu tun hatte, der/die wies auch einen verlangsamten kognitiven Abbau auf.

Träger des ApoE e4 Allel wiesen in der Eingangsuntersuchung keine deutlich schlechteren kognitiven Werte auf als Vergleichspersonen, zeigten aber über die Jahre hinweg einen vergleichsweise schnelleren kognitiven Niedergang. Innerhalb dieser Gruppe allerdings wiesen Personen mit einem mittleren kognitiven Anforderungsprofil

---

im Berufsleben (Sprache und Wissen, Informationsverarbeitung, Mustererkennung, sozial koordinierende Aufgaben) einen geringeren kognitiven Niedergang auf als die Vergleichsgruppe (Personen ohne ApoE e4).

**Diskussion:** Insgesamt wirken sich hohe kognitive Anforderungen im Berufsleben positiv auf die Verlangsamung des kognitiven Niedergangs aus unabhängig davon, ob die Personen ApoE e4 aufweisen oder nicht. Berufe, in denen Sprache, Wissen, Mustererkennung, Informationsverarbeitung, aber auch viele soziale Kontakte (Dienstleistungen) eine bedeutsame Rolle spielen, wirken sich günstig, also verlangsamen auf die Demenzentwicklung aus. Die Intensität komplexer Informationsverarbeitung scheint dabei den wichtigsten protektiven Faktor zu bilden. Hierbei wird sowohl das Langzeit- wie das Arbeitsgedächtnis in besonderer Weise gefordert mit der Folge, die Netzwerkeffizienz des Gehirns zu verbessern. Dieser Effekt ist bedeutsamer als die Frage nach dem ApoE e4 Allel. Es spricht also alles dafür, anspruchsvolle geistige Aktivitäten lebenslang zu verfolgen, um damit das Tempo des kognitiven Niedergangs positiv zu beeinflussen – egal, ob man ApoE e4 Träger ist oder nicht.

**Quelle:** Rodrigues, F., Roehr, S. et al. (2021). Effects of APOE e4-allele and mental work demands on cognitive decline in old age: Results from the German Study on Ageing, Cognition, and Dementia in Primary Care Patients (AgeCoDe). *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 36, 152-162

**Schlagworte:** Kognitive Reserve, geistige Beanspruchung, Risikofaktoren\_

---

#### (4) Frühe psychische Erkrankungen beschleunigen den Alterungsprozess

**Ziel/Hintergrund:** Personen mit psychischen Erkrankungen weisen eine reduzierte Lebenserwartung um 10-20 Jahren auf. Da der Beginn der psychischen Erkrankungen im Lebensverlauf eher früh und die zum Tode führenden physischen Erkrankungen erst erheblich später auftreten, ergibt sich die Frage, ob psychische Erkrankungen einen beschleunigten Alterungsprozess im Vergleich zur psychisch gesunden Bevölkerung auslösen, der dann (früher) zu Erkrankungen und Mortalität führen. Eben dieser Fragestellung geht die neuseeländische Studie in einer populationsbasierten Langzeitstudie nach.

Dabei wird nicht nach verschiedenen psychischen Erkrankungen unterschieden, sondern alle psychischen Erkrankungen werden in einem gemeinsamen Wert erfasst (p-Faktor). Gleichfalls werden nicht bestimmte physische Erkrankungen, sondern Merkmale des Alterungsprozesses selbst erfasst (kardiovaskuläre, metabolische, pulmonare, immunologische, nephrologische Merkmale zusammen mit dem Zahnstatus). Dieser Wert erfasst den kumulativen Abdruck von verschiedenen, miteinander verbundenen Organsystemen und erlaubt, die Rate des biologischen Verfalls bzw. Alterungsprozesses einzuschätzen. Hinzu kommen Werte für kognitive, motorische und sensorische Funktionen. Laborwerte, klinische Assessments und Selbstberichte werden genutzt. Besondere Belastungen durch frühkindliche Erkrankungen werden berücksichtigt sowie andere möglicherweise relevante Faktoren und Variablen.

**Methoden:** Teilnehmende wurden im Rahmen der Dunedin-Studie (Dunedin Multidisciplinary Health and Development Study: alle in Dunedin zwischen 1972 und 1973 geborenen Personen, erstes Assessment im Alter von 3 Jahren) gewonnen. Folgeuntersuchungen erfolgten nach 5, 7, 9, 11, 13, 15, 18, 21, 26, 32, 38, und 45 Jahren. Werte von 938 Personen konnten über diesen Zeitraum erhoben und miteinander verglichen werden. Beschrieben wird die Erhebung psychischer Störungen (insgesamt 14 verschiedene Störungen werden erfasst) sowie die Zusammenfassung in einem einzigen Faktor (p-Faktor genannt). Dieser Faktor fängt Ausmaß und Umfang ein, in dem Teilnehmende sich in Bezug auf Verschiedenheit und Dauer verschiedener psychiatrischer Symptome voneinander unterscheiden.

Weiterhin werden beschrieben die Erfassung der altersbeschleunigenden Faktoren in den mittleren Altersjahren, Gesundheit und Misshandlung in der Kindheit, BMI,

---

Rauchen, Einnahme von Psychopharmaka sowie die statistische Analyse.

**Resultate:** Wie erwartet stellt sich heraus, dass Teilnehmende mit einem höheren p-Faktor (Psychopathologie insgesamt) ein schnelleres Voranschreiten von Alterungsprozessen in den mittleren Jahren (45J) aufwiesen. Psychisch kranke Personen wiesen einen um 5,8 Jahren weiter fortgeschrittenen Alterungsprozess auf als psychisch gesunde Teilnehmende. Dies konnte auch für motorische, sensorische und kognitive Kompetenzen festgestellt werden. Zudem: Erkrankungen in der Kindheit gingen sowohl der Psychopathologie als auch dem beschleunigten Alterungsprozess voraus. Die Berücksichtigung von Erkrankungen in der Kindheit änderte aber nichts an dem beschriebenen Zusammenhang von psychischen Erkrankungen und vorzeitigem Altern. In den Selbstbeschreibungen äußerten Teilnehmende dieser Gruppe ein vergleichsweise höheres subjektiv empfundenes Alter und beklagten sich vermehrt über nachlassende kognitive Kompetenzen als gesunde Teilnehmende. Unabhängige Beobachter bestätigten: Teilnehmende aus dieser Gruppe würden älter aussehen als die gesunde Vergleichsgruppe.

**Diskussion:** Psychische Störungen beschleunigen den Alterungsprozess bereits in den mittleren Lebensjahren. Dies gilt nicht nur für einzelne Erkrankungen, sondern über eine breite Palette psychischer Störungen hinweg. Dieser Zusammenhang wird nicht erklärt durch Faktoren wie Rauchen, Fettleibigkeit, Medikamente oder physische Erkrankungen. Psychopathologie per se trägt also bei zu einem kumulativen, voranschreitenden körperlichen Niedergang und betrifft eine breite Palette unterschiedlicher Körperfunktionen.

Die Autoren bieten mehrere Erklärungen an: Psychopathologie geht mit schlechtem Gesundheitsverhalten einher, Arztbesuche und Vorsorgeuntersuchungen werden vernachlässigt, die eigene Bildung wird vernachlässigt und der sozioökonomische Status bleibt niedrig, belastende Ereignisse mögen häufiger zu viel Stress bei zugleich schlechtem sozialem Netzwerk führen, viel Stress bedingt unbemerkte Entzündungsprozesse, welche zur Psychopathologie beitragen.

Insgesamt schließen die Autoren daraus: Menschen mit psychischen Erkrankungen müssen vermehrt präventiven Maßnahmen zugeführt und zu einem angemessenen Gesundheitsverhalten ermutigt werden.

---

**Quelle:** Wertz, J., Caspi, A., et al. (2021). Association of History of Psychopathology With Accelerated Aging in Midlife. *Jama Psychiatry*, doi:10.1001/jamapsychiatry.2020.4626

<https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2776612>

**Schlagworte:** Psychopathologie, Alternsbeschleunigung

---

## (5) Soziale Kognition stellt einen Sonderfall im Degenerationsverlauf bei Demenz dar

**Ziel/Hintergrund:** Soziale Kognition stellt eine der sechs Ebenen/Dimensionen der kognitiven Funktionen dar. Sie bezeichnet grundlegend die Fähigkeit, zwischen Personen und Objekten zu unterscheiden und Vorstellungen über das Verhalten, die Emotionen und Haltungen anderer Personen zu entwickeln. Dies umfasst im Einzelnen die Fähigkeiten, sozial und emotional relevante Signale wahrzunehmen (u.a. Augensprache, Mimik, Körpersprache, Stimmmodulation), sie einzuordnen und zu verstehen („Theory of Mind“, u.a. Meinungen, Haltungen und Verhalten anderer vorherzusagen) sowie sozial relevante Entscheidungen zu fällen.

Zumeist wird angenommen, dass soziale Kognition wie andere kognitive Ebenen im Laufe der Alzheimer-Erkrankung abnimmt, insbesondere die „Theory of Mind“. Fraglich ist, ob die Degeneration in gleichem Umfang und mit gleicher Geschwindigkeit wie die der anderen Ebenen verläuft. Alternativ wird überlegt, ob soziale kognitive Defizite weniger von global kognitivem Abbau abhängen, sondern einer eigenständigen Logik folgen. Ein Abbau sozialer Kognition schlägt sich zumeist in Verschlechterung der Emotionsregulation und damit in einer Zunahme sozialer Konflikte, herausforderndem Verhalten sowie Belastungen der Angehörigen nieder.

Vorliegende brasilianische Studie untersucht die Zusammenhänge von sozialer Kognition, globaler Kognition und weiteren klinischen Variablen bei Menschen mit leichter bis moderater Demenz sowie Angaben der pflegenden Angehörigen zur Lebensqualität und Belastung.

**Methoden:** 137 Dyaden (Person mit Demenz und Angehörige) wurden gewonnen, davon 87 Personen mit milder und 50 mit moderater Demenz. Personen mit Demenz und Angehörige wurden zur sozialen Kognition befragt (Emotionserkennung, Empathie, sozial konformes Verhalten, antisoziales Verhalten, Geselligkeit) und der Grad der Differenz zwischen den Einschätzungen festgestellt. Weitere Instrumente bildeten kognitive Funktionen insgesamt und Lebensqualität (Einschätzungen von beiden mit Differenz) sowie Belastungserleben und Affektivität (Depression und Ängste) ab.

Resultate: Wie erwartet erwiesen sich Personen mit moderater Demenz funktional

---

und kognitiv eingeschränkter als Personen mit milder Demenz, wiesen mehr herausforderndes Verhalten auf und beklagten Angehörige vergleichsweise höhere Belastungen. Allerdings: In Bezug auf soziale Kognition konnten kaum Unterschiede zwischen Menschen mit leichter und moderater Demenz aufgezeigt werden.

**Diskussion:** Die Autoren vermuten, dass soziale Kognition bei leichter bis moderater Demenz nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Niedergang der anderen kognitiven Funktionen stehen – der kognitive Niedergang erfolgt demnach nicht homogen. Während also globale kognitive Funktionen abnahmen und herausforderndes Verhalten der Personen mit Demenz und Belastungserleben der Angehörigen zunahm, blieben die Werte für soziale Kognition in etwa gleich. Soziales und emotionales Funktionieren folgt demnach einem anderen Degenerationsverlauf als globale kognitive Funktionen und erweist sich vergleichsweise stabiler. Unter anderem mag dies daran liegen, dass die Einschätzung sozialer Kognition mehrheitlich Selbstwahrnehmungen zusammen mit Überzeugungen und Werten beinhaltet und insgesamt weniger objektiv ausfällt als die Messungen von Erinnerung, Sprache und Exekutivfunktionen. Der Niedergang sozialer Kognition hängt eher mit Veränderungen in den emotionsverarbeitenden als mit den für Kognition ermöglichenden Hirnarealen zusammen.

**Quelle:** Belfort, T., Simoes, J. et al. (2020). Social cognition: Patterns of impairments in mild and moderate Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 35, 1385-1392

**Schlagworte:** Demenz, soziale Kognition, Lebensqualität

Vgl.: Grainger, S., Crawford, J. et al. (2020). An investigation into early-life stress and cognitive function in older age. *International Psychogeriatrics*, 32(11), 1325-1329

Es ist bekannt, dass sich Kindheitsstress bzw. frühkindliche Traumatisierungen auf kognitive Funktionen im Erwachsenenalter negativ auswirken. Bisher hat allerdings keine Studie untersucht, ob sich auf Folgen für die soziale Kognition belegen lassen.

---

Vorliegende Studie aus Australien untersucht die Beziehung zwischen frühkindlichen Traumatisierungen und sozialer Kognition im Alter.

Daten von 168 Personen wurden in einer Befragung erhoben zu Themen wie emotionaler Missbrauch oder Vernachlässigung, physischer Missbrauch oder Vernachlässigung und sexuellem Missbrauch. Die Gesamtgruppe wurde unterteilt in 2 Gruppen, die eine mit leichter bis mittlerer Schwere in Bezug auf Vernachlässigung und/oder Missbrauch, die andere Gruppe ohne Missbrauch und/oder Vernachlässigung. Für beide Gruppen wurden sodann Daten für soziale Kognition erhoben. Soziale Kognition wurde anhand des Verfahrens „Reading the Mind in the Eyes Test“ erhoben. Anhand von 36 Bildern von Augenpartien wird eingeschätzt, wie gut die getestete Person Affekte erkennen kann. Einschränkend muss dabei festgehalten werden, dass mit diesem Test nur eine Dimension sozialer Kognition erhoben werden kann, die der ‚Theory of Mind‘. Offen bleibt, wie es sich für andere Dimensionen wie soziale Wahrnehmung oder Empathiefähigkeit verhält.

Für allgemeine (globale) kognitive Funktionen konnte kein spezifischer Effekt bezüglich Traumatisierung festgestellt werden mit einer Ausnahme: physische Vernachlässigung. Personen, die in der Kindheit in höherem Umfang physische Vernachlässigung erfahren hatten, wiesen im Alter vergleichsweise höhere kognitive Beeinträchtigung auf. Ein besonderer Effekt von Traumatisierung auf soziale Kognition konnte nicht festgestellt werden.

Einschränkend führen die Autoren aus: Die untersuchten Personen wiesen nur geringe Grade selbstbekundeter kindlicher Traumatisierung auf. Zum anderen steht in Frage, wie verlässlich die Erinnerung an frühkindliche Traumatisierungen einzuschätzen ist, besonders aufgrund des ‚positivity bias‘, also der Neigung älterer Personen, die eigene Vergangenheit eher in ein günstiges Licht zu rücken.

Andererseits: wenn schon bei Personen mit geringer Schwere der Traumatisierung leichte Effekte auf globale Kognition feststellbar sind, dann muss dies erst recht für Menschen mit schweren Traumatisierungen angenommen werden.



---

## (6) Früher Elterntod stellt einen Risikofaktor für Demenzentwicklung dar

**Ziel/Hintergrund:** Nachteilige Kindheitserfahrungen, besonders der frühe Tod der Eltern, wirken sich nachweislich auf körperliche und seelische Gesundheit im Erwachsenenalter aus. Man schätzt, dass zwischen 23% und 35% der Bevölkerung in Europa und den USA davon betroffen sind. Einzelne Untersuchungen belegen den Effekt auf Depressivität und Suizid, (geringerem) Lernerfolg, (ungünstige) berufliche Entwicklung, vermehrte Scheidung sowie höhere Wahrscheinlichkeit für Psychosen. Nachteilige Kindheitserfahrungen machen Personen anfälliger für Stress (HPA-Achse) sowie für (schleichende) Entzündungsprozesse, die ein höheres Demenzrisiko mit sich bringen. Bisher erfolgte Studien bezüglich des Zusammenhangs von Elterntod und Demenz ergeben kein eindeutiges Bild. Vorliegende Studie aus Spanien untersucht den Zusammenhang anhand von Daten einer großen repräsentativen Teilnehmerzahl aus Europa.

**Methoden:** Die Studie nutzt Daten der siebten Welle der Datenerhebung aus ‚Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe‘ (SHARE) von 2017. Teilnehmende sind Personen über 50 Jahre aus 27 europäischen Staaten und umfasst 76250 Personen. Bezüglich 65997 Personen liegen Daten über den Tod der Eltern vor. Beschrieben werden die Datenebenen: Zeitpunkt des Elterntodes, funktionale Fähigkeiten, Kognition und Persönlichkeit sowie 18 ausgesuchten Erkrankungen, darunter auch affektive Störungen und Demenz. Die 18 Erkrankungen werden in Beziehung gesetzt zum Zeitpunkt des Elterntodes, unterschieden in Tod des Vaters, der Mutter, beider Eltern. Verschiedene Verfahren werden beschrieben, um Korrelationen zu ermitteln.

**Resultate:** 2,2% (1431 Personen) wiesen eine Demenz auf. Personen, die vor dem oder während des 16. Lebensjahr die Eltern verloren hatten, wiesen vergleichsweise häufiger eine Demenz auf als Personen, bei denen dies nicht der Fall war. Dies traf in gleicher Weise für die Summe der Erkrankungen zu: beim Elterntod vor dem oder während des 16. Lebensjahr ergab sich eine vergleichsweise höhere Anzahl von Erkrankungen. Trat der Elterntod später, nach dem vollendeten 16. Lebensjahr auf, dann fielen die Unterschiede sehr viel geringer aus.

---

**Diskussion:** Für alle Altersgruppen mit frühem Elterntod bis einschließlich des 16. Lebensjahres ergeben sich vergleichsweise höhere Risiken für eine Demenzentwicklung. Selbst wenn man andere Variablen berücksichtigt wie Bildung, Alter, Neurotizismus bleibt der Zusammenhang signifikant. Früh erfahrener Stress scheint assoziiert zu sein mit beschleunigtem Zellaltern, Entzündungsvorgängen, Bluthochdruck und vermehrter Cortisolausschüttung, welche in ihrem Zusammenwirken das höhere Demenzrisiko erklären könnten. Praktisch betrachtet bedeutet dies, dass Menschen mit frühem Elterntod einer besonderen Begleitung bedürfen, die ihnen hilft, besser mit Stresssituationen umgehen zu können und bessere Resilienz zu entwickeln. Die Studie unterstreicht die Bedeutsamkeit eines emotional warmen und unterstützenden Elternhauses für die psychische Entwicklung.

**Quelle:** Conde-Sala, J., Garre-Olmo, J. (2020). Early parental death and psychosocial risk factors for dementia: A case-control study in Europe. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 35, 1051-1059

**Schlagworte:** Traumatisierung, Demenz, Tod der Eltern sind.

---

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

**Ziel/Hintergrund:** Für alte, multimorbide Menschen tritt die Heilungsperspektive eher zurück und macht Platz für die Frage der verbleibenden Lebensqualität. Behandlungsleitlinien berücksichtigen diese Situation oft ungenügend. In der Behandlung wird zunehmend nach einem mehr personenzentrierten Ansatz gesucht, der die Prioritäten des Patienten (Verbesserung, Optimierung der Lebensqualität) mehr in den Vordergrund rückt. Zwar werden Präferenzen, besonders in palliativen Situationen, zunehmend erfragt, allerdings zumeist mit Blick auf recht spezifisch-krankheitsbedingte klinische Ausgangslagen und weniger für Kontexte der Multimorbidität.

Vorliegende Studie stellt ein niederländisches und auf den deutschen Kontext angepasstes Assessment vor („Life and Vitality Assessment“ = LAVA), das Präferenzen ohne normative Vorgaben aus der Perspektive der Patienten zu erheben erlaubt. Ziel des Instrumentes ist es, den Nutzern zu ermöglichen, sich ihre wichtigsten Quellen der Lebensqualität vor Augen zu führen und dann zu bewerten, wie zufrieden man in der gegebenen Lebenssituation mit diesen Quellen ist. Das Instrument ist ohne spezifische Schulung und ohne großen Aufwand anwendbar.

**Methoden:** Zunächst wird in groben Zügen die Entwicklung und die Gestalt des LAVA-Instruments in den Niederlanden beschrieben. Das Verfahren weist 2 Schritte auf: in einem ersten erhalten die Teilnehmenden Kärtchen mit zentralen Begriffen wie z.B. Gesundheit, Mobilität, geistige Gesundheit, Partner, Familie. Die Karten werden unter drei Bewertungen gesetzt: nicht wichtig, wichtig, sehr wichtig. In einem zweiten Schritt werden nur die Karten unter ‚sehr wichtig‘ weiterbearbeitet. Diese werden in einer Skala von 1 (wenig befriedigend, wenig erfüllt) bis 10 (sehr zufrieden, sehr erfüllt) bewertet. Diese Aufstellung ergibt ein visuell klares Bild über Ressourcen und Probleme.

In der deutschen Studie wurde dieses Instrument genutzt, um die Perspektive alter, multimorbider Patienten mehr in den Vordergrund der Behandlungsplanung zu rücken. (Priorisierung durch Teilhabe: PACT) Zu diesem Zweck wurde das Instrument dem deutschen Kontext angepasst und die ursprünglich 30 Kärtchen auf 25 reduziert und zum Teil erweitert. Das Instrument wurde sodann in den Assessmentprozess von älteren multimorbiden Patienten integriert. Der Nutzung dieses Instruments wurde ein strukturiertes Interview vorgeschaltet (INTERMED for the Elderly Interview: IM-E), in

---

dem nach körperlichen, psychischen, sozialen Anliegen sowie zu Krankheiten und Gesundheit gefragt wurde. Nach dem Interview und dem Ausfüllen des LAVA-Bogens wurden die wichtigsten Ergebnisse aus beiden Prozess-Schritten ausführlich mit den Patienten besprochen.

**Resultate:** Die Autoren präsentieren 3 Fallvignetten, an denen sie das Vorgehen und die Ergebnisse illustrieren. Dabei wurden Themen offenbar wie z.B. ein ungenügendes Schmerzmanagement, eine Vertiefung des Zusammenhangs zwischen erfahrenen Lebenstraumata und Schlafproblemen, ein Bedürfnis nach mehr Information und Aufklärung des Krankheitsverlaufes.

**Diskussion:** Das beschriebene Vorgehen trägt dazu bei, die Perspektiven und Prioritäten multimorbider Patienten mehr in den Vordergrund der Behandlungsplanung zu rücken. Das LAVA Assessment kann in 5-10 Minuten durchgeführt werden und wird daher als praxistauglich eingeschätzt. Die Autoren heben den nicht-normativen Charakter der Erhebung hervor, da weder das Interesse der Interviewenden noch dessen Fragen das Assessment dominieren. Die gewählten Kärtchen sind thematische sehr weit und offen platziert und weniger geeignet, die Person zu nur ausgewählten Aspekten zu befragen.

**Quelle:** Wild, B., Wurmbach, V.S. et al. (2021). Assessing the perspective of well-being of older patients with multiple morbidities by using the LAVA tool- a person-centered approach. BMC Geriatric, 21:427, <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02342-3>

**Schlagworte:** geriatrische Patienten, Lebensqualität

---

## (8) Leitung und Führung bilden den wichtigsten Faktor in der Entwicklung personenzentrierter Pflege

**Ziel/Hintergrund:** Der Kontext der Pflege ist entscheidend dafür, ob Mitarbeitende personenzentriert pflegen können. Die Mehrzahl der Studien belegt, dass eine personenzentrierte Pflege die Lebensqualität der Bewohnerinnen und die Zufriedenheit der Mitarbeitenden verbessert und erhöht. Mitarbeitende berichten von einem besseren psychosozialen Arbeitsklima, weniger Gewissensprobleme und geringere Arbeitsbelastung. Insgesamt kann personenzentrierte Pflege als ‚Goldstandard‘ der Pflege bewertet werden.

Zunehmend mehr Forschungen befassen sich mit der Frage nach den Determinanten der Kontexte, die eine derartige Arbeitsweise ermöglichen bzw. erschweren. Einer der immer wieder genannten Faktoren ist die Qualität des Managements, der Leitung und Führung. Weitere Faktoren betreffen die Mitarbeiterkompetenz, der Mitarbeiterschulung und -begleitung (im englischen Kontext zumeist ‚Supervision‘ genannt) sowie Merkmale der Pflegeumgebung. Vorliegende schwedische Studie untersucht Faktoren, die einen hohen sowie einen niedrigen Kontext für personenzentrierte Pflege bestimmen.

**Methoden:** Vorliegende Studie ist Teil einer größeren schwedischen Langzeitstudie über die Struktur, Inhalte und Ergebnisse personenzentrierter Pflege. (Swedish National Inventory of Care and Health in Residential Aged Care: SWENIS). Es handelt sich um Querschnittsdaten aus den Jahren 2013 bis 2014. Per Zufallsauswahl wurden aus 290 Ortschaften 172 Heime identifiziert. 3605 Mitarbeitende, 4831 BewohnerInnen sowie 191 Heimleiter nahmen an der Befragung teil. Mitarbeitende wurden gebeten, das Engagement der Leitenden sowie den Stand personenzentrierter Pflege einzuschätzen. Bewohnerdaten wurden erhoben (ADL und kognitiver Status) sowie die Heimleiter zur Leitung und organisationalen Merkmalen der Einrichtung befragt. Die statistische Datenanalyse wird beschrieben.

**Resultate:** Engagement und direkte Unterstützung durch Leitende wurden von Mitarbeitenden in einen unmittelbaren Zusammenhang mit personenzentrierter Pflege gebracht. In Pflegebereichen mit einem hohen Umsetzungsgrad personenzentrierter Pflege

---

fanden sich vergleichsweise mehr examinierte/diplomierte Pflegefachpersonen und vergleichsweise weniger Pflegeassistenten oder angelernte Mitarbeiter.

Bereiche, die sich auf die Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz spezialisiert hatten (Special Care Units), wiesen, wie erwartet, auch höhere Umsetzungsgrade personenzentrierter Pflege vor. Diese Bereiche betreuten Bewohner, die vergleichsweise abhängiger in den Aktivitäten des täglichen Lebens waren. Zudem konnte ein Zusammenhang hergestellt werden zwischen personenzentrierter Pflege und Bereichsgröße: kleinere Bereiche, insbesondere die ‚special care units‘, wiesen einen höheren Umsetzungsgrad auf.

Diskussion: Die Studie bestätigt erneut einige zentrale Annahmen, die bereits in früheren Studien beschrieben wurden. Das Interesse und Engagement der Leitungs- und Führungskräfte bildet einen ganz entscheidenden Faktor für die personenzentrierte Pflege und Betreuung. Genauer hin wird darunter verstanden: ein Bemühen, Wissen und Kompetenzen der Mitarbeitenden zu erhöhen, eine professionelle Personalentwicklung, ein konkretes Interesse an den täglichen Herausforderungen in der Pflege, ein aktives Bemühen um den Teamzusammenhalt („team spirit“), ein aktives Wahrnehmen und Anerkennen der geleisteten Pflegequalität. Mitarbeitende fühlen sich dann unterstützt, wertgeschätzt und anerkannt. Dies wiederum geht mit einem höheren Engagement der Mitarbeitenden einher. Es bestätigt sich der enge Zusammenhang zwischen personenzentrierter Führung und Pflege. Der vergleichsweise höhere Anteil examinierten/diplomierten Personals trägt wohl zum Kompetenzgefühl des Teams bei, den Herausforderungen fachlich gewachsen zu sein.

Kleinere, auf das Leben mit Demenz angepasste Wohl/Pflegebereiche („homelike“) sind eher in der Lage, personenzentrierte Pflege zu leisten. Dies scheint auch dem Wunsch der Pflegenden zu entsprechen, in einem solchen Setting auch eher professionelle Ziele erreichen zu können. In einer solchen Umgebung scheint Aktivierung und Teilhabe am gemeinsamen Leben besser zu gelingen als in großen Bereichen. Führungskräften kommt die Aufgabe zu, nach Möglichkeit solche kleinräumigen Umgebungen zu schaffen, in denen ein familienähnliches Zusammenleben ermöglicht werden kann.

**Quelle:** Backman, A., Sandman, P.-O., Sköldunger, A. (2021). Characteristics of nursing home units with high versus low levels of person-centred care in relation to leadership, staff-resident- and facility factors: findings from SWENIS, a cross-sectional study in

---

Sweden. BMC Geriatrics, 21:498, <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02434-0>

**Schlagworte:** Person-zentrierte Pflege, Leitung, Management, Mitarbeiter

---

(9) Nicht die Größe oder das Design, sondern die Fähigkeiten der Mitarbeitenden sind entscheidend für soziale Interaktion.

**Ziel/Hintergrund:** Spezielle stationäre Einrichtungen bzw. Bereiche für Menschen mit Demenz mit einem häuslichen Charakter, einem besonderen räumlichen Design und einem speziellen therapeutischen Konzept wurden entwickelt, um stressbedingtes Verhalten zu reduzieren, Lebensqualität und Autonomie zu erhöhen sowie Beschäftigung und soziale Kontakte zu vermehren. Vorliegende deutsche systematische Literaturstudie fasst Ergebnisse qualitativer und quantitativer Studien zu dem Aspekt soziale Interaktion zusammen.

**Methoden:** Es handelt sich um eine Studie, die auf je unterschiedliche Weise qualitative und quantitative Literaturen aussucht, bewertet und zusammenfasst.

**Resultate:** Aus 1397 Artikeln wurden 18 Studien in die Literaturanalyse einbezogen. Soziale Interaktion wird unter verschiedenen Titel verhandelt (Kontakte, Beziehungen, Engagement, Gruppen, Netzwerke etc.). Einige Studie vergleichen spezielle mit regulären Einrichtungen, vergleichen soziale Kontakte vor und nach Einzug in eine spezielle Einrichtung, verfolgen die Entwicklung der Bewohner\*Innen über einen längeren Zeitraum.

Obwohl Klienten in speziellen Einrichtungen etwas mehr soziale Interaktionen als in regulären Einrichtungen erfahren, bleibt der Unterschied gering. So verbringen bspw. Bewohner\*Innen einer US-amerikanischen speziellen Einrichtung 10 ½ Stunden von insgesamt 12 Stunden ohne Interaktion.

Kontakte sind vglw. häufiger am Nachmittag als am Vormittag, werden zumeist auf Initiative des Personals vorzugsweise im Kontext von Hilfestellungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens aufgenommen. Mitarbeiter\*Innen, die die Personen gut kennen, haben mehr Kontakte zu den Bewohner\*Innen als unbekannte Mitarbeiter\*Innen. Mitarbeiter\*Innen in speziellen Einrichtungen nehmen vglw. mehr Kontakt auf und zeigen mehr Initiative als in regulären Einrichtungen. Konzept und Pflegephilosophie spielen dabei eine wichtige Rolle, wenn sie die Bedeutsamkeit sozialer Kontakte besonders hervorheben. In der Regel sind sich Mitarbeiter\*Innen auch dessen bewusst, dass das soziale Leben der Klienten weitgehend von ihnen abhängt.

Die Personen nehmen selten von sich aus Kontakt miteinander auf, auch nicht in



---

Gruppen, und gehen selten außer Haus. Zumeist halten sich die Personen im Wohn/Speisebereich auf. Die Gelegenheit, dort mit anderen in Kontakt zu kommen, wird kaum genutzt. Am ehesten werden Kontakte im Kontext von Mahlzeiten aufgenommen. Personen mit einer niedrigen Lebensqualität haben seltener Kontakte als Personen mit einer vglw. höheren Lebensqualität.

Das häusliche, kleinformative Ambiente unterstützt eine familiäre Atmosphäre, wobei auch in großen Bereichen durch Nischen und kleine Wohnzimmer eine solche Umgebung geschaffen werden kann. Weniger die Größe insgesamt als vielfältige Möglichkeiten, sich in eher geschützten Räumlichkeiten zusammenzufinden, scheint soziale Interaktion zu befördern. Eine hauswirtschaftlich geprägte Umgebung führt nicht zu einer Steigerung sozialer Interaktion: der Charakter eines Speiseraums scheint nicht geeignet, in einen mehr persönlichen Austausch zu kommen.

**Diskussion:** Insgesamt schlagen die Vorteile spezieller Bereiche für Menschen mit Demenz bezüglich sozialer Interaktion recht marginal zu Buche. Dies ist zum einen der Krankheit selbst und damit den abnehmenden sozialen und sprachlichen Kompetenzen geschuldet. Hinzu kommen vermutlich soziale Erwartungen bezüglich dessen, was an Interaktion in einem Speise/Wohnraum zulässig oder erwünscht ist. Menschen mit Demenz passen sich an die vermuteten sozialen Erwartungen an – hier, still im Speisesaal zu sitzen und zu warten. Es sind eher ein-zu-eins Situationen im Rahmen der Unterstützung bei Aktivitäten des täglichen Lebens, bei denen soziale Interaktionen zu erwarten sind.

Räumliche Gegebenheiten und die Größe des Bereichs spielen eine Rolle, entscheidend aber sind die Fähigkeiten und Fertigkeiten der Mitarbeitenden, immer wieder Interaktionen zu initiieren und dafür Gelegenheiten zu suchen oder zu schaffen. Verhalten, Kompetenzen und Haltung der Mitarbeitenden bilden den entscheidenden Faktor, nicht die Größe oder das Design der Einrichtung.

**Quelle:** Adlbrecht, L., Bartholomeyczik, S., Hildebrandt, C., Mayer, H. (2021). Social interactions of persons with dementia living in special care units in long-term care: A mixed-methods systematic review. *Dementia*, <https://doi.org/10.1177/1471301220919937>

---

**Schlagworte:** SCU, Demenz, Mitarbeiter

---

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

**Ziel/Hintergrund:** Im Verlauf der Demenzentwicklung wird die Bandbreite dessen, was man tun und erleben kann, immer schmaler. Die Erlebnis- und Kontaktarmut kann zu neuropsychiatrischen Symptomen und herausforderndem Verhalten beitragen. Nicht-pharmakologische Möglichkeiten scheitern oft an mangelnder Ausbildung, fehlendem Personal und ungenügenden Ressourcen. Zunehmend kommen virtuelle Möglichkeiten in den Blick, um den Personen interessante Erfahrungen und Erlebnisse zu vermitteln und damit einen Beitrag zu emotionaler Stabilität zu leisten. In vorliegender Studie aus Südkorea geht es um die Entwicklung einer VR (Virtual Reality)-Plattform mit realistischen, altersangepassten Umgebungen, in die mittels einer VR-Brille ‚eingetaucht‘ werden kann. Es werden Umgebungen entwickelt, die nach Möglichkeit den Bedürfnissen und Lebenswelten alter Koreaner mit Demenz entsprechen und von diesen als anregend, interessant und emotional befriedigend erfahren werden können.

**Methoden:** In einer ersten Phase werden Personen mit Demenz (HeimbewohnerInnen) ausgesucht, die in der Lage sind, zu positiven Aktivitäten Auskunft zu geben. Dabei orientieren sich die Autoren an den 5 psychologischen Bedürfnissen von Kitwood (comfort, identity, attachment, occupation, inclusion). Zusammen mit einer auf solche Anwendungen spezialisierten Firma werden in einer zweiten Phase entsprechende virtuelle Umgebungen entwickelt. In einer dritten Phase wurden ausgesuchte HeimbewohnerInnen (leichte bis mittlere Demenz, MMSE 15 und höher) mit diesen Umgebungen konfrontiert und die Effekte beforscht.

Die ausgesuchten virtuellen Umgebungen sind derart angelegt, dass sie verschiedene sensorische Modalitäten und psychologische Bedürfnisse berücksichtigen. So besucht man einen Bahnhof, sieht und hört Züge, kauft sich eine Fahrkarte, steigt in den Zug und fährt los; man kommt zur Schule, trifft dort Kinder, schaut sich Spielplätze an, interagiert mit virtuellen ‚Freunden‘, erhält ein Geschenk; man geht in ein traditionelles Kaffeehaus oder Kino, bestellt sich einen Kaffee, beobachtet die anderen Gäste, greift nach einer Zeitung, besucht dann den angrenzenden Markt mit Ständen und Geschäften; man fährt aufs Land, sieht dort Felder, Flüsse, Wälder, hört das Rauschen des Wassers, entzündet ein Feuer im Kamin, schaut sich Familienfotos an; man geht in einen Weinberg, lauscht den Zikaden, fährt mit dem Boot auf eine Insel, besucht einen Bambus-Garten, alle Szenen kombiniert mit entsprechenden visuellen, akustischen und haptischen Reizen.

---

In allen Umgebungen kann man mit der Hand (Leap Motion Controller: Steuerung durch Handbewegungen) nach etwas greifen und in diesen Umgebungen seine Richtung wechseln.

Die Versuchspersonen mit Demenz sitzen neben einer Assistentkraft, die sie in dem Versuch begleitet. Eine ‚Sitzung‘ dauert etwa 20-30 Minuten. Nach der Sitzung werden die Probanden gefragt, welche Erfahrungen sie gemacht haben und wie sie die Erfahrung bewerten.

**Resultate:** Alle Teilnehmenden waren weiblich mit einem MMSE 21,44 (+/- 4,59), also Personen mit einer eher leichten Form der Demenz. Der Effekt des ‚Eintauchens‘ (immersion) wird mit 4,93 (von maximal 5) angegeben, die Präferenz mit 4,35 (von maximal 5). Mit Komfort assoziierte Tätigkeiten wurden am bedeutsamsten bewertet (sich bewegen, Zeitschriften anschauen, Musik), gefolgt von Identität, Bindung, Beschäftigung und Einbeziehung. 6 von 10 Probanden benötigten bei der Nutzung direkte Hilfe, besonders im Umgang mit dem Visor und den steuernden Handbewegungen. Sieben Personen berichteten von positiven, 3 von positiven und negativen Erfahrungen.

**Diskussion:** Die Probanden tauchten besonders gern in diejenigen Umgebungen ein, die ihnen vertraut waren und ihre individuellen Vorlieben reflektierten. Das Interesse, das Engagement und die Freude an dieser Art von Tätigkeit belegen, dass die Intervention möglich ist und grundsätzlich gut ankommt. Allerdings müssen die Inhalte sehr sorgfältig und präzise für Menschen mit Demenz entwickelt werden. Die Umgebung ‚Straße der Erinnerung‘ (oben an 2. Stelle genannt) kam bei den Teilnehmenden am besten an. Teilnehmende hatten einige Schwierigkeiten mit dem Gewicht der VR-Brille (590 gr), mit der Steuerung durch Handbewegungen sowie mit der Sehschärfe – zuweilen klagten sie über unscharfe Szenerien. Einige empfanden auch das Abgeschnittensein von der realen Welt als Herausforderung. Hier könnte überlegt werden, ob leichtere VR-Brillen, die nicht ganz von der realen Welt abschließen, eine Alternative bilden, ob Bewegungsmuster, die nur die Hand, nicht aber den ganzen Arm in Anspruch nehmen, funktionieren könnten. Zwei Teilnehmende erlebten leichte Übelkeit, ein bekannter Effekt bei VR-Brillen. Ob sich virtuelle Anwendungen auf herausforderndes Verhalten und neuropsychiatrische Symptome auswirken, kann diese Studie nicht beantworten. Immerhin: diese Technik hat Potential für das Leben von Menschen mit Demenz im

---

Heim und es ist abzusehen, dass dementsprechende Ressourcen weiterentwickelt und zukünftig besser angepasst werden.

**Quelle:** Kim, J.-H., Park, S., Lim, H. (2021). Developing a virtual reality for people with dementia in nursing homes based on their psychological needs: a feasibility study. BMC Geriatrics, 21: 167, <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02125-w>

**Schlagworte:** Demenz, virtuelle Realität, VR-Brille

---

(11) SmartHome-Wohnungen schneiden besser ab als traditionelle Wohnraumanpassungen

**Ziel/Hintergrund:** Eine sensor- und informationstechnologische Steuerung verschiedener Funktionen in der eigenen Wohnung wird als SmartHome bezeichnet. Bestimmte Anwendungen können das eigenständige Wohnen im Alter erleichtern besonders dann, wenn die Personen alleine wohnen, Mobilitätsprobleme aufweisen und Angehörige nicht in der Nähe wohnen. Die dort zum Einsatz kommende Technik muss verlässlich, nutzerfreundlich, robust und wartungsarm sowie mit verschiedenen Erweiterungen wie z.B. Sturzsensoren, Notrufsystemen, Beleuchtungskonzepten etc. kompatibel sein.

Neben diesen Möglichkeiten gibt es die traditionelle Wohnraumanpassung wie z.B. Handläufe, ebenerdige Balkone, leicht zu bedienende Schalter und Stromstecker. Vorliegende deutsche Studie geht der Frage nach, wie BewohnerInnen eine SmartHouse Wohnung sowie eine Wohnung mit traditioneller Wohnraumanpassung bewerten und welchen preislichen Unterschied dies macht in Bezug auf den Mehrgewinn an Lebensqualität.

Methoden: Es handelt sich um eine Befragung im Rahmen einer Querschnittsstudie mit BewohnerInnen zwischen 65 und 90 Jahren, die entweder in einer Wohnung mit SmartHome Ausstattung oder in einer mit konventioneller Wohnraumanpassung leben. Kontrollgruppe bildeten 100 gleichaltrige weitere Mieter, die weder in der einen noch in der anderen Wohnform leben. Der Fragebogen ging auf verschiedene Aspekte der Wohnsituation ein, z.B. ob man im Fall der Pflege in der Wohnung verbleiben möchte, ob die Wohnausstattung das begünstigt, ob und wie man im Notfall Hilfe rufen kann, ob man sich in der Wohnung sicher fühlt und die jeweilige Ausstattung dies unterstützt, ob die Selbstständigkeit durch die Wohnform unterstützt wird, ob die nächtliche Orientierung unterstützt wird etc. Antworten auf vordefinierte Fragen konnten in einer 5-stufigen Skala gegeben werden. Im Schlussteil wurden spezifische SmartHome-Installationen auf ihren Nutzen befragt, z.B. Steuerung durch Tablet, Herdabschaltung, Lichtkonzept, LED-Lichtstreifen für nächtliche Orientierung, Lichtschelle, Lichtaktivierung beim Türöffnen, automatische Beleuchtung bei Annäherung, Sturzmelder, Meldung nach längerer Inaktivität (z.B. wegen Schlaganfall), Notruf, automatisierte Heizung/Kühlung und Belüftung. Weitere Punkte betreffen die konventionellen Wohnraumanpassungen (Handlauf etc.).

---

Resultate: Personen im SmartHome lebten vergleichsweise mehr allein und benötigten vergleichsweise mehr pflegerische Unterstützung (vermehrt die unteren Pflegegrade). In beiden Gruppen überwogen Herausforderungen in der Mobilität. Personen im SmartHome fühlten sich vergleichsweise sicherer. Besonders positiv bewertet wurde die Notruffunktion, die Lichtschelle sowie die LED-Beleuchtung in der Nacht. Das Tablet zur Lichtsteuerung dagegen wurde nicht gebraucht. Aber auch Aspekte der traditionellen Wohnraumanpassung wurden positiv beurteilt, so die Handläufe auf dem Balkon und Bad, der ebenerdige Balkonzugang sowie die einfach zu bedienenden Stromstecker (eine Vorrichtung, welche die Entfernung der Stecker erleichtert). Zwar erwiesen sich die Kosten für SmartHome höher, eine der wichtigsten Vorrichtungen (Notruf, Lichtschelle, LED-Orientierung) machen zusammen in der Anschaffung weniger als € 1000 aus. Dagegen erwiesen sich die nicht benötigten Vorrichtungen als besonders kostenträchtig.

**Diskussion:** Zusammenfassend urteilen die Autoren, dass SmartHome Ausstattungen insgesamt positiver als traditionelle Wohnraumanpassungen beurteilt wurden. Die Technologien unterstützen Kommunikation, da Besucher weniger häufig ‚überhört‘ werden, das Notrufsystem das Sicherheitsgefühl unterstützt und das Lichtkonzept nächtlicher Desorientierung entgegenwirkt. Insgesamt zeigten die BewohnerInnen eine positive Einstellung zu technischen Innovationen. Die Kosten halten sich in Grenzen. Daher plädieren die Autoren, dass die für wichtig erachteten Vorrichtungen von der Pflegeversicherung übernommen werden sollten.

**Quelle:** Jachan, D., Müller-Werdan, U., Lahmann, N., Strube-Lahmann, S. (2021). Smart@home-supporting safety and mobility of elderly dependent people in their own homes through the use of technical assistance systems and conventional mobility supporting tools: a cross-sectional survey. BMC Geriatrics, 21:205, <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02118-9>

**Schlagworte:** Mobilität, Wohnen, Smart Home, Demenz

---

## (12) Zugehende Psychotherapie für pflegebedürftige alte Menschen mit Depression bedarf dringend der Verbesserung

**Ziel/Hintergrund:** Herausforderungen Die Gesamtprävalenz von Depressivität für Menschen ab 75 Jahren beträgt international 7,2% für schwere Depression (major depression) und 17% für depressive Erkrankung insgesamt. Sind die Menschen an das eigene Daheim gebunden bzw. leben sie in einer Institution verdoppelt oder verdreifacht sich die Häufigkeit. Insbesondere schwere und belastende physische Erkrankungen lassen die Häufigkeit stark ansteigen. Antidepressiva zeigen eine geringe Wirkung und Psychotherapie wird von alten Menschen gerne angenommen. Zwar haben Studien über manualisierte (also detailliert beschriebene) Therapieprogramme die Wirksamkeit von Psychotherapie erwiesen, schließen aber zumeist pflegebedürftige Personen, die Zuhause oder in Einrichtungen leben, aus. Eben dieser Personenkreis kommt zudem sehr selten in den Genuss von Psychotherapie, da psychotherapeutische Praxen nicht immer barrierefrei sind, keine zugehenden Angebote vorhalten und es an Therapeuten mangelt, die sich für diesen Personenkreis spezialisiert haben.

Vorliegende Studie fasst zusammen, welche internationalen Programme und Empfehlungen für diese hoch vulnerable Gruppe vorliegen.

**Methoden:** Beschrieben wird die Literatursuche und -analyse.

**Resultate:** Die akzeptierten und effektiven Psychotherapie-Programme erweisen sich als hilfreich, wenn sie dem Alter der Klienten und ihrer Multimorbidität angepasst werden. Dazu gehört eine psychotherapeutische Haltung, die weniger auf Distanz, sondern auf Halt, Sicherheit und Bindungsqualität, also eine deutlich erhöhte emotionale Verbundenheit und Anteilnahme setzt. Therapeuten sind gehalten, sich möglicherweise vorliegender, negativer Altersbilder bewusst zu werden, mit den Ressourcen der Personen zu arbeiten und ihre Autonomie zu fördern. Inhaltlich geht es häufig um einschneidende Verluste, sich verändernde Lebensumstände und die Anpassung an diese, um die Auseinandersetzung mit dem Alt-Sein, der sozialen Isolation und Einsamkeit sowie interpersonalen Konflikten. Psychotherapeuten sollten sich mit den Diagnosen und der Medikation auskennen bzw. darüber Informationen einholen, um deren Auswirkungen auf den Klienten einschätzen zu können. Sensorische Defizite, insbesondere Hörminderungen, bedürfen der gezielten Beachtung. Angehörige



---

sind vermehrt miteinzubeziehen, da manche Interventionen die Fortsetzung im häuslichen Milieu erfordern und dabei des Verständnisses und der Unterstützung durch Angehörige bedürfen. Ideal ist ein zugehendes Angebot, da dies die unmittelbare Anpassung an bzw. Einübung in der eigenen Häuslichkeit erlaubt. Dies ist besonders bei verhaltensbezogenen sowie bei problemlösenden Interventionen u.U. ausschlaggebend. Positive Effekte liegen besonders vor für Ansätze aus der kognitiven Verhaltenstherapie (Selbstbestimmung und erfreuliche Aktivitäten, Umgang mit belastenden Situationen), der Lebensrückblick-Therapie (strukturierte, emotionsfokussiertes Erinnern mit dem Ziel erhöhter Selbst-Akzeptanz), der Problemlösungstherapie (Erhöhung der Lösungskompetenz konkreter Probleme durch Psychoedukation, interaktiven Übungen und Hausaufgaben) sowie der interpersonalen Therapie (Umgang mit Rollenveränderungen, Trauer, Beziehungsproblemen). Ansätze der kognitiven Stimulation und der Problemlösungstherapie eignen sich auch für Menschen mit leichten kognitiven Beeinträchtigungen. Ein US-amerikanisches aufsuchendes Programm (PATH) kombiniert verschiedene Elemente dieser Therapien (Problemlösung, Umgebungsanpassung, Angehörigenbeteiligung) und zeigt im Vergleich mit anderen Strategien eine größere Effektivität auf. In Deutschland wird zurzeit ein daran anknüpfendes Programm erforscht (PSY-CARE), das von speziell qualifizierten Psychotherapeuten in Berlin umgesetzt wird. (siehe unten) Der Einsatz von Case Manager im Kontext der Problemlösungstherapie kann ebenfalls zur Reduktion depressiver Erkrankungen führen.

**Diskussion:** Die Autoren resümieren: Psychotherapie wird von alten Menschen gerne angenommen und weist gute Erfolge auf. Der Zugang zur Psychotherapie für alte, pflegebedürftige Menschen bedarf dringend einer Verbesserung. Psychotherapeuten kommt die Aufgabe zu, flexible und zugehende Angebote zu entwickeln. Eine zusätzliche Qualifikation für die psychotherapeutische Arbeit mit alten, pflegebedürftigen Menschen ist wünschenswert. Krankenversicherungen sollten derartige Angebote finanzieren und für Therapeuten attraktiv machen. Vulnerable alte Menschen sollten aktiv auf mögliche psychische Gesundheitsprobleme hin untersucht und dann auch behandelt werden.

**Quelle:** Tegeler, C., Beyer, A.-K. et al. (2020). Current state of research on psychotherapy for home-living vulnerable older adults with depression. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 53, 721-727

---

**Schlagworte:** Depression, Psychotherapie,

zudem: Gellert, O., Beyer, A.-C., Tegeler, C. et al. (2020). Outpatient psychotherapy for home-living vulnerable older adults with depression: study protocol of the PSY-Care trial. BMC Geriatrics, 20:271, <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01661-1>

Das Projekt untersucht die Durchführbarkeit und Wirksamkeit einer zugehenden Form der Psychotherapie für pflegebedürftige alte Menschen mit Depression, die zuhause leben. Speziell geschulte Psychotherapeuten suchen die Klienten in deren Häuslichkeit auf. Klienten werden 2 Gruppen zugeordnet. Die Kontrollgruppe erhält telefonische Beratungen, die Interventionsgruppe erfahren 24 Sitzungen kognitiver Verhaltenstherapie, angereichert durch Methoden des Lebensrückblick, der Einbeziehung der Angehörigen und des Weiteren sozialen Systems. Erwartet wird eine vergleichsweise höhere Reduktion depressiver Symptome in der Interventionsgruppe sowie weitere positive Effekte auf Lebensqualität, Aktivitäten des täglichen Lebens sowie subjektiv empfundene Gesundheit.

---

(13) Im Umgang mit Aggressionen gilt es, eine Vogelperspektive auf die Gesamtsituation aufrecht zu erhalten

**Ziel/Hintergrund:** Professionell Pflegende sind Aggressionen seitens der Patienten und ihrer Familien häufig ausgesetzt. Trainings und Schulungen haben nicht zu einer nachhaltigen Verringerung aggressiver Vorkommnisse geführt. Einerseits neigen Pflegende dazu, derartige Vorkommnisse herunterzuspielen und zu ‚normalisieren‘, andererseits können diese Vorkommnisse zu Überreaktionen mit einhergehender Vernachlässigung von Patienten führen. Pflegende tragen selber durch ihr Kommunikationsverhalten zu Aggressionen bei, sind sich dessen aber selten bewusst.

Vorliegende Studie aus Japan arbeitet mit Beschreibungen aggressiver Vorkommnisse, die von neutralen Dritten stammen. Zudem wird untersucht, welche Art von Schulung/Training wann und wie Professionell Pflegenden zuteil werden sollte.

**Methoden:** Die Studie arbeitet mit qualitativen und quantitativen Methoden in zwei Phasen. In einer ersten Phase werden 11 neutrale Beobachter (leitende Pflegende, Risikomanager, Pflegewissenschaftler, pensionierte Polizisten in der Rolle eines Mediators), die zu Aggression führende Konflikte zwischen Patienten und Pflegenden beobachtet haben, halb-strukturiert befragt. In einer zweiten Phase werden 308 professionell Pflegende und 102 Pflegestudenten nach ihren Erfahrungen mit Aggressionen sowie mit Trainings und Schulungen zu diesem Themenbereich standardisiert befragt. Beschrieben wird die Gewinnung der Teilnehmenden, die Durchführung und Auswertung der Befragung.

**Resultate:**

Ergebnisse von Phase 1: Die Befragung neutraler Beobachter resultierte in fünf zentralen Herausforderungen und darauf basierenden Empfehlungen für Pflegende.

1. Den Mechanismus von Ärger und Aggression verstehen: Patienten und Familien sind mit bestimmten Vorkommnissen und klinischen Prozessen nicht vertraut und reagieren oft verwirrt und überfordert. Erleben sich die Personen im Kontakt nicht verstanden, dann steigert sich der Ärger und es kommt zu Aggressionen.
2. Sich und die Situation bewusst in den Blick nehmen: Es ist wichtig, sich selbst, insbesondere die eigenen Empfindlichkeiten, Verletzlichkeiten und Reaktionsweisen zu

---

kennen. Viel hängt von der Persönlichkeitsentwicklung des Pflegenden und seiner/ihrer Reflexionsfähigkeit ab.

3. Wahrnehmen, Zuhören, Analysieren: Es ist wichtig, genau zuzuhören, nicht unbedingt nur auf das Gesagte, sondern auf den Kontext insgesamt zu reagieren. Hinter dem Ärger mögen Trauer oder/und Angst liegen. In der Situation gilt es, mental einen Schritt zurück zu gehen und sich die Gesamtsituation bewusst zu machen.

4. Das eigene Verhalten reflektieren: Das Verhalten der Pflegenden kann dominant und erzwingend wirken, aber auch Kleinigkeiten (wie laut/leise man spricht, wie man Türen schließt, wie man den Blick weich oder herrisch macht) wirkt sich auf die Interaktion aus.

5. Die eigene Kommunikation auf den Hintergrund der (psychischen) Erkrankung des Patienten ausrichten: so kann zu viel Empathie bei manipulativen Patienten mit einer spezifischen Persönlichkeitsstörung mehr Aggression auslösen.

Alle neutralen Beobachter waren sich darin einig, dass aggressives Verhalten von Patienten und Familien durch das Verhalten von Pflegenden (unbewusst) ausgelöst oder verschlimmert wird.

Ergebnisse von Phase 2: Die meisten beteiligten Pflegenden äußerten sich positiv oder sehr positiv zu folgenden Trainings- und Schulungsmaßnahmen: die Ursachen des Ärgers verstehen, den Aggressionsverlauf und -prozess verstehen, die eigene Verletzlichkeit und Schwächen richtig einschätzen, wahrnehmen und beim Zuhören analysieren, eine Vogel-Perspektive in der Situation aufrecht erhalten, das eigene Auftreten im Blick haben und managen, Verhalten und Kommunikation an die zugrundeliegende psychische Störung ausrichten, Aggressionen abwehren können, eine entschlossene bzw. klare (assertive) Haltung an den Tag legen. Erst am Ende der Ausbildung bzw. spätestens nach 3 Jahren Praxis sollten sich Pflegende mit dem Umgang mit Aggression auseinandersetzen. Bezüglich der Art des Unterrichts präferierten einige eher die seminaristische Präsentation (eher in Bezug auf die mit Verstehen bezogenen Themen), andere konkrete Übungen in Form von Rollenspielen (eher in Bezug auf Selbsterfahrung und Fertigkeitstrainings).

**Diskussion:** Im Unterschied zu früheren Maßnahmen mit Zwang oder Psychopharmaka bevorzugen die neutralen Beobachter, aber auch neuere Ansätze in der Psychiatrie eher Methoden, die mit angepasster Kommunikation und Interaktion arbeiten. Dazu sind umfassende und nachhaltige Kommunikationstrainings erforderlich. Sich seiner

---

selbst in der Situation bewusst zu sein und die Gesamtsituation aus einer Vogelperspektive beobachten zu können wird als entscheidend angesehen. Um diese Fertigkeiten zu entwickeln sind professionell Pflegende gehalten, sich mit sich selbst, ihrer Entwicklung und Persönlichkeit auseinanderzusetzen. Für Pflegende, die eine Geschichte schwieriger Beziehungen aufweisen, mag dies besonders herausfordernd sein. Da im Rahmen solcher Trainings Flashbacks von erworbenen Traumatisierungen auftreten können, ist für ein solches Training ein therapeutisches Setting anzustreben.

**Quelle:** Sato, K., Kodama, Y. (2021). Nurses' educational needs when dealing with aggression from patients and their families: a mixed-methods study. *BMJ Open*, 11:e041711. doi:10.1136/bmjopen-2020-041711

<https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/11/1/e041711.full.pdf>

**Schlagworte:** Aggression, professionell Pflegende, Schulungen

---

## (14) Zwischen Mitgefühl und Unsicherheit – Kommunikation mit stummen Patienten in der Psychiatrie

**Ziel/Hintergrund:** Manche Psychiatriepatienten (nicht Menschen mit Demenz) hören im Verlauf ihrer Erkrankung fast oder vollständig auf zu sprechen. Dabei können unterschiedliche Krankheitsbilder zum Mutismus beitragen. Während Körpersprache zumeist das Gesagte unterstreicht oder verdeutlicht, wird bei stummen Patienten die Körpersprache der dominante und oft einzige Modus der Mitteilung. Dennoch müssen Pflegende sich zu diesen Personen verhalten und versuchen, ihren Bedürfnissen und Anliegen aufgrund körpersprachlicher bzw. nonverbaler Mitteilungen zu entsprechen. Vorliegende Untersuchung widmet sich den Erfahrungen, die Pflegende in der Langzeitpflege von Psychiatriepatienten (Nicht! Demenz) mit stummen Patienten gemacht haben.

**Methoden:** Es handelt sich um eine qualitative Studie, in der 5 langjährig erfahrende Pflegende von stummen Psychiatriepatienten interviewt wurden. Alle Teilnehmenden arbeiten in einer speziellen Langzeiteinrichtung in Schweden. Beschrieben wird die phänomenologisch-hermeneutische Auswertung der Interviews. Gefragt wurde, wie die Teilnehmenden die Patienten verstehen und deren Bedürfnisse und Wünsche wahrnehmen, wie sie ihre eigenen Reaktionen wahrnehmen und damit umgehen, wie sie über die Interaktionen nachdenken und welche Gefühle dabei aufkommen.

**Resultate:** Die Analyse der Interviews führt zu drei Schwerpunktthemen mit insgesamt 10 Unterthemen.

### 1. Den ungesprochenen Erzählungen (Narrativ) Raum geben, um sich zu entfalten

Unter dieser Rubrik werden verschiedene, eng zusammenhängende Teilthemen verhandelt. Handlungen werden als Kommunikation, als Signale aufgefasst. Bsp.: ein unsicherer Patient hält sich in der Nähe der Pflegenden auf und sucht den Kontakt Schulter zu Schulter. Lässt die Pflegende dies bestätigend zu, beginnt der Patient, öfter die Nähe zu dieser Pflegenden zu suchen. Pflegende versuchen, den Machtunterschied zu verringern. Bsp.: sich zu einem Patienten, der unruhig herumläuft, hinsetzen und sagen, dass alles ok ist, dabei in Ruhe mit dem Patienten verweilen ohne viel zu sagen. Das Selbstwertgefühl unterstützen. Bsp.: ohne Nötigung immer wieder eher nebenbei Gelegenheit zum Mitmachen geben und auch still dabei Sitzende beachten und

---

anerkennen. Sich dazusetzen, ohne etwas zu wollen. Bsp.: Je mehr man dies macht, desto eher gewinnt man ein fein abgestimmtes Gefühl für die Signale des Patienten. Je weniger man dies tut, desto mehr häufen sich fehlerhafte Deutungen und Abstimmungen. Den Wünschen und Bedürfnissen des Patienten nachgeben. Bsp.: Vorhandene Routinen und Regularien eher nachgeordnet betrachten, z.B. tolerieren, dass Patienten sich barfuß oder teilbekleidet in Küche oder Aufenthaltsräumen aufhalten.

## 2. Gelassen in der Unsicherheit verweilen

In der unwissenden Position verharren: Oft ist es unklar und schwer zu deuten, was in dem Patienten vorgeht und was er möchte. Es verlangt eine hohe, gelassene Aufmerksamkeit, abwarten zu können, bis sich über die körpersprachlichen Signalebenen eine bestimmte Interpretation nahelegt oder aufdrängt. Wichtig ist, die Eindeutigkeit nicht erzwingen zu wollen. Daraus ergibt sich zwingend, das Verhalten des Patienten mehr als Mitteilung denn als Problem aufzufassen. Bsp.: Zuviel Nähe oder Freundlichkeit kann nicht ausgehalten werden und stellt ein Signal dafür da, dass der Patient eher eine Nähe auf Distanz benötigt und damit zufrieden ist.

## 3. Reflektierte Wachsamkeit

Es ist wichtig, die Wirkung des eigenen, insbesondere des non-verbale, körpersprachlichen Verhaltens auf den Patienten wahrzunehmen. Bsp.: Sind die Mitarbeitenden gestresst und hektisch, wirkt sich dies auf die Patienten stresssteigernd aus. Eigene Unsicherheiten können sich leicht auf den Patienten übertragen. Reflektierte Wachsamkeit bedeutet auch, sich zurückzunehmen, einen Schritt zurück zu machen, damit zu rechnen, dass man den Patienten falsch interpretiert, dass er/sie nicht das möchte, was klinisch sinnvoll, einfacher oder angeordnet ist. Bsp.: oft sind Pflegende zu eifrig, Interventionen durchzuführen und werden von den Patienten als zu ein- und aufdringlich erlebt. Zugleich ist das Sich-Zurücknehmen kein Zeichen mangelnder, sondern erhöhter Kompetenz. Diese Haltung erfordert, die eigenen Erfahrungen mit den KollegInnen auszutauschen, erfolgreiche Vorgehensweisen zu teilen und zu akzeptieren, dass KollegInnen ggf. bei bestimmten Patienten erfolgreicher sind als man selbst.

Zusammenfassend: Die ‚Innenseite der Außenseite‘ bei stummen Patienten zu verstehen (versuchen) bedeutet, sich zwischen Mitgefühl und Ungewissheit hin- und-her zu bewegen, immer auf der Suche nach möglichen Hinweisen und Signalen zu bleiben, die sich hinter dem Verhalten verbergende ‚Erzählung‘ zu hören. Pflegende

---

bewegen sich damit in einem unbekanntem Gelände, in dem sie das Wahrgenommene verbal nicht absichern können. Kann diese Balance zwischen Mitgefühl und Unsicherheit nicht gut ausgehalten werden, besteht die Gefahr, durch vorschnelle Deutungen oder Zuschreibungen die Situation kontrollieren zu wollen, die ‚Erzählung‘ des Patienten aus dem Blick zu verlieren, oft in der Absicht, doch nur das Beste zu wollen.

**Diskussion:** Bislang liegen wenige bis keine Studien zur Kommunikation und Interaktion mit weitgehend stummen Langzeitpatienten in der Psychiatrie vor. Bisherige Forschungen haben non-verbale Kommunikation immer als ergänzendes, nicht aber als ausschließliches Kommunikationsmittel untersucht, oft im engen Zusammenhang mit Deeskalation aggressiven Verhaltens.

Die Achtsamkeit auf non-verbales, körpersprachliches Verhalten ist hilfreich, um eine therapeutische Beziehung aufzubauen und zu erhalten. Dabei geht es nicht vordergründig um Informationssammlung oder um Stärkung der Anpassungsfähigkeit des Patienten, sondern um die Vermittlung einer neuen Erfahrung von Akzeptanz und Wertschätzung. Im Gemeinsam-Sein und in der aktiven Akzeptanz der stummen Verfassung, in der fein abgestimmten Reaktion auf non-verbale Signale werden die Bedeutungen und der Sinn von Situationen gemeinsam hergestellt, ‚stumm‘ verhandelt und in Interaktionen weitergeführt.

**Quelle:** Donner, L., Gustin, W. (2021). Navigating between Compassion and Uncertainty – Psychiatric Nurses’ Lived experiences of Communication with Patients Who Rarely Speak. *Issues in Mental Health Nursing*, 42(4), 307-316

**Schlagworte:** Psychiatrische Pflege, Kommunikation, Körpersprache



---

(15) Personen mit schweren psychischen Erkrankungen in Langzeiteinrichtungen werden vergleichsweise schlechter versorgt

**Ziel/Hintergrund:** Eine zunehmende Anzahl von Klienten in der stationären Langzeitpflege besteht aus vergleichsweise jüngeren Personen mit einer schweren psychischen Erkrankung ohne oder nur mit leichter Demenz. (SMI: severe mental illness) Es handelt sich um Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, mit bipolarer Störung, Angststörung oder schwerer Persönlichkeitsstörung. Das jüngere Alter sowie die schweren Störungen im Befinden und Verhalten erfordern eine besonders qualifizierte Dienstleistung, die Mitarbeitende in der Altenhilfe eher überfordert. Hinzu kommt, dass ein geringer Körperpflegebedarf ausreichenden Entgelten im Wege steht und das Verhaltensprofil dieser Klienten Gruppe es erschwert, angesichts einer hohen Fluktuation genügend und ausreichend qualifizierte Mitarbeitende zu finden. Einige Studien weisen darauf hin, dass ein hoher Anteil von SMI-Klienten die Pflege- und Lebensqualität für alle Klienten (mit und ohne SMI) verringert.

Vorliegende US-amerikanische Studie geht der Frage nach, welche Faktoren eine Einrichtung kennzeichnen, die viele SMI-Patienten aufweist.

**Methoden:** Die Studie nutzt Daten der US-amerikanischen Zertifizierungsbehörde (Certification and Survey Provider Enhanced Reports: CASPER) für Pflegeheime. Daten von insgesamt 14460 Heimen konnten hinzugezogen werden. Zu diesen Daten wurden die qualitativen ‚Sternebewertungen‘ (analog zur Bewertung von Hotels) gemäß ‚NH Compare‘ hinzugezogen.

**Resultate:** 19% der Einrichtungen weisen 0- 20% SMI-Patienten, mehr als 44% weisen einen hohen Anteil von SMI Patienten von mehr als 40% auf. Einrichtungen mit einem hohen Anteil von SMI-Patienten sind zumeist privat und nicht gemeinnützig. Einrichtungen mit einem hohen SMI-Anteil verfügen über vergleichsweise weniger qualifiziertes Personal mit einem geringeren Mix unterschiedlicher Berufsqualifikationen. Freiheitseinschränkende Maßnahmen (58% mehr) und der Einsatz von Antipsychotika kommen in dieser Gruppe häufiger vor. In der ‚Sternebewertung‘ für Qualität fallen diese Einrichtungen vergleichsweise deutlich ab.

---

**Diskussion:** Einrichtungen mit einem hohen Anteil von SMI-Klienten weisen eine vergleichsweise schlechtere Pflege- und Lebensqualität auf als Einrichtungen mit einem geringen Anteil. Es wird vermehrt zu freiheitseinschränkenden Maßnahmen gegriffen, mehr psychotrope Substanzen verabreicht und weniger und weniger gut qualifiziertes Personal vorgehalten. Ein wesentlicher Grund für diese Zustände wird darin gesehen, dass der geringe körperpflegerische Bedarf zu vergleichsweise niedrigeren Entgelten und schlechteren Personalausstattungen führt. Insbesondere finden sich in hoch-SMI-Einrichtungen vergleichsweise weniger Sozial-, Beschäftigungs-, Arbeits-, und Bewegungstherapeuten, obwohl eben diese für diese Klienten außerordentlich wichtig wären. Dies zusammen mit der Befindlichkeits- und Verhaltensproblemen der Klienten lässt die Pflege- und Lebensqualität aller deutlich sinken.

Die Autoren schlussfolgern, dass es bislang nicht gelungen ist, den Pflege- und Betreuungsaufwand dieser Klienten Gruppe angemessen zu erfassen und passende Entgelte zu vereinbaren.

**Quelle:** Jester, D., Hyer, K., Bowblis, J. (2020). Quality concerns in nursing homes that serve large proportions of residents with serious mental illness. *The Gerontologist*, 60(7), 1312-1321

**Schlagworte:** Langzeitpflege, Pflegequalität, schwere psychische Erkrankung (SMI)

---

**DIALOGZENTRUM LEBEN IM ALTER (DZLA)**

**Hochschule Osnabrück**

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

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

**© DZLA 2021**